

Universidad Autónoma De Zacatecas
"Francisco García Salinas"

Unidad Académica de Docencia Superior

Maestría en Investigaciones Humanísticas y Educativas

"TANATOLOGÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL"

TESIS

Que para obtener el grado de:
Maestra en Investigaciones Humanísticas y Educativas

Presenta:
Ana Beatriz Zapata Cabral

Director de tesis:
Dr. Javier Zavala Rayas

Zacatecas, Zac. Octubre 2019



Dra. Lizeth Rodríguez González
Responsable del Programa de Maestría en
Investigaciones Humanísticas y Educativas
P R E S E N T E

El que suscribe, certifica la realización del trabajo de investigación que dio como resultado la presente tesis, que lleva por título: **"Tanatología en la práctica médica, psicológica y social"** de la C. **Ana Beatriz Zapata Cabral** alumna de la Orientación en Desarrollo Humano y Cultura de la **Maestría en Investigaciones Humanísticas y Educativas** de la Unidad Académica de Docencia Superior.

El documento es una investigación original, resultado del trabajo intelectual y académico de la alumna, que ha sido revisado por pares para verificar autenticidad y plagio, por lo que se considera que la tesis puede ser presentada y defendida para obtener el grado.

Por lo anterior, procedo a emitir mi dictamen en carácter de Director de Tesis, que de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Escolar General de la Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas": **La tesis es apta para ser defendida públicamente ante un tribunal de examen.**

Se extiende la presente para los usos legales inherentes al proceso de obtención del grado de la interesada.

A T E N T A M E N T E
Zacatecas, Zac., a 24 de octubre de 2019

Dr. Javier Zavala Rayas
Director de Tesis

c.c.p.- Interesado
c.c.p.- Archivo

Dra. Lizeth Rodríguez González
Responsable del Programa de Maestría en
Investigaciones Humanísticas y Educativas

P R E S E N T E

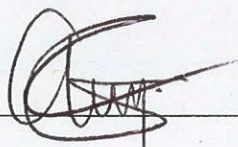
Por medio de la presente, hago de su conocimiento que el trabajo de tesis titulado "Tanatología en la práctica médica, psicológica y social", que presento para obtener el grado de Maestro(a) en Investigaciones Humanísticas y Educativas, es una investigación original debido a que su contenido es producto de mi trabajo intelectual y académico.

Los datos presentados y las menciones a publicaciones de otros autores, están debidamente identificadas con el respectivo crédito, de igual forma los trabajos utilizados se encuentran incluidos en las referencias bibliográficas. En virtud de lo anterior, me hago responsable de cualquier problema de plagio y reclamo de derechos de autor y propiedad intelectual.

Los derechos del trabajo de tesis me pertenecen, cedo a la Universidad Autónoma de Zacatecas, únicamente el derecho a difusión y publicación del trabajo realizado.

Para constancia de lo ya expuesto, se confirma esta declaración de originalidad, a los veinticuatro días del mes de octubre de dos mil diecinueve, en la ciudad de Zacatecas, Zacatecas, México.

A T E N T A M E N T E



Ana Beatriz Zapata Cabral

Alumno(a) de la Maestría en Investigaciones Humanísticas y Educativas



A QUIEN CORRESPONDA

El que suscribe, **Dra. Lizeth Rodríguez González**, Responsable del Programa de Maestría en Investigaciones Humanísticas y Educativas de la Unidad Académica de Docencia Superior, de la Universidad Autónoma de Zacatecas

CERTIFICA

Que el trabajo de tesis titulado "Tanatología en la práctica médica, psicológica y social", que presenta la C. **Ana Beatriz Zapata Cabral**, alumno(a) de la Orientación en Desarrollo Humano y Cultura de la Maestría en Investigaciones Humanísticas y Educativas, no constituye un plagio y es una investigación original, resultado de su trabajo intelectual y académico, revisado por pares.

Se extiende la presente para los usos legales inherentes al proceso de obtención del grado del interesado, a los veinte ocho días del mes de octubre del dos mil diecinueve, en la ciudad de Zacatecas, Zacatecas, México.

UNIDAD ACADÉMICA DE
DOCENCIA SUPERIOR




MAESTRÍA EN INVESTIGACIONES
HUMANÍSTICAS Y EDUCATIVAS




DICTAMEN DE LIBERACIÓN DE TESIS
MAESTRÍA EN INVESTIGACIONES HUMANÍSTICAS Y EDUCATIVAS

DATOS DEL ALUMNO	
Nombre:	Ana Beatriz Zapata Cabral
Orientación:	Desarrollo Humano y Cultura
Director de tesis:	Dr. Javier Zavala Rayas
Título de tesis: Tanatología en la práctica médica, psicológica y social	
DICTAMEN	
Cumple con créditos académicos	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
Congruencia con las LGAC	
Desarrollo Humano y Cultura	(<input checked="" type="checkbox"/>)
Comunicación y Praxis	(<input type="checkbox"/>)
Literatura Hispanoamericana	(<input type="checkbox"/>)
Filosofía e Historia de las Ideas	(<input type="checkbox"/>)
Políticas Educativas	(<input type="checkbox"/>)
Congruencia con los Cuerpos Académicos	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
Nombre del CA: _ Niños, jóvenes y Cognición Social	
Cumple con los requisitos del proceso de titulación del programa	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)

Zacatecas, Zac. a 28 de Octubre de 2019.


Dr. Javier Zavala Rayas
Director de tesis


Dra. Lizeth Rodríguez González
Responsable del Programa

Agradecimientos: A mi familia, maestros e instituciones que me han apoyado para concluir este grado, así como a Conacyt, por la beca otorgada para la realización de mis estudios y a la Universidad Autónoma de Zacatecas, particularmente a la Unidad Académica de Docencia Superior a través del programa de Maestría en Investigaciones Humanísticas y Educativas "MIHE".

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2-6

Capítulo I.

Marco conceptual sobre la visión de la muerte

1. Tanatología.....	7-13
1.1 El concepto de muerte en la cultura prehispánica.....	13-15
1.2 El concepto de muerte en la cultura occidental.....	15-17
1.3 La muerte desde una perspectiva filosófica.....	17-22
1.4 Una perspectiva religiosa de la muerte.....	22-24

Capítulo II.

Un cuidado humanista y ético al enfermo terminal

2. Medicina paliativa.....	25-28
2.1 El duelo y sus repercusiones.....	28-31
2.2 Terapia interpersonal para el soporte del duelo.....	31-35
2.3 Identificación de algunas de las principales fases del duelo.....	35-38
2.4 Importancia del análisis y comprensión del concepto: resiliencia...	38-41

Capítulo III

Del crecimiento individual a la visión del desarrollo humano

3. Desarrollo Humano.....	42-44
3.1 Actitud del profesional ante la pérdida de un paciente.....	44-50
3.2 Derechos legales de los servicios hospitalarios para los pacientes.....	50-52
3.3 Pasos a seguir para dar la noticia a los familiares de una muerte súbita.....	52-54

Capítulo IV

Políticas educativas y visión multicultural y flexible del currículo

4. Flexibilidad curricular.....	55-57
4.1 Reconstrucción socio-cultural y actitud hacia la muerte.....	57-60

Capítulo V

Perspectivas metodológicas y seguimiento analítico de un trabajo de campo

5. Planteamiento del problema.....	61-62
5.1. Procedimiento.....	62-63
5.2. Resultados.....	63-68
5.3. Análisis de datos.....	69-84

Capítulo VI

De los cuidados paliativos y técnicas tanatológicas a una propuesta de servicio integral

6. Propuesta.....	85-89
6.1. Recomendaciones.....	89
6.2. Discusión.....	89-90
6.3. Sustentación del análisis de datos.....	90-92
Conclusiones.....	93-94
Referencias.....	95-115
Anexos (instrumento).....	116-144

Resumen

Esta investigación está conformada como un análisis en cuestión a las mejoras que puede brindar la implementación de la materia de tanatología en las licenciaturas de psicología (área clínica) y medicina humana, ambas pertenecientes a la Universidad Autónoma de Zacatecas y la licenciatura de trabajo social, en la ETS Escuela de Trabajo Social de Zacatecas. Se presenta como una reflexión sobre la necesidad de acrecentar el conocimiento en base al desarrollo humano y profesional dirigido a la obtención de una currícula más amplia en materia de proporcionar bienestar social.

El enfoque a tratar será el de incorporar la materia de tanatología en las áreas académicas que laboralmente puedan tener contacto con pacientes en fase terminal y obtengan las bases de conocimiento para desempeñar un trabajo que se adecue a las necesidades del paciente y a sus familiares y así modificar las ideas preconcebidas que inducen al miedo e inquietud existentes al desconocer lo que hay posterior a la vida, la intervención tiene como fin modificar esos sentimientos negativos que hay en torno a la muerte, ya que esta forma parte de nuestra vida. La intención es que se logren mejoras continuas en diferentes aspectos ayudando a “bien morir”. Como parte del derecho inherente del hombre en tomar sus propias decisiones y modificar su vida hacia constantes progresos para consolidar su bienestar psicológico, físico, espiritual, ambiental y cultural (Sánchez, 2002).

Introducción

La tanatología es una disciplina que se caracteriza por abarcar todo lo relacionado con la muerte y a la pérdida, siendo esto un conjunto de alteraciones que sufre la psique humana, la relación hacia el enfermo, el dolor físico, la voluntad, las situaciones legales, el apoyo hacia el moribundo y a sus seres queridos además del trato humanitario que deben llevar a cabo los profesionales de la salud resulta determinante para proveer las condiciones para una muerte digna, en esta disciplina se abarcan diferentes zonas de influencias disciplinares tales como la medicina, la psicología, el trabajo social, el derecho, la antropología y la religión. Estos aportes cognitivos, físicos y afectivos siendo de calidad y siempre en dirección a salvaguardar la integridad y las necesidades humanas, pueden influir de forma positiva en el enfermo y en su entorno familiar (Kübler, 2014).

Actualmente en nuestro país el significado de muerte no resulta claro, incluso cuando hay un día festivo, en el que la muerte es la protagonista de dicho festejo, el “Día de muertos” es una tradición milenaria en la que la cultura azteca y el cristianismo postulándose más tarde en catolicismo, se integran en diversos rituales para honrar a los difuntos, sin embargo, la cercanía a la cultura estadounidense en su celebración de *halloween* y la sociedad mexicana ha desarrollado cambios culturales provenientes de dicha civilización occidental, mezclando ambos conceptos, dando como resultado la pérdida de identidad social en algunos sectores del país, originando variabilidad de costumbres y representaciones, confundiendo el significado real de la festividad que compete a nuestra cultura (Bartra, 2013).

La tanatología ¿qué es? ¿Para qué sirve? ¿Qué provecho puede aportar a la humanidad? Son las principales interrogantes que surgen a partir de este tema, las cuales serán resueltas a lo largo de esta investigación, pretendiendo ser una guía para conocer detalladamente los beneficios que tienen la tanatología y sobre todo la contribución que puede dar a la sociedad. La postura de este análisis es sobre las

medidas que hay que adoptar para obtener una mejora social y dar seguimiento al desarrollo humano, colaborar en dirigir el sentimiento de pérdida hacia una madurez emocional que le permita al moribundo y a sus familiares encausar sus pensamientos a su propio bienestar (Behar, 2003).

Este trabajo de investigación consiste en la descripción detallada de todo lo que engloba al fenómeno de la muerte, partiendo del capítulo primero en el que se muestran los antecedentes de la tanatología y sobre las primeras investigaciones realizadas en torno a los años setenta, partiendo de una visión humanista-constructivista y con la intención de señalar lo importante sobre validar las emociones humanas, sus necesidades, inseguridades y dolor mediante una comprensión biológica, filosófica, social, cultural, generacional y psicológica, sobre algunas sugerencias para la intervención profesionalizada a la que se puede acceder mediante información, técnicas y herramientas que se desarrollan a lo largo de éstas páginas, también se describen los síntomas físicos al estar en un periodo de profundo dolor y las consecuencias a largo y a corto plazo de la depresión. Es por ello que también se consideran todas las ventajas y las atenciones que forman los equipos de trabajo de salud de los países desarrollados en los que se reúnen los conocimientos y aportes médicos, farmacológicos, legales, de trabajo social y psicológicos para los hospicios y así brindar una atención de calidad, los derechos de los pacientes y la variabilidad que existe en cuanto a su origen, cultura y creencias religiosas.

En el primer capítulo se explica ampliamente cómo surge la tanatología, qué disciplinas incluye y cómo puede brindar herramientas para beneficio de la sociedad en general, posteriormente se relata el concepto de muerte en la cultura prehispánica en donde se describen las costumbres y los ritos que practicaban las civilizaciones en el preclásico y posclásico y su forma de ver la muerte tan diferente a hoy en día, en la que le rendían tributo por la importancia de trascendencia que le asignaban, se detallan diversas prácticas en las que participan las culturas Olmeca, Maya, Mexica y Zapoteca (Ortiz, 2007).

El tercer subtema se desarrolla para conocer el concepto de muerte en la cultura occidental y al surgimiento de cambio tan distinto al anterior en el que tras la

industrialización las sociedades se diversificaron hacia otros intereses, sobre todo entre los siglos XIX y XX, tal es el caso del uso de la fotografía mortuoria como instrumento para “preservar” la vida y el creciente temor al fallecimiento (McNeill, 2010). También se incluye la perspectiva de la muerte mediante una postura filosófica de los pensadores más representativos de la época clásica y la contemporánea en la que se ilustra el profundo criterio humano y su forma de construir sus esquemas de pensamiento para cuestionarse sobre la pérdida de la vida desde Sócrates hasta Nietzsche.

El cuarto y último subtema del capítulo primero sobre la perspectiva religiosa de la muerte, explica cómo el hombre y su conjunto de creencias a través del tiempo ha caracterizado su forma de afrontar sus límites existenciales y su “ideal” de cómo y quienes orquestan la vida humana, ésta “certeza” le da sentido de seguridad desde el ámbito individual hasta el colectivo, además de la integración de las mismas características y propósitos, conformándola en un acto nuevamente de trascendencia, en la que si bien, tiene sus diferencias entre comunidades es importante reconocerlas y comprenderlas para el trato al moribundo, ya que conforme a sus creencias y en respeto a su cultura los profesionales pueden acercarse al paciente en verdadera compañía (Pinkler, 2005).

En el segundo capítulo la medicina paliativa se encuentra ampliamente desarrollada, se mencionan los primeros hospicios para la atención integral del paciente terminal y sobre investigaciones en torno a sus beneficios, las disciplinas de la salud involucradas para estas atenciones como la médica, psicológica y de trabajo social, además de los derechos de los pacientes en cuanto al tratamiento más adecuado a sus necesidades, sobre las escuelas que integran los conocimientos en tanatología y la capacitación que reciben los estudiantes en Brasil, (Gutiérrez, Ruiz y Arellano, 2017).

En el segundo tema se explica a detalle en qué consiste el duelo y cómo se puede desarrollar a uno patológico, la manera en que puede ser tratado en niños, adolescentes, adultos y al círculo familiar, además de explicar cómo es que a partir del apego en la crianza el duelo forma parte de las emociones cotidianas de cualquier individuo (Torrance, 2006). El tercer tema del segundo capítulo, es sobre la terapia

Interpersonal para el soporte del duelo empleado para brindar esperanza y alivio en cuanto al conocimiento de que se puede salir de ese constante dolor a pesar de las pérdidas y cómo los profesionales han recabado técnicas y herramientas para el trabajo de curación, además de los tratamientos a los que puede acceder el paciente, esto con el fin de que las personas puedan seguir adelante con sus vidas y desempeñando los roles que les corresponden por ejemplo cuidar de los hijos, ir a trabajar, continuar los estudios y hasta los más sencillos como alimentarse adecuadamente, mantener su higiene personal e interesarse por salir adelante a pesar del dolor con el que conviven (García, Landa, Trigueros y Gaminde, 2005). También se describen las fases de duelo por Kübler Ross y por Kavanaugh, en el último subtema se explican los beneficios de las actitudes resilientes, las cuales se destacan por el nivel de adaptabilidad, fortaleza y aprendizaje y la necesidad de usar estas habilidades como herramienta de intervención en duelos patológicos (Henderson y Milstein, 2003).

En el capítulo tres se destaca la importancia del desarrollo humano en la infancia, la adolescencia y sus perspectivas socio-evolutivas, hasta la adultez y cómo ha evolucionado logrando avances tanto científicos, como médicos, psicológicos, sociales y sobre la importancia de continuar con mejoras y la oportunidad de corregir errores del pasado. El segundo subtema en cuanto a la actitud del profesional ante la pérdida de un paciente y cómo se debe resolver la obstinación terapéutica en cuanto a alargar la vida del paciente y de su agonía, debido a un falso concepto de bienestar al mantenerlo con vida por una falta en el manejo y conocimiento del fenómeno de la muerte y la sugerencia sobre realizar un cambio en el concepto del médico, psicólogo y social para ver la muerte como un evento natural e ineludible del que el paciente puede gozar al terminar con la agonía (López y López, 2012).

Posteriormente se hace hincapié sobre los derechos de los pacientes en cuanto a recibir los cuidados paliativos en cualquier momento a partir del diagnóstico como enfermo terminal, a elegir su tratamiento y si desea o no la asistencia de reanimación, a no padecer dolor, a que le sean atendidas todas sus necesidades tanto físicas, morales, psicológicas, legales, de acompañamiento y empatía para él y sus familiares en momentos de vulnerabilidad y desconsuelo. En el último subtema se describen los

pasos a seguir para dar la noticia a los familiares tras una muerte súbita, destaca las herramientas que existen para hacerlo de una forma profesional y empática y la descripción de los pasos a seguir para brindar dicha información además de brindarle seguridad al profesional médico en cuanto a la capacitación para otorgar mayor seguridad al profesional en cuanto al trato y consuelo a los familiares además de la calidad del centro hospitalario (Falconí, 2013) .

En cuarto capítulo se mencionan las ventajas y características de la flexibilidad curricular en la que la constante adecuación a las currículas académicas en concordancia con los cambios constantes que sufre la sociedad son las medidas adecuadas para dar solución a fenómenos sociales regulando las situaciones que requieren cuidado y atención para la comunidad en la solución de conflictos y la creación de herramientas metodológicas para la reorganización de la enseñanza, renovación de programas académicos, su plan de estudios y de re-estructuración en los nuevos procesos de formación, consolidando la capacidad de decisión del alumno sobre la elección del contenido curricular y su proyecto laboral (Díaz, 2002). También se incluye información sobre políticas instauradas para dichas modificaciones por parte de ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior), SEP (Secretaría de Educación Pública), UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) y OMS (Organización Mundial de la Salud) (Nieto y Díaz, 2005).

En el segundo subtema se desarrollan conceptos sobre la actitud hacia la muerte en cuanto a la forma en la que los individuos experimentan sus propios preceptos e ideas sobre el concepto de muerte y cómo influye en su vida diaria en cuanto a la ansiedad y el sufrimiento psicológico, también se mencionan cifras de ansiedad en un estudio realizado a adultos mayores, se reconoce sobre la difícil tarea de intervención a pacientes con depresión y soledad existencial además de cómo se puede mejorar las creencias de abandono, (Castellanos, 2015).

En el quinto capítulo se describe la metodología empleada en esta investigación, comenzando con el planteamiento del problema y una interrogante ¿La materia de tanatología dentro de la currículas de las licenciaturas de psicología (área clínica)

medicina humana y trabajo social, influye en una mejora individual y social en los pacientes moribundos y sus familiares? La cual es respondida en las conclusiones, también se observarán los objetivos, tanto el general como los específicos, posterior a ello se muestran los resultados, análisis de datos, la discusión, conclusiones y propuesta.

En el sexto y último capítulo se encuentran la propuesta, recomendaciones, discusión y la sustentación del análisis de datos, finalmente se integran las conclusiones, las referencias y los anexos.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL SOBRE LA VISIÓN DE LA MUERTE

1. Tanatología

La tanatología surgió en el año 1901 considerándose rama de la medicina forense bajo un concepto médico – legal, dicho término fue acuñado por el Dr. Elías Metchnikoff, científico y biólogo que realizó importantes investigaciones sobre la micro-biología de la sífilis, la teoría de la fagocitosis, la inmunidad, entre otras. A principios de los cincuenta conforme la medicina fue modernizándose los enfermos terminales fueron estableciéndose en los hospitales en lugar de esperar el fallecimiento en casa, es así como se fue desvinculando la enfermedad y la muerte de los hogares, en los sesentas, en Inglaterra se realizó un estudio en el que se calculó la disminución de familiares en el acompañamiento de los pacientes terminales arrojando resultados de una baja en un 25% es por ello que el tema de la muerte resultaba ser algo que se prefería evitar (Bueno, 2002).

Fue entonces que en la década de los setentas la Dra. Elisabeth Kübler Ross, una reconocida psiquiatra que dedicó su vida a realizar investigaciones en torno a la muerte y al acompañamiento a los moribundos, comenzó relatando los síntomas y necesidades de los pacientes, paulatinamente fue incorporando en sus escritos las experiencias cercanas a la muerte que los pacientes le relataban, muchos de ellos bajo coincidencias persistentes como la inmensa paz y dicha que experimentaban al cruzar brevemente el umbral de la muerte y no sentir deseos de regresar a la vida terrenal, también de haber estado en compañía de sus seres amados que anteriormente habían fallecido, además de no sentir ningún tipo de dolor o temor (Levinstein, 2005). La cantidad tan grande y significativa de pacientes relatando dichos fenómenos fueron los elementos clave para dar inicio a una investigación longitudinal por treinta años, realizada por medio de la observación y de innumerables testimonios de pacientes con distintas edades, religiones y niveles socio económicos, dando así la entrada a un nuevo conocimiento antes ignorado, sin embargo, actualmente ha ido popularizándose con el pasar de los años, es así como surge una modificación al término tanatología en el que su significado va más allá al enfoque médico-forense y legal, ese cambio

radica en la comprensión humanista de la muerte y sobre las necesidades que hay que cubrir con respecto a los cuidados humanos bio-psico-sociales (Bueno, 2002).

La tanatología parte de una visión constructivista-humanista en el que requiere ser entendida no sólo a nivel biológico e individual, si no, como en un contexto macro social y cultural que permite la formación de un juicio justo y real que engloba la realidad de la muerte, es por ello que además se visualiza el entorno que conlleva a la educación integral del individuo y a la medicina preventiva generando el autocuidado y la consciencia (Gómez y Grau, 2006). Éstos conceptos se han establecido a medida que las necesidades de una sociedad moderna en búsqueda de adecuaciones constantes en su estructura y en la que poco a poco se ha liberado de imposiciones dirigidas por instituciones poderosas tales como la iglesia, sin embargo, para obtener mejoras en su calidad de vida y muerte ha tenido que aprender a sobrellevar sus propias limitantes en su estructura social, dirigida a cambios constantes en pro al beneficio social (Morales, Quintero y Pérez, 2011).

El conocimiento sobre las sensaciones que percibe el ser humano ante el dolor es el punto de partida para el empleo de técnicas y herramientas para erradicar o bien, minimizar el impacto físico y psicológico en el doliente, es importante reconocer que las pérdidas y el dolor se experimentan a lo largo de la vida y no únicamente en la muerte (Iles, 2016). Para el análisis de cada aspecto partimos por el dolor que se experimenta a nivel físico manifestándose en una inflamación cerebral causada por un aumento de cortisol provocando daños moleculares y a su vez disminuyendo la sinapsis y oxidando las células (Domínguez y Lamagrande, 2015). Además de que mientras más episodios depresivos se padezcan hay una reducción de la materia gris en la amígdala e hipocampo encargada de la gestión de las emociones y de la memoria a largo plazo, además de la corteza prefrontal en donde se coordinan las funciones ejecutivas como lo son el control de impulsos sexuales, de conducta y la motivación, las depresiones prolongadas pueden causar hasta un 30% de inflamación cerebral (Delgado, 2018).

Los padecimientos físicos no solo se localizan cerebralmente también se experimenta fatiga, dolores musculares, cefalea, nerviosismo, ansiedad, problemas digestivos, falta

de apetito y trastornos del sueño, emocionalmente se pueden experimentar diversas afecciones entre ellas culpa, ira, anhelo, soledad, frustración, negación, depresión, confusión, desorientación, deterioro en las relaciones interpersonales, postergación de obligaciones y responsabilidades entre ellas el descuido de infantes en el círculo familiar (Londoño, 2006). Es decir, puede culminar en reacciones incapacitantes, adicionalmente a consecuencias emocionales negativas a terceras personas, el contexto de este cuadro de padecimientos por medio de la tanatología puede mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos y sus allegados (Castro, 2007).

Para llevar este proyecto a cabo, inicialmente se propone la concientización y el cambio de ideas preconcebidas en cuanto a considerar la muerte como un evento negativo, posterior a ello es realizar una intervención adecuada y bien ejecutada en la que el personal de la salud lleve a cabo una atención integral encausada a la atención hacia el enfermo terminal así como a sus familiares y amigos más cercanos, que a su vez, se reconoce su papel fundamental en ser una compañía, escucha y apoyo al enfermo, integrándose al equipo que brinda todas las atenciones necesarias para una muerte digna para así causar impacto favorable a los familiares al saber que los últimos momentos de su ser querido fueron tranquilos, atendidos con profesionalismo y con el amor que ellos mismos pudieron brindarles como parte de lidiar con su propio duelo durante el tratamiento y tras la pérdida (Poch, 2013).

La disciplina tanatológica no es una tarea fácil por el conjunto de diversas áreas que aborda, aun así, se puede llevar a cabo mediante la ejecución de diversas instancias que hay que abordar, como lo son:

- Evitar el sufrimiento suprimiendo el dolor en la medida de lo posible con ayuda farmacológica y de opioides que están diseñados para la supresión del dolor, además de prever todo el tiempo que las necesidades físicas del paciente le sean atendidas.
- Tener una relación constante y estrecha con los familiares para generar el bienestar de los involucrados.
- Vigilar constantemente los intervalos de dolor y evitarlos en la mayor medida posible sin acelerar la muerte o alargar la agonía más de lo necesario.

- Conocer las necesidades del paciente y sus angustias además de los asuntos que considere pendientes y sean realizables por ejemplo facilitarle el contacto con un abogado para la realización de testamentos o bien la comunicación con las personas que el enfermo desee presentes e inclusive generar reconciliaciones entre familiares (Westberg, 2006).

Además de las recomendaciones antes señaladas también es oportuno agregar otros aspectos importantes tales como:

- Tener una amplia comunicación con el enfermo sobre su condición física y mental, sus opciones y libertad de elegir el momento de acceder a los cuidados paliativos cuando él lo desee o volver al tratamiento inicial en caso de mejora.

- Hablar abiertamente con los familiares sobre los padecimientos del enfermo además de los posibles cambios de conducta a medida de su tolerancia en el duelo, advertir sobre la ira, la depresión, la negación, la soledad o la culpa que puede manifestar su familiar y ellos mismos como parte de las secuelas de la enfermedad o la condición del enfermo.

- El personal que brinda estos servicios debe ser cuidadosamente seleccionada y apoyada, así como brindarles el apoyo psicológico que necesitan para lidiar con su valiente labor en condiciones físicas y mentales que le permitan trabajar sin problemas.

- Apoyo psicológico y espiritual con el paciente si éste así lo desea (Bulechek, 2009).

La tanatología promueve el derecho que tiene cada ser humano y que consiste en su muerte digna y bienestar, se necesita ampliar este conocimiento y profundizar en él ya que nos compete a todas las personas y también nos beneficia, según Centeno en 1999, describe los aspectos a tomar en cuenta para identificar a un enfermo terminal los cuales son:

- La presencia de enfermedad incurable y en estado avanzado o crónico.

- Dudas en cuanto al tratamiento que pueda surtir efecto.

- La existencia de fallas multiorgánicas, intensas y cambiantes.

- La opinión del paciente en cuanto a su padecimiento, nivel del dolor y su estado emocional, además de las aportaciones que pueda realizar la familia y la opinión del equipo médico en cuanto al diagnóstico realizado (Porta y Gómez, 2013).

Cabe señalar que existen diferentes tipos de duelo, por ello hay variantes psicológicas, las pérdidas más dolorosas pueden ser diversas por ejemplo la del cónyuge, los padres, los hijos o amigos muy cercanos, la forma en que se superan o afrontan estos duelos forman parte de la construcción de pensamientos al final de la vida (Salinas, 2008). La tanatología también considera la experiencia del duelo en diversas situaciones complicadas en las que se enfrenta el ser humano en el transcurrir de su vida, tales como divorcios difíciles, la pérdida de la salud aunque no sea específicamente crónica-degenerativa, la infidelidad, el quiebre económico, la pérdida de bienes o del hogar, amputaciones, trasplantes, la soledad experimentada cuando todos los hijos crecen y se van de casa, la pérdida de la autoestima, el VIH Sida, pérdida del trabajo e incluso el dolor que pueda experimentar un ser amado, la muerte súbita de un ser querido, además de un sin fin de motivos es decir, aquella ausencia de algo percibido como fundamental como la libertad, las tierras, la libre elección de cómo llevar la propia vida, etc. (De Lamadrid, 2008).

Aunado a esto le suman diversas circunstancias por lidiar con cada individuo según el lugar de origen, las costumbres, religiones, modo de vida, los conceptos antropológicos de la muerte, el nivel económico, social y biológico del doliente interfieren en la forma en la que debe ser abordada la tanatología, puesto que también debe ser flexible en cada una de las diferentes circunstancias que rodea al paciente, tal como su estilo de crianza sus relaciones afectivas, su auto concepto, el tipo de vida que ha experimentado en situación de vulnerabilidad o pobreza, la alimentación e incluso su nivel educativo y su propia percepción del significado de la vida y de la muerte (Duke, 2009).

Para comprender el porqué de la tanatología debe reflexionarse previamente sobre la muerte y el sentimiento o pensamientos del hombre en torno a éste fenómeno que lo acecha, el ser humano se ha preguntado sobre su propia existencia desde que tiene consciencia *per se*, es así que aunado a la modernidad que lo rodea aún busca en

antiguos escritos y en la palabra de los ya fallecidos y más celebres filósofos una explicación que le brinde un significado que facilite la aceptación de la muerte y el significado de la vida (Kreimer y Tello, 2002). El hombre, además de pensar sobre su propio ser, se pregunta sobre el porqué de las injusticias que abundan en nuestro mundo como las enfermedades, la explotación infantil, los asesinatos, la pobreza, la corrupción, las guerras, los desastres, etc. este caos continuo implica el cuestionamiento sobre la vida y la muerte en sí, y puede conducir a una aversión al fracaso y al mal, visto como un problema latente, la muerte le arrebató al hombre a sus seres amados, sus planes futuros y su propia existencia, limita su búsqueda de conocimiento consciente de que el tiempo transcurre a gran velocidad, la muerte limita y ese límite se entiende o percibe como un fracaso (Bayés, 2006).

El rechazo al paso del tiempo y el deseo de arraigarse a la vida demuestra la motivación del hombre al buscar diversas formas de perpetuar su existencia y dominio, muchos adelantos científicos se realizan en función de encontrar cómo revertir el deterioro de las células que tarde o temprano terminan por morir, el reconocer estas circunstancias inherentes a la vida divide al hombre física, emocional, mental, social y espiritualmente, se reconoce además las consecuencias de profesionalizar al individuo para el estudio y el conocimiento de cada aspecto humano como meta natural de desarrollo y evolución del hombre y que de éste avance forma parte de la morfología humana siendo el vínculo que promueve a la mejora, a la resolución de problemas operativos y funcionales, al conocimiento de sí mismo y a la adaptabilidad que lo caracteriza (Gómez, 2006).

Parte de esa adaptabilidad del hombre es aceptar que a partir del sufrimiento es cuando emerge un conocimiento de sí mismo, ya que es precisamente en momentos difíciles cuando el ser humano descubre su capacidad de afrontamiento ante la adversidad y su nivel de aprendizaje del mismo (Kalbermatter y Goyeneche, 2006). La resiliencia de la que se detalla más adelante es una cualidad que se encuentra de forma natural en algunas personas por la manera en la que tras los infortunios de la vida emergen con mayor sabiduría y fortalecidos, sin embargo, ésta habilidad no se encuentra inherente en cada ser humano, pero puede desarrollarse para saber cómo enfrentar sus duelos (Ries, 2007).

Esta reflexión se constituye en base al crecimiento emocional, el cual requiere del sufrimiento para el fortalecimiento individual, el duelo es experimentar el fracaso, la pérdida, el dolor, los retos, las decepciones, el cansancio, la enfermedad, la muerte y el poder profundizar en los cambios que repercuten en la psique humana, al momento del sufrimiento el pensamiento de trascendencia permanece ausente a causa de la falta de sentido de la existencia, es por ello que los límites humanos son precisamente los que conducen al entendimiento sobre la posibilidad de trascender tras experiencias de dolor (Tiemblo, Nuñez y Ríaza, 1999).

1.1 El concepto de muerte en la cultura prehispánica

El concepto de muerte desde nuestras raíces prehispánicas no se consideraba un suceso angustiante, los mitos la elevaban a un estado de re-creación y trascendencia en el que cada persona según su función y sus características tendría un lugar específico por habitar, por ejemplo, si una mujer moría en el parto o un soldado en combate, ellos permanecerían en la Casa del Sol, los recién nacidos regresaban al cielo de donde habían llegado, las moradas sólo representaban un cambio de hogar, con la llegada de los colonizadores este concepto se modificó totalmente (Villaseñor y Aceves, 2013).

Por su parte, el preclásico fue un periodo de dualidad, representado por figuras sobre la sequía, la lluvia, la agricultura, la guerra, la vida y muerte, así como el amanecer y el ocaso, la aparición de Tlaltecútl, la madre tierra quien recibe la semilla de la muerte que se funde en el suelo fértil para así renacer, los mexicas también creían en el Tlalocán relacionado con el dios de la lluvia para los que morían ahogados, el Mictlán para las muertes naturales en donde se transitaba por un largo recorrido para luego resurgir, dicho así, como el adentrarse a un ciclo vital y perenne (Chávez, 2010).

Es por ello que el Mictlán (región de los muertos), lugar en el que los antiguos mexicanos como los aztecas y zapotecas creían que al morir lograban ser un dios más y el comienzo de dicha experiencia iniciaba recorriendo nueve niveles, en los que tras cuatro años de aprendizaje finalmente llegarían al Mictlán, es decir, a la paz eterna, éste era un motivo por el que la muerte era bien vista, cada civilización conservaba sus propios ritos funerarios, las diferencias más representativas podían notarse en los

sacrificios humanos, el “acompañamiento” del difunto, el posicionamiento de los cuerpos y sus métodos de embalsamamiento, mostrando su particular apreciación a la muerte, pero siempre vista como una virtud, un privilegio y la obtención de la “vida eterna” (Gómez y Delgado, 2000).

Por su parte, los mexicas que habitaron Tenochtitlán, celebraban la partida del difunto diariamente y tras dos meses de ésta práctica la recorrían a una vez al año hasta llegar a los cuatro, según la clase social perteneciente se cremaba el cuerpo, aunque en general sólo la clase alta podía obtener tal servicio, además, el tipo de muerte determinaba el lugar al que pertenecía, es decir, los grandes señores o quienes formaban parte de la élite eran cremados en el Templo Mayor colocando perros sacrificados a un lado del cuerpo para que los “acompañaran en su travesía” éste tipo de práctica empleada en diferentes partes del mundo ha sido asociada a la purificación y el ascenso del polvo al cielo (Brady y Prufer, 2005).

La muerte para los mayas era una práctica familiar y social, vestigios encontrados mostraron las diversas costumbres funerarias en las que regularmente enterraban o cremaban a sus difuntos en sus hogares o lugares de trabajo con variaciones postulares, también se encontraron evidencias de entierros provisorios y los definitivos, una gran cantidad de restos fueron encontrados con un espejo, el cual era considerado como el medio para encontrar el camino a Xibalbá, lugar de los espíritus, el inframundo (Ruz, Ruiz y Ponce, 2005).

Por su parte la cultura olmeca denominada como la cultura madre, sobresaliente en cuanto a su simbología, ritos, creencias, escultura y arte tuvo su máximo esplendor en el 1,300 al 400 a. C. siendo un ejemplo de organización para otros pueblos que también practicaban el sacrificio humano, su deidad más importante era la del jaguar, mostrada en muchas figuras de su arte relacionado con el inframundo y su devoción a la fauna mostrada en su famosa escultura del niño-jaguar, que es un hombre que lleva en brazos a un infante con cara de jaguar y en su pecho se encuentra simbología sobre la luz y la oscuridad, ejemplificando el día y la noche, agua y fuego, empleado en los sacrificios humanos y visto como trascendencia y regeneración (Fernández, 2006). Sin embargo, para ellos existía una dualidad en la que también reconocían la

importancia del nacimiento (Magni, 2014). Su profundo significado de la muerte era entendido como una elevación cognitiva al mismo nivel que los dioses en cuanto a sabiduría, tal conocimiento ha sido motivo de diversas interpretaciones antropológicas, estudiosos del tema comprueban que la forma en la que le rendían culto a la muerte ha sido y es digna de ser admirada y examinada (Megged, 2010).

Es así que los antiguos mexicanos en el preclásico y posclásico tenían un concepto muy distinto al de hoy en día en el que el culto a la muerte aunque vista como parte de la vida le otorgaban una simbología de trascendencia de conocimiento y misticismo, así como un suceso de respeto y solemnidad que fue cambiando gradualmente por circunstancias ajenas a los olmecas, mexicas, mayas o zapotecas, la influencia del extranjero permanece hoy en día cambiando el rumbo de la cultura y la sociedad mexicana en su apreciación a la muerte (Ortiz, 2007).

1.2 El Concepto de muerte en la cultura occidental

La muerte en Occidente entre los siglos XII hasta principios del siglo XX es vista esencialmente como un hecho simplista y breve, de pasividad e introspección coherente y resignada, tal como lo explica Aries Philippe en su exploración de lápidas en Europa, los testamentos y la muerte de personajes brillantes y reflexivos como Thoreau o Tolstoi, hasta los fantásticos como don Quijote o Lancelot, describe cómo ante la grandiosidad también hay un fin (Ariés, 2000). La visión general y una que duró siglos fue percibida como un sentimiento de alivio ante la propia finitud, sin embargo, es preciso recordar que simultáneamente entre los siglos XIX y XX en algunas partes de Europa, así como en Estados Unidos, existía actitud de rechazo a la idea de la muerte en circunstancias sociales, lejanas a la filosofía y a la literatura (López, 2006).

Es por ello, que a finales del siglo XVIII la muerte en algunos lugares de occidente fue tornándose como algo desagradable y temible, en lugares como en Roma se reconoce esa actitud y como ejemplo de ello a su ley de las doce tablas, designando que los cementerios generalmente debían ser establecidos en las afueras de la urbe, las sepulturas lapidadas y “bien vistas” surgieron a partir del culto a los mártires, fenómeno surgido en África y España en donde se les honraba y se tenía la creencia que en el lugar donde reposaran sus restos se consideraba “tierra santa” motivo por el cual hizo

que los dolientes enterraran a sus seres queridos en esos lugares en un intento por preservar su “bienestar” en un lugar al que creían estarían a salvo y cerca de la “divinidad” ejercida por aquellos personajes (Onfray, 2018).

En los inicios de la revolución industrial, surge un cambio hacia el concepto de la muerte, en donde la filosofía obtiene una postura más sólida en la sociedad, también se fortalecen las festividades religiosas y en la cultura popular, surgen pensamientos sobre el proceso que debe de llevarse a cabo para el cumplimiento de normas morales y eclesiásticas que conlleven a una estancia espiritual de goce y plenitud (Segovia, 2014). Tras la muerte, como recompensa de llevar una vida sujeta a las normas establecidas por la sociedad como “adecuadas” y tras el cumplimiento de leyes religiosas como el bautizo, la confirmación, el matrimonio y el funeral, su “retribución” consistía en la expiación de los pecados, desarrollándose bajo el adoctrinamiento religioso (Sánchez, 2013).

A pesar de dichas imposiciones por el dominio religioso, *el apego de los lazos emocionales y sanguíneos causaba un dolor muy profundo y la sociedad buscaba varias formas de mantener esa unión a pesar del “más allá”* (Rojo, 2002). Es por ello que a mediados del siglo XIX hasta principios del siglo XX la sociedad hizo uso de la fotografía mortuoria en la que tras el fallecimiento se colocaba al familiar en distintas posiciones para ser captados y así conservar su “recuerdo” esas imágenes eran repartidas tanto a familiares como a amigos del difunto (McNeill, 2010). Estas acciones se entendían como actitudes sentimentales o románticas para conservar la memoria del ser querido, buscando la forma de sobreponerse a la pérdida y preservar “eternamente” su paso por el mundo. A finales del siglo XX se opta por el intento de conservar a toda costa la vida humana y el suministro de medicamentos, tratamientos, y el empleo de investigaciones en la búsqueda a “curas milagrosas” (Rojas, 2005).

Uno de esos ejemplos fue sobre el concepto de muerte durante la ilustración, el cuál permanecía en un ambiente apesadumbrado, en donde el temor hacia la muerte era muy evidente, aunque el movimiento filosófico y cultural que se destaca en dicha época entre los siglos XVIII y XIX promueven un carácter de análisis y enfoque en el que la muerte adquiere un concepto más poético, ya que en contraparte, la vida, se manifiesta

como un hastío y en la poesía se expresa la pérdida de ella tornándose en un romanticismo caótico y el goce de una finitud perenne (Quezada, 2013).

Bajo este contexto se puede comprender a la muerte y cómo podía ser vista, para algunos sencillamente era un alivio a las desavenencias de la vida, aún en términos pesimistas en la que bajo la óptica de Heidegger la ética hacia el otro debía ser cuestionada ya que la opresión tiránica subyugaba al ser humano y éste al advertir este control encuentra dentro de su lógica una búsqueda de corregir dichos errores y a una evolución del pensamiento, que tiende a colaborar para el bienestar del otro (Beltrán, 2013).

La reflexión emitida dentro del criterio de Kierkegaard fue la de profundizar en el impacto que causa la muerte y buscar un equilibrio entre ésta y la vida, intentando no trivializarla, creando un juicio justo y la importancia que merece, es por ello que la muerte tampoco debe ser ni entenderse como el pilar de la vida según (Gabasova, 2014). Es necesario el reconocimiento de la actitud humana y que dentro de su esquema mental tiene una tendencia natural a organizar sus significados en prácticas o rituales, que, si bien han ido modificándose a través del tiempo, la cosmovisión de sus características y contextos van hacia el conocimiento de su propio ser, es por ello que *en las disciplinas de índole psicológica y existencial se trata de ejercer en función del cuidado a otros y en la muerte una postura ecléctica* (Tau, 2014).

1.3 La Muerte desde una perspectiva filosófica

En una sociedad en donde el concepto de la muerte es un tema tabú, la filosofía desempeña un papel preponderante en el que clarifica la relación central que el hombre posee en su búsqueda sobre el sentido de su existencia y su destino, la muerte forma parte de esa incógnita ya que la única experiencia en nuestro haber es la de la pérdida del ser amado (Sanabria, 2002). Hay quienes por medio de la filosofía expresan sus sentimientos y criterios desahogando sus anhelos o frustraciones, quienes reflejan posturas desafortunadas, ven la muerte como el fin de la esperanza, la interrupción del ideal, la “terrible tragedia” y los más afortunados o “relajados” opinan que en la muerte encontrarán la paz eterna, el fin del caos y el dolor, el orden justo en donde se refleja en perfecta armonía del ciclo natural de la existencia (Martínez, 2010).

Sócrates pone de manifiesto que la filosofía es el camino en vida sobre la preparación hacia la muerte, en la que los retos, las vivencias y la forma de entender y afrontar la existencia humana resulta en una virtud del conocimiento si ésta se dirige a actuar de forma correcta, ayudando al prójimo y las actitudes altruistas nos dirigen a una muerte en la que se anula la forma humana y el alma obtiene la liberación del cuerpo, la filosofía de Sócrates en cuanto a la muerte recae en el abandono del estado físico y mundano, trascendiendo a una perfección moral y espiritual (Quezada, 2008).

Sócrates creía fervientemente en la justicia, la bondad, hacer lo correcto y las acciones opuestas en seres que podían discernir entre “lo bueno y lo malo” era una locura o lo calificaba como total ignorancia, decía que el hombre que controlaba sus propios instintos era quien lograba sentirse “libre” y aún sin tener una definición exacta sobre los derechos humanos, el abogaba por expandir los beneficios sociales que surgieran en ciertas ciudades, debían ser expandidas a otras y así ejercer bajo la virtud del conocimiento una mejora actitudinal y espiritual (Hartman, Hernández, Fuentes y González, 2013).

Para Séneca la filosofía conlleva a la búsqueda del cuidado de uno mismo, *salir de la estulticia es uno de los propósitos de la filosofía, es el primer paso, para adentrarse al conocimiento*, quererse a si mismo y a los otros, siendo un modo de realización en vida, en la que el tiempo tiene un valor importantísimo, el cual debe ser bien aprovechado, es la virtud del observador bajo el dominio de su persona por medio del conocimiento de la verdad y finalmente la muerte es el fin de ese quehacer, el autodomínio del yo (Rojas, 2006).

Hablar sobre la ética de Séneca es hablar del estoicismo y de su mayor exponente, ésta doctrina es el conocimiento del bien y el mal para advertir sobre la elevada ética y moral que debe de llevarse a cabo a lo largo de la vida, es el entendimiento del orden de las cosas que provee al individuo una guía hacia la virtud, caracterizándose por medio de la prudencia, la templanza, la justicia y fortaleza y la liberación del dominio sobre las pasiones mundanas y es así que *mediante el amor al prójimo y la colaboración que se dé a nuestros hermanos, otorga la templanza y la sabiduría que libera el alma* (Guadarrama, 2013).

Aún en cuestiones filosóficas la muerte es vista también como un triste desenlace, tal es el caso de algunos teóricos como Heidegger, que a principios del siglo XX expresó sobre la angustia mental que se experimentaba al pensar en la irremediable muerte y el no saber cómo ni cuándo llegaría, aunque finalmente alude a una opinión de forzado optimismo en el que a pesar de que en su primer concepto la muerte es un sin sentido, concluyó sus ideas reflexionando sobre la realización que conviene adoptar mientras transitamos brevemente por este mundo (Ferro, 2016).

Las interpretaciones sobre los textos de Heidegger en cuanto a los derechos humanos, parte de premisas un tanto complejas para explicar y comprender ya que no hay definiciones exactas, sólo tras el estudio de todas sus obras se podría dar una idea sobre su lógica y la ética humana, en su actitud ante la muerte opina que la raza humana está impuesta a cohabitar este mundo sin su consentimiento, sin embargo, la época que cada individuo experimente en su vida le dará la oportunidad de reconocer su entorno y aprovechar los conocimientos que se obtengan, dicho autor se destaca *integrándose en profundas reflexiones en cuanto al existencialismo y a la metafísica* (Cortés, 2007).

Por su parte, Schopenhauer al igual que Heidegger mantiene una postura pesimista pero con un atisbo de esperanza ya que sus ideas nihilistas se adentran hacia la liberación en la muerte de los sufrimientos humanos y ésta por su parte es “la nada” a pesar de ser un hombre religioso, su concepto de muerte es en el ateísmo, aunque su directriz es en el ideal de conducir la vida en un estado de “santidad” y únicamente tras la obtención de ésta, conllevaría a disfrutar de paz y armonía en esa “nada” es decir, la recompensa de una vida de sacrificios otorga en la muerte la serenidad esperada (Martínez, 2010).

Otro concepto filosófico en cuanto a la ética y moral elevadas para una muerte digna, Schopenhauer consideraba que este par de conceptos son los pilares del existencialismo humano y surgen solamente por un acuerdo, un beneficio individual esperado o por una imposición “divina” y el temor a Dios, consideraba desagradable el hedonismo catalogándolo como egocéntrico en contraste con el comportamiento generoso de propiciar al semejante algún bienestar, impera sobre la tendencia natural

humana de necesitar motivación para realizar su quehacer como un ente social (Janaway, 2010).

Éste filósofo consideraba que el verdadero amor es el único impulso honesto y la compasión es egoísmo, ya que la persona feliz no nos mueve a participar de su felicidad, así como el que sufre no nos motiva a incluirnos a ese sufrimiento, Schopenhauer duda sobre la pureza del alma de forma natural, y en su criterio solo tras una vida de obediencia a dogmas estrictamente religiosos puede vislumbrarse una ética y moral dignas del goce de paz y armonía (Carrillo, 2008). El “sufrimiento humano” en esa lucha continua de dominar sus propias pasiones, también se encuentra quiéralo o no en un mundo obsesionado con la acumulación de capital como el objetivo más anhelado, ese beneficio individual y mercantilizado lleva a una desconexión social cada vez más marcada, es por ello que partiendo de una visión pesimista de la vida el optimismo se reconoce tras la llegada de la muerte (Sánchez, 2008).

La visión más reconocida entre los filósofos sobre la muerte ha sido la de Platón, quien admiraba los misterios que alberga la existencia misma y sus interrogantes, su postura filosófica radica en la consciente inseguridad que se experimenta de la propia vida en la que hay una noción o sentimiento de que “no pertenecemos del todo a este mundo” y es por ello que la muerte le permite al hombre un conocimiento total de sí mismo, un encuentro que no está influenciado por factores externos si no un acto de trascendencia humana (Agüero, Urtubey, Vera, 2008).

Para Platón la ética y la justicia conforman los elementos requeridos para la expresión de la virtud en la que las necesidades del hombre tanto físicas como espirituales son una tarea para el conocimiento, influenciado por las ideas socráticas, hizo un análisis sobre la superioridad del espíritu, sobre lo material y *reconoce el daño que puede ocasionarle al ser humano el desconocimiento de la virtud y la falta de prudencia que conduce a la ignorancia inconforme* (Brito, 2014).

Ahora bien, dando un salto al siglo XIX para conocer las posturas de los grandes pensadores nos encontramos bajo el criterio de Nietzsche ante la finitud de la vida, y es en su vida misma y admiración a las artes, que para este filósofo radica el sentido

de la vida misma, para él, el arte representa un remedio contra la muerte, sea dicho esto de forma generalizada, pero en su postura radical, en su análisis filosófico, parte de varias críticas sobre la muerte tanto de Jesús como de Sócrates, las cuales criticó por su falta de naturalidad (Ferro, 2009). Según Nietzsche y con significados opuestos a lo que otros filósofos e historiadores han narrado, Sócrates en vida fingía un permanente optimismo y al final dejó entrever que realmente era un hombre que sufrió sus propias desavenencias como cualquier persona, para Nietzsche la muerte debe ser comprendida como un proceso natural del cese de la vida y de cada uno de nosotros depende cómo queremos verla y aceptarla, además de relacionarnos libremente con ella (Cejtei y Juhasz, 2001).

Nietzsche apela a la moral de Sócrates y Platón, rechaza la supresión de los instintos y pasiones, califica el cristianismo como una hipocresía pagana de doble moral que nubla la visión del hombre convirtiéndolo en parte de un conjunto de mentes limitadas, para él, la vida es un progreso que se repite constantemente, en la que por medio de la estética como fuente de transformación de la vida, son los hechos bellos los que demuestran una verdadera utilidad y la ética es el renacer de las ideas dadoras de libertad, enaltecendo los procesos mentales del ser humano (Martínez, 2011).

Otro panorama de la muerte en cuanto a Bernhard Welte se refiere, es que la muerte solamente es visualizada mediante el otro y expresada como una representación del fin inminente y como recordatorio de nuestra propia aniquilación, es por ello que pueden surgir sentimientos de desagrado, alejando al ser humano de su propia realidad, la cual, asegura que el hombre vive en este mundo por imposición y a su vez ante el dilema de su muerte (Lambert, 2014). Dicho concepto de muerte por Bernhard Welte refleja la base de su obra en la que el hombre se reconoce a sí mismo relacionándose en su entorno y en el mundo que habita, el hombre es un observador racional que se comunica y reconoce su ecosistema, el conocimiento de sí mismo es una acción meramente humana y digna de análisis que converge en el estudio del ser y en la colaboración social por resolver sus necesidades en función a su desarrollo humano (Lambert, 2003).

Es importante también destacar los diferentes aportes filosóficos y las variadas posturas de importantes pensadores, además de advertir que las tendencias ideológicas nunca serán vertientes dirigidas hacia una misma idea u opinión, sin embargo, de cada una de ellas podemos adquirir conocimientos que nos conduzcan a un propio, el cual será oportuno si nos otorga paz y aceptación independientemente de cual sea (Gabilondo, 2003).

Es por ello que la tanatología desde una perspectiva filosófica en cuanto al valor humano y como una forma de vida racional, inteligente, consciente de sí misma, empática y emocional, el ser humano es un ente excepcional capaz de superar cualquier obstáculo y su inacabable inventiva, creatividad e imaginación forma parte de sus innumerables características (Lenkersdorf, 1998). La importancia que el ser humano se da a sí mismo requiere del establecimiento de reglas y normas para su propio beneficio y *para mantener un control de convivencia y armonía entre todos, en el tema de salud pública, la ética funge como un actor crucial en esta dinámica* (Domínguez, 2011).

De los estudios y análisis que realice el profesional de la salud en torno a los resultados del diagnóstico, a partir de los padecimientos del paciente y la decisión del tratamiento que debe llevarse a cabo, debe tomar en cuenta el derecho de permitir o negar ciertos tratamientos para salvaguardar su propia integridad física, psicológica y moral, *he aquí cuando la participación de los derechos humanos y la dignidad del cuerpo físico lo constituye el propio ser humano el que por medio de la reflexión y el análisis depende su decisión y responsabilidad a acciones sobre su propia valía y respeto de sí mismo* (Fernández, 2012). El peso de ese valor lo establece gracias a un conjunto de leyes y derechos universales que son el resultado del interés por la dignidad humana, esto es hacer filosofía, exigir lo que requiere según su postura y a partir de su contexto, la decisión necesaria y real de su propio ser forma parte del ejercicio final del derecho a la vida y a morir como mejor le convenga (Sánchez, 2002).

1.4 Una perspectiva religiosa de la muerte

La muerte es representada por el hombre según el conjunto de creencias que son compartidas en sus comunidades y que engloban más o menos las mismas

características y los mismos propósitos, conformándola a un acto tan trascendente y natural como la consciencia misma del hombre y que bajo el mismo contexto se refiere a las diferentes religiones dominantes o la fuerza que ejemplifica a toda creación, con un poderío y divinidad tan perfecto, bello e inalcanzable que denota un suministro de paz y alivio por simple fe (Pinkler, 2005). Las creencias radican en el deber del feligrés, la retribución y a través de sus actos al enfrentar su propia muerte deberá ser juzgado para designar su destino final, es decir, si el humano es merecedor o no de la misericordia de su creador, es preciso entender que las costumbres de antaño y de ahora, se han proclamado con tal fervor y fanatismo que ha generado serias disputas a lo largo y ancho del mundo, dividiéndose entre la propia “verdad” que considera cada grupo religioso, lo que se practica en su congregación, sus conceptos de lo que es “puro, noble, bueno e ideal” (Caputo y Vattimo 2010). Un constructo que ha determinado a la historia misma de la humanidad y que con la llegada de la era moderna ha sufrido cambios en cuanto a sus “necesidades”, han sido las religiones, los dogmas que sin importar la cantidad que sean, sus prácticas esperan lo mismo, en el que el fin o muerte sea compensado por su acto de fe en vida (Larson, 2014).

Según Unamuno en su célebre libro “Del Sentimiento Trágico de la Vida” y que habla sobre las emociones humanas, la aversión a la muerte, las ansias de alcanzar la inmortalidad y sobre cómo el hombre ha visto su cuerpo e intelecto como un templo de perfección, se confronta con la realidad de una vivencia efímera y limitada, siendo ésta precisamente la causa del surgimiento de las religiones (Rigobello, 2000).

En México la religión tuvo cambios abruptos a causa de esa mezcla de creencias y en la que culminó hace quinientos años con la cultura mesoamericana de la cual surgió el catolicismo, junto con la llegada de los españoles, posteriormente llegó el liberalismo y México retomó su independencia pero nunca de las influencias del exterior como la religión, el idioma y la mezcla de dos culturas diferentes, que si bien fueron reproducidas de generación en generación, luego en la época colonial se ideaba una implementación de una democracia, luego a principios del siglo XX con el apogeo de la industrialización finalmente el proletariado adoptó diversas creencias, aunque el catolicismo abarcó la mayoría, hoy en nuestros días aún se puede apreciar esa

religiosidad popular, que si bien se ha ido mermando en diferentes países, en México sigue fuertemente establecida (Galindo, 1991).

Por otro lado, hay investigaciones que confirman que algunas personas tienden o reciben de sus antecesores esa necesidad de tener creencias religiosas y en refugiarse en certezas sobre lo que existe en el más allá ilustrado en una permanencia “sublime” y “perfecta” que no puede ni debe ser cuestionada, ya que de ahí dependerán las “pruebas” a las que el feligrés quedará sometido (González, 2016).

El dolor, las penas y los sacrificios se consagran a esa creencia en una entrega total en la que se deposita el “destino” de cada uno y que marca la guía o ruta divina y al des-entendimiento de la responsabilidad hacia uno mismo, la de tener la posibilidad de cambiar nuestro entorno y las creencias que se han inculcado, cabe destacar que éste fenómeno puede comprenderse como los términos o las posturas del paciente terminal y que pueda entenderse tras el conocimiento de sus creencias religiosas (Villa, 2007). Algunas religiones dictaminan a sus feligreses el respeto mutuo, es decir, sin importar la deidad idolatrada, sus códigos de conducta son motivados a llevar a cabo un adecuado desenvolvimiento individual y social, por ejemplo, las doctrinas filosóficas orientales, si bien, es cierto que al controlar los impulsos primitivos y dirigirlos al actuar con buen criterio, nos ha llevado a ser los seres civilizados que somos (Casas, 2008).

El reconocimiento de que necesitamos el uno del otro para beneficio de todas las partes es una consecuencia de la necesidad humana de pertenecer a un grupo social, su bagaje de educación y ambiente, el ser humano sigue en constante evolución que se demuestra con un sin fin de acciones cometidas a través del tiempo y que ratifica su constante adecuación al mundo que habita (Mendoza, 2007).

CAPÍTULO II

UN CUIDADO HUMANISTA Y ÉTICO AL ENFERMO TERMINAL

2. Medicina paliativa

La medicina paliativa son las acciones que deben tomarse para una asistencia sanitaria de calidad a las personas en situación terminal, enfermedad avanzada o crónica degenerativa, siendo su objetivo el control de los síntomas físicos, así como la supresión del dolor agudo, al acompañamiento tanto del paciente, como de sus familiares inmediatos, basado en un *criterio de cooperación, empatía y de tratamiento adecuado para brindarle al paciente la mayor comodidad posible*, además de apoyarlo emocional, existencial y de cualquier otra índole (Bermejo, 2011).

La medicina paliativa no intenta ni acelerar, ni detener la muerte, si no que integra un conjunto de conocimientos tales como la farmacología y la psicología asistencial, para salvaguardar la integridad del paciente en torno a un trato de calidad, brindando las atenciones que requiere, hacerlo sentir cómodo y validando sus emociones, además de colaborar para que el enfermo afronte su condición con entereza y dignidad, este servicio ha ido integrándose como parte de un esquema a los servicios de salud en países desarrollados, dando como resultado cifras reales de disminución al sufrimiento, tomando en cuenta la cantidad de fallecimientos que aumentan cada año, se ha distinguido como un aporte humanista importante y del que tanto nosotros como nuestros familiares requeriremos en algún momento de nuestras vidas, la calidad de la asistencia define en muchas ocasiones la condición del duelo (Piédrola, 2016).

Los cuidados paliativos en centros dedicados a ello, presentes en países desarrollados, cuentan con sus diferencias en cuanto a los criterios éticos y legislaciones pertinentes de cada país, por ejemplo en E.U. existe una reforma que autoriza el uso de ciertos fármacos, los cuales no provocan la aceleración de la muerte, es decir, que no fomentan el suicidio asistido (eutanasia) y en cambio, hacen uso de fármacos que eliminan el dolor sin causar el deterioro físico, esta medida resulta paradójica al tomar en cuenta las normas de salud en dicho país ya que los seguros médicos inalcanzables para la mayoría hacen cuestionarnos sobre calidad de vida en

aras de deterioro pone de manifiesto la incongruencia que existe sobre la opinión de la valía humana (Medina, 2013).

56 millones de personas mueren anualmente alrededor del mundo, sin embargo, sólo en países de primer mundo han abierto clínicas especializadas de cuidados paliativos, *el primer hospital fue el Royal Victoria Hospital en Montreal en el año 1976*, seguido por el St. Thomas en Londres y posteriormente Estados Unidos se integró con la apertura de la Asociación Internacional Para Hospicios y Cuidados Paliativos, en 1994 demostrando la necesidad de hacer uso del conocimiento adquirido para mejorar la calidad y el desarrollo humano (Cherny, 2015).

Estos centros de cuidado al moribundo evitan también el sufrimiento de los pacientes al ser atendidos por los familiares de éste, ya que *en ocasiones el paciente puede experimentar la pérdida de dignidad, generando sentimientos de frustración al ser una carga para la familia*, esto llega a ser una de las principales causas de sufrimiento y por ende, puede repercutir en una mala muerte, evidentemente esta situación no siempre se presenta, sin embargo, es una opción para los pacientes que deseen una atención de personas capacitadas para tal tarea además del apoyo emocional de sus allegados (Flores y Íñiguez, 2012).

Algunos centros de cuidados paliativos basan sus actividades en un manual, e como herramienta metodológica indicado en la atención sanitaria y de soporte útil y adecuado para una atención digna y de calidad al paciente terminal, el cual, engloba la atención médica, farmacológica, psicológica, emocional y social, para su implementación al desarrollo del soporte humano, dentro de las instituciones de salud pública y como adiestramiento a escuelas de atención sanitaria, tomando en cuenta los siguientes indicadores:

Estructura Clínica, procesos médicos, nutrición, ejercicio, sueño, métodos para evitar el estrés, emociones psicológicas, trauma, soporte humano, conocimiento de enfermedades como: párkinson, alzhéimer, sida, desórdenes hormonales, radiación. El código de ética para la salud pública y la educación e Investigación.

Los procesos médicos consisten en disminuir el sufrimiento físico y de síntomas, tales como la angustia, el delirio y la agitación, pudiendo ser controlados únicamente mediante el uso de fármacos, éste conjunto de malestares que experimentan los pacientes terminales generan un gran di confort, a estos se les llama *síntomas refractarios*, y de los que actualmente hay controversia al respecto de que tanto sólo suprime el dolor, o bien, conducen a un aceleramiento a la muerte y en esos casos es cuando se debe recurrir a las voluntades anticipadas del paciente, en el que dispone de su propio criterio en cuanto al tratamiento y si desea la supresión del dolor o perseverar hasta la última “esperanza” (lo que puede prolongar la agonía) dependiendo de su contexto cultural y de las leyes en su país puede decidir sobre su cuerpo y su vida (Arteta, 2016).

La práctica médica entendida como “encarnizamiento terapéutico o médico” extiende la vida mediante el uso de técnicas de reanimación y así como algunas veces permite la recuperación, en otras como se expuso anteriormente prolonga la agonía, ésta ambivalencia nos permite buscar un equilibrio en lo que respecta a los lineamientos de los derechos humanos, al valor que le damos a la vida y a las necesidades que tiene cada individuo, esto constituye una realidad social, cívica y gubernamental respaldada por medio de leyes y derechos inherentes a partir del conocimiento de la muerte. Aceptando dicha condición, podemos elegir el trato que queremos hacia nosotros y nuestras familias (Severiche, 2000). Ésta información constantemente actualizada, forma parte del conocimiento de las enfermedades crónicas en todo su espectro, además de los métodos de intervención existentes para aliviar el dolor y del soporte general al paciente, necesarios para sobrellevar su enfermedad (Open Mind Academy, 2012).

Aunado a éste conocimiento es de vital importancia la capacitación constante en cuanto a los medicamentos empleados para reducir el dolor, asociado a enfermedades graves y que pueden estar presentes en todo el periodo de hospitalización, el debido uso de analgésicos u opioides en conjunto con los cuidados paliativos son fundamentales para un tratamiento efectivo en concordancia con la sintomatología del

paciente y la constante comunicación con el equipo médico, psicológico y familiar tras el diagnóstico-pronóstico (Dalpai, Fernandes y Vila Nova, 2017). Un ejemplo en Latinoamérica en cuanto a la implementación de estos conocimientos en sus aulas es en la Facultad de Medicina de Itajubá, en Brasil, en el que los alumnos de primero, segundo y cuarto año aprenden a complementar los saberes modernos con la tanatología y los cuidados paliativos, demostrado su eficacia tras una observación continua a las reacciones de los alumnos y a su desenvolvimiento laboral, en donde los jóvenes respondían con mayor seguridad y sin el temor característico de los médicos al enfrentarse por primera vez al fallecimiento de sus pacientes y al trato inmediato con los familiares de éste, la formación de tales alumnos fue gracias a la creación de un proyecto llamado 'El arte de cuidar' a principios del 2011 en el que el alumno, incorpora saberes y actitudes aprendidos de forma didáctica permitiéndole mayor control en su disciplina sanadora (Mota y Stano, 2013).

La medicina paliativa se destaca por la eficacia con la que se ejecuta, forma parte de las atenciones brindadas por parte del equipo de enfermería y el uso de recursos que ya manejan, tanto la experiencia documentada, como la literatura, han demostrado que este servicio es eficaz para los enfermos y sus familias, la satisfacción que ha generado permite el desarrollo de éstas capacidades en el ámbito médico, psicológico y social, además de su intención por expandir tales cuidados a todas partes del mundo constatando su buen funcionamiento (Ignorosa y González, 2014).

Es por ello que los cuidados paliativos comprenden un cúmulo de conocimientos y ejercicios que deben llevarse a cabo para cubrir las necesidades de asistencia, las voluntades anticipadas que el paciente en pleno uso de sus facultades puede acceder, le permite la elección del tratamiento y de su derecho a aceptar o negar la resucitación y en qué momento accederá al uso de los cuidados paliativos o regresar al tratamiento inicial en caso de presentar mejoras, los cuidados paliativos no están a favor o en contra de la ciencia, es sencillamente la alternativa de tratamiento que tienen los pacientes en aras de ofrecer una atención satisfactoria para fortalecer la relación del paciente, su familia y con el equipo de salud a su cargo (Gutiérrez, Ruiz y Arellano, 2017).

2.1. El duelo y sus repercusiones

El duelo es un estado emocional, cognitivo y físico que perdura a partir de una pérdida hasta su aceptación y adaptabilidad. El duelo ante la pérdida de un ser amado, la forma de sobrellevarlo, el duelo por antelación o por muerte súbita, conlleva a una serie de características que son determinadas por diversos factores: personales, culturales, sociales y de soporte médico, psicológico y familiar (Bueno, 2002). Es importante conocer el proceso de duelo ya que las estadísticas muestran que la afectación psicológica tras la muerte en referencia a duelos muy complicados es de un 10% poblacional, por ejemplo, en España en el año 2012 se registraron más de cuatro millones de personas en proceso de duelo, de las cuales cuatrocientos mil estarían en un duelo difícil, este elevado número de personas suelen desarrollar patologías derivadas a padecimientos físicos y mentales como trastornos de ansiedad y pensamientos obsesivos (Portillo y Martín, 2016).

Como seres sociales que somos, nacemos con una tendencia natural a las relaciones humanas y a vincularnos estrechamente con las personas de nuestro entorno, el apego, es la manera de establecer relaciones y esto permanece a lo largo de nuestras vidas desarrollándose por etapas, al nacer el primer vínculo es generalmente con la madre, esta relación otorga las herramientas para fomentar la confianza y la seguridad requeridos para el desarrollo de las relaciones sociales, es por ello que el proceso inicial de crianza es sumamente importante ya que repercute en la vida adulta, a medida que las personas crecen se crean nuevos vínculos y en esta trayectoria aprendemos a permanecer o separarnos de ciertos individuos, conociendo así lo que es la pérdida, si bien, algunos lo padecen más que otros, *la experiencia de la pérdida se integra mediante una separación voluntaria o inesperada, es así como todos nosotros tenemos un conocimiento más o menos consciente de lo que significa perder algo o a alguien* (Torrance, 2006).

La sociedad que conocemos permanece en una constante ambigüedad en la que por un lado quiere eliminar a toda costa la “incomodidad” de la muerte y por el otro hay un fuerte narcisismo en el que la integridad del otro pasa a segundo o a tercer plano, es por ello que *ante una pérdida algunas personas pueden encontrarse faltos de empatía por su círculo más cercano, en donde no hay una verdadera conexión con el dolor del*

otro, dicha frialdad debe comprenderse y analizarse por parte de los profesionales de la salud, para poder ofrecerle al doliente una explicación de orden psicológico en el que pueda entender dicha situación, la cual se destaca por un episodio de dolor tan íntimo y personal que puede generar la incompreensión del otro, actitudes negativas o “distantes” de algunos familiares y amigos e incluso del personal de salud afectando emocionalmente al doliente, es por ello crucial la presencia de un trato tanatológico, de adecuada comunicación entre todos los involucrados y la afectación emocional sea menor o bien, llevada con entereza y dignidad (Caruso, 2005).

Según Becerril, (2012). En la infancia se deben generar los estímulos necesarios para un buen desempeño cognitivo y de aprendizaje, además del conocimiento de su entorno, en la adolescencia se establece la adquisición del autoestima y maduración, para que finalmente en la etapa de la adultez se formen vínculos afectivos y lazos más fuertes en su círculo más cercano, al formar una pareja y tener hijos se comienza un nuevo ciclo de vínculos y desarrollo de habilidades a los descendientes. *Cuando el apego hacia los seres queridos se ve interrumpido por cualquier factor, surgen sentimientos de dolor y aflicción como una respuesta natural a un proceso de adaptación a la realidad, manifestándose en comportamientos sociales y procesos psicológicos que permiten la reorganización y aceptación de dicha pérdida y cambio de su realidad tal y como se conocía, este proceso es particular para cada individuo y cualquier intervención requiere de un manejo especializado según sus particularidades* (Equipo Vértice, 2011).

Es por ello que el proceso de duelo resulta ineludible y se conforma de manera natural, por otra parte, el trabajo de duelo es considerado como una manera valiente de asistir al malestar psicológico, adquiriendo elementos de soporte moral y que a la larga pueda superar el malestar, aceptando dignamente la pérdida, en atención y seguimiento al padecimiento, tal como se hace en padecimientos puramente físicos a partir de las enfermedades, es por ello que lo adecuado es atender nuestros duelos, a pesar de las emociones que puedan experimentarse, el doliente se encuentra en un estado totalmente opuesto al entorno “conocido” y existe un antes y un después en el que se puede comparar la tranquilidad experimentada en contraste al enorme vacío, desesperanza y desolación, un golpe tan estremecedor en el que el doliente puede

sentirse totalmente vulnerable y en una búsqueda desesperada por encontrar una vía de escape a sus emociones, haciéndolo consciente de su vulnerabilidad humana (Torras, 2009).

El proceso conlleva a una serie de sentimientos necesarios por exteriorizar, por ejemplo: gritar, llorar o sentir ira, situaciones complejas de expresar debido a que en nuestra cultura las actitudes de duelo *muy evidentes* no son *bien vistas* lo que resulta en la contención de emociones que tarde o temprano saldrán sin control, es por ello que el duelo es inevitable ya que es un proceso natural de adaptabilidad al sufrimiento aunque no todos logran sobrellevarlo con paz y tranquilidad, esto depende de cada persona y del acceso al apoyo psicológico al que pueda acceder (Fauré, 2004).

Es muy importante tomar en cuenta a los niños y a los adolescentes en los procesos de duelo, la muerte de un padre, hermano, abuelo o allegado, repercute emocionalmente en cada miembro de la familia, *el duelo puede causar desajustes en la dinámica familiar y en los roles que cada miembro desempeña, y con ello la posibilidad de que se descuiden responsabilidades no sólo laborales, académicas y económicas, también emocionales y psicológicas, siendo los niños los más vulnerables* y requieren de mucha comprensión y cariño, de tal manera que esa atención, soporte y cuidado debe ser trabajado (Zucker, 2009).

El duelo trabajado puede traer consigo experiencias sanadoras aún en momentos difíciles de sobrellevar y puede desembocar en el conocimiento de si mismo, conociendo nuestras fortalezas y la gran habilidad que tenemos los seres humanos de atravesar y superar los obstáculos que se presentan a lo largo de nuestras vidas, es profundamente admirable cuando muchas personas deciden aprender sobre su pérdida compartiendo sus experiencias dando consuelo a los demás, esa esencia humana y social de ayudar al otro intensifica esa necesidad de crear y utilizar herramientas que promuevan el bienestar psicológico y actitudinal en la población (Marasco y Shuff, 2013).

2.2. Terapia Interpersonal para el soporte del duelo

El propósito de la terapia es detectar y solucionar los problemas que impiden conformar la tarea del duelo en personas que permanecen en estado de shock,

depresión, angustia o negación en largos periodos de tiempo, o bien, si no surge el duelo o se retrasa, lo que se conoce como duelo complicado, la terapia debe ser dirigida por un psicólogo o médico que tenga especialización o formación para tratar el duelo para poder guiar al paciente en la realización de tareas que lo lleven a superar el dolor, además de acompañarlo respetando sus límites y el espacio necesario para aclarar sus dudas (Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2007).

Las reacciones emocionales que emergen a partir de la pérdida y a su vez en un estado de duelo puede manifestarse tras diversos motivos o conflictos que apesadumbran al individuo enfrentándolo a una realidad que cambia su forma de vida y difícil de tolerar, estos procesos son experiencias de las que han hablado pacientes internados en hospitales generales siendo lo más comunes: cambios sociales, económicos o de estatus de forma negativa (Abad y Flores, 2010).

El duelo como se ha explicado anteriormente, varía en cada persona como en intensidad y duración, sin embargo, la tasa media varía entre seis y doce meses como un rango de duelo “normal” aunque pueden existir recaídas. Considerando que el individuo debe encontrarse en paz (sin violencia u hostigamiento durante el duelo) y si el fallecimiento fue debido a una enfermedad prolongada o por muerte súbita, la terapia interpersonal ha demostrado beneficios en varios estudios sobre el duelo y la pérdida, la relación e identidad del doliente y la reconstrucción emocional no idealizada debe centrarse en la generalidad de sus aspectos y el restablecimiento de nuevos intereses y relaciones, los grupos pertenecientes a las redes de apoyo incrementan la mejora (Millán y Solano, 2010).

En la terapia interpersonal hay un profundo análisis de la situación emocional del paciente y las primeras sesiones parten de una detallada revisión de los síntomas y cuentan con tres esquemas que engloban los intereses del profesional de la salud, el primero es el permitirle al terapeuta confirmar un diagnóstico, la segunda es asegurarle al paciente que los problemas encajan en un patrón que se anticipa y entiende como un síntoma clínico para que el doliente entienda sus síntomas y comportamientos y el tercero centra los síntomas en un marco de tiempo específico y en el contexto

interpersonal siendo el foco de la psico-terapia (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 2004).

Este tipo de terapias o intervenciones tienen como propósito aconsejar, informar y educar al paciente y a sus familiares ya que éstos también pueden verse afectados por la situación, es importante conocer a profundidad los sentimientos y las etapas de duelo en las que se ve inmerso el paciente, además de comprender que ciertas acciones, actitudes o palabras hirientes no deben ser tomadas como ofensa por parte de sus allegados, si no, como uno de los síntomas de la enfermedad, ya que la mente de igual forma se ve afectada, en estas circunstancias es elemental el apoyo de los círculos más cercanos y evitar actitudes negativas hacia el paciente tales como juzgar o molestarse con él o ella, también resulta benéfico el integrar a los familiares en las terapias (Whaley, 2006).

La dinámica en la intervención para completar y sanar el duelo es:

- Colaborar a que el paciente acepte lo que ha sucedido, es decir, la pérdida.
- Junto al paciente elaborar las emociones y el dolor en el que se sucumbe tras la pérdida.
- Dirigir y apoyar a la persona a adaptarse a su entorno, sin su ser querido.
- Finalmente, ayudarlo psicológica y emocionalmente a situar al fallecido recolocándolo a un nuevo y diferente panorama (Neimeyer, 2002).

Los principios generales para que el objetivo de la terapia sea el adecuado se basa en la sincera y total expresión en cuanto a las dudas en torno a la muerte y todo lo que tenga ver, es por ello conveniente escuchar con atención y cuidado al paciente para poder determinar su proceso personal a sanar, además de impulsar y favorecer la expresión del dolor, sus emociones y pensamientos, además de explicarle al paciente las etapas de duelo, responder sus preguntas de forma clara y finalmente ayudarlo en la acomodación de su mundo personal y su significado, reconstruyendo su creencias, valores y su propia identidad (León, Jiménez y Hernández, 2002).

El proceso de un duelo tiene sus propias características, es decir, se requieren dos elementos indispensables para que pueda superarse, *decisión y tiempo, como se ha*

mencionado anteriormente, el duelo requiere de un periodo para la re-acomodación de la nueva realidad, no existen atajos y el agotamiento por sufrir puede hacer que el individuo quiera “distraer el dolor” pero esto sólo puede conducir a retenerlo y desembocar a un duelo complicado, dicho proceso implica la voluntad y decisión para enfrentarlo, cada persona deberá actuar según su criterio y buscar las mejoras para salir adelante, su papel es activo, tiene la capacidad y las posibilidades de adaptarse nuevamente a su medio (Acinas, 2012).

Las diferencias que hay entre los duelos complicados y los normales son visibles según su durabilidad y el nivel de angustia e intensidad que presentan, un patrón conocido por los estudiosos del tema es cuando el duelo surge al momento de la pérdida o a los pocos días se considera normal, sin embargo, en los duelos complicados la aparición del duelo sucede tras semanas o meses e incluso puede no ocurrir, otra forma de detectarlo es cuando se niega la muerte, en presencia de alucinaciones, típico de un trastorno psicótico, que se conoce como mecanismo de defensa, a esto se le denomina duelo patológico y finalmente para diagnosticarlo correctamente es mediante el uso de un instrumento o escala que permita determinar las necesidades del paciente, así como el tratamiento para cada caso (Gil, Bellver y Ballester, 2008).

De igual forma es necesario elaborar las emociones en relación al duelo fomentando la expresión emocional, por ejemplo el motivo de su llanto, cuáles son sus traumas, con quién o quiénes siente culpa o irritabilidad, es decir, el destape de las emociones, la manifestación de éstas en un ambiente cómodo y de confianza, es atender y enfrentar el dolor, ponerle nombre a las emociones puede ser percibido como algo que deje de parecer destructivo o amenazante, hablar sobre los peores miedos y siendo éstos comprendidos y escuchados puede brindar información necesaria sobre las necesidades a cubrir, conociendo su significado y atendiendo cada aspecto emocional (Barreto y Soler, 2008).

Para un doliente que no está acostumbrado a realizar ciertas actividades como cocinar, ayudar a los niños a hacer la tarea, manejar o trasladarse por su cuenta, trabajar o adquirir mayores responsabilidades a las que no estaba habituado es propenso a

sentirse fracasado y frustrado al fallar en hacerlo y hay un giro en el ánimo de éste al ir logrando cada situación o reto que se le presente, adquiriendo control y capacidad, comentarios de pacientes expresaron verse sorprendidos de haber logrado hacerse cargo de muchas tareas que antes les resultaban impensables (Lacasta, 2002). En cambio, las personas que no logran esta nueva adaptabilidad a la realidad vivida, quedándose paralizados y sin evolucionar dan las señales típicas de aislamiento, se vuelven dependientes por no resolver las tareas cotidianas y se tornan incapaces de desarrollar habilidades de afrontamiento, aunque es posible que con el tiempo realicen algunas tareas pero solamente por la obligación que les atañe, ya que nadie más puede realizarlas en las necesidades más inmediatas, el profesional de la salud debe propiciar la sanación de su paciente mediante pequeños logros por cubrir y poco a poco aumentar las responsabilidades analizando cada uno de los aspectos que conforman a cada persona y haciéndoles comprender sobre los roles en lo que ellos no han dejado de participar (García, Landa, Trigueros y Gaminde, 2005).

2.3. Identificación de algunas de las principales fases del duelo

Las etapas o fases del duelo según la doctora Kübler Ross (1969). son las siguientes:

Primera fase: Negación y aislamiento

Esta etapa se presenta sobre todo cuando el paciente es joven o cuando la noticia es dada rápida y fríamente, también se le conoce como estado de shock, y la actitud es de negar la situación por la que se está pasando, incluso el paciente puede buscar una segunda o hasta más opiniones en espera de un diagnóstico errado.

Segunda fase: Ira

Cuando el paciente acepta que está cerca su fin, surge un sentimiento de rabia e ira en la que no puede comprender por qué le ha sucedido tal cosa, también la envidia se apodera de sus pensamientos cuando observa que en su entorno las demás personas se encuentran en buen estado de salud.

Tercera fase: Negociación o pacto

Intento por aplazar la muerte o lograr sobrevivir a una fecha determinada, algunos pacientes quieren creer que "comportándose bien" o pedirle a Dios que a cambio de una vida religiosa les sea dado más tiempo de vida ante su desesperación por tal suceso.

Cuarta fase: Depresión

Éste momento sucede cuando la negación y la ira se han desvanecido y ante la hospitalización, los tratamientos y los efectos de la enfermedad evidencian un notorio agotamiento y decaimiento en el que sucumben los pacientes con tristeza y desconsuelo en el que también reconocen que sus planes a futuro han quedado estancados.

Quinta fase: Aceptación

Éste momento es la etapa de calma en la que el moribundo acepta su condición y su estado próximo a abandonar la vida que conoce, pero con dignidad y entereza (Kübler, 2016).

Existe también un duelo anticipatorio y éste lo puede padecer tanto el paciente, como los familiares de éste, antes de que la muerte ocurra, sobre todo con una enfermedad larga, puede ser incluso al momento del diagnóstico, sin embargo, las fases de duelo son percibidas o experimentadas de diversas maneras, no todos pasan por las etapas descritas, ni tampoco las transitan en un orden específico, los síntomas o emociones percibidas han sido expuestas mediante el trato e investigaciones longitudinales con pacientes terminales y por la manifestación de sus actitudes, aún a partir de estos acontecimientos no son una representación exacta de lo que todos experimentamos, a menudo surgen sentimientos de culpa, miedo, envidia, estrés, ansiedad, nostalgia, etc. (Tizon, 2004).

El obtener una guía para comprender ciertas actitudes ya sea de nosotros mismos o de nuestros familiares, por ejemplo, si un paciente muestra signos de ira contra sus allegados éstos puedan comprender el porqué de dicha emoción, conocer todas las etapas puede marcar una gran diferencia en cuanto a la aceptación y el conocimiento de actitudes que puedan presentarse y no sólo por parte del enfermo, si no de sus familiares y cuidadores, el saber sobre estas circunstancias puede marcar la diferencia en cuanto a las actitudes ante tal realidad, en cambio, al desconocerlo podría conducir a sentimientos de desolación, frustración e impotencia, es por ello de la importancia sobre aprender de la naturaleza humana en momentos difíciles, tomarlo con perspectiva empática y aceptar que sólo es una fase en la que necesitan tanto los

familiares como el enfermo, mucha comprensión y afecto al contrario de evitarlos o abandonarlos (Kübler y Kessler, 2017).

Kavanaugh, (1972). Por su parte expone siete etapas de duelo tras la pérdida de un ser querido, tales como:

1. Negación: hay un bloqueo mental ante el impacto de una pérdida importante para el individuo, en el que no reconoce la situación.
2. Confusión: hay una desorganización existencial en la que hay variadas manifestaciones emocionales como excesiva charla, llanto o silencio.
3. Coraje: cuando los sentimientos reaccionan ante la indignación del hecho y altera la psique manifestando enojo.
4. Culpa: al paso del enojo, se recuerdan situaciones vividas con la persona ausente.
5. Soledad: dolor profundo en el que se perdona la persona a sí misma, comienza a asimilar la pérdida, con sentimientos de vacío, cuando se da la oportunidad de aceptar la ausencia, termina el proceso de duelo.
6. Alivio: sentimiento de libertad, el individuo comienza a restablecerse.
7. Restablecimiento: inicio gradual de reintegración a la vida, los recuerdos duelen en menor medida, posteriormente se llega al conocimiento del cambio mental en la persona misma.

Estos trabajos por análisis de etapas del duelo surgen por observación sistemática continua y descripción de síntomas exteriorizados (Quintanar-Olguín y García-Reyes, 2010). Kavanaugh a diferencia de Kübler considera importante la culpa y éste es un dato muy importante ya que muchos pacientes pueden manifestar esta emoción ya que se encuentra muy relacionada con la negación en cuanto al deseo de haber controlado el momento de la pérdida, planteándose cuestionamientos imaginarios de si se hubiera actuado de otra forma la pérdida no hubiera tenido lugar, por ejemplo, haber llevado al familiar a algún hospital más especializado, o si en una muerte repentina como un accidente automovilístico hubiera podido evitarse, el pensamiento del “hubiera” persigue al doliente en diversos cuestionamientos sobre si pudo haberse negado a que viajara o si lo hubiera acompañado, es decir, se entra en un círculo de pensamientos que no llevan a nada, solo a la negación de un suceso que ya se presentó prolongando el duelo (Gómez, 1994).

La terapia de grupo puede colaborar en el manejo del duelo, ayudando a encarar la realidad, este dolor guiado y compartido puede facilitar la re-adequación de la estructura mental con el fin de superar el dolor constante y gradualmente aprender a convivir con la ausencia (Dahl, 2005). El apoyo especializado, así como de amigos y familiares puede contemplar lo siguiente:

- Procurar que los más allegados al paciente terminal asimilen y acepten la pérdida.
- Evitar frases trilladas y carentes de afecto.
- Propiciar la expresión de las emociones y pensamientos.
- Ser sensibles y afectuosos.
- Respetar las reacciones de los dolientes.
- Brindar esperanza.
- Colaborar en los trámites funerarios.
- Proveer apoyo respecto a cualquier problema que pueda surgir por la pérdida (García y Pérez, 2013).

En un análisis sobre los trabajos de Pérez-Agote en los que se estudian a los exiliados vascos en Argentina (1997), a los grupos de auto ayuda para madres de hijos fallecidos en accidentes de tráfico (2004) y el último sobre los ritos funerarios de vascos radicales (2008). Se empleó el mismo principio de socializar el dolor, el estado de decadencia mental es provisorio, mientras se hace un re ajuste del pensamiento, de modo que se consolide un nuevo equilibrio, aceptando su pérdida (Gatti, 2015).

2.4. Importancia del análisis y comprensión del concepto: resiliencia

La definición de éste concepto ha adquirido actualmente mucha fuerza y presencia, refiriéndose a la forma de reponerse las experiencias dolorosas tomando la decisión de evitar el victimismo y en cambio, adquirir reacciones positivas ante el duelo y la pérdida, investigaciones realizadas a grupos infantiles y mostraron que algunos niños tienen una alta adaptabilidad a la pérdida sin el uso de terapias o grupos de apoyo,

demonstrando los diversos tipos de duelo, siendo tan variados como existen personas en el mundo (Worden, 2009).

La resiliencia es un estado natural de algunos seres humanos que han desarrollado por sí mismos ante la pérdida y a los conflictos, que si bien, no tiene una explicación en el ámbito estrictamente científico y las ciencias sociales lo atribuyen a un concepto aún incipiente, *ha causado interés en cuanto a la habilidad de adaptabilidad que caracteriza al ser humano aún en situaciones adversas, desarrollando fortalezas psicológicas al trauma para después integrar sus habilidades protectoras mejorando sus competencias sociales e individuales* (González y Valdéz, 2007). El estudio de los individuos capaces de lograr tal adaptabilidad a la adversidad ha sido motivo de interés, ya que éstas personas al momento de enfrentarse al dolor, experimentan angustia, ira, confusión y desolación, sin embargo, no permiten la permanencia de esas emociones, si no que los consolida, tal como la frase de Nietzsche: *Lo que no me mata, me fortalece*, esta cualidad que sólo manifiestan algunas personas puede reproducirse al resto mediante el conocimiento y el apoyo de los profesionales de la salud (Siebert, 2007).

La reconstrucción de una vida que ha transitado por pérdidas muy dolorosas es parte de la adaptabilidad humana, tras el daño no se puede ser la misma persona, pero ésta tiene dos opciones: o sucumbe (victimización-autocompasión) o mejora (enfrentar la situación) por predisposición innata de resistencia encontrando la forma de solucionar los problemas, manteniendo el sentido del humor y evitando el victimismo, dominando la depresión (darse permiso de padecerla pero sin permitir su dominio), el reconocimiento de que todos los seres humanos somos capaces de aprender cosas nuevas en cualquier momento y la habilidad de conocerse plenamente para así tomar la decisión más acertada, por ejemplo: las personas introvertidas requieren de su soledad para sanar aspectos negativos de su vida, en cambio las personas extrovertidas necesitan hablar con los otros sobre su aflicción y emociones (Sánchez y Delgado, 2002).

Dicha condición inherentemente humana por sus características, dinámicas complejas y holísticas que la componen favorece al desarrollo humano y bienestar social, la construcción de nuevas interpretaciones en momentos de crisis abarca factores de orden familiar, social, biológico y comunitario, además de la percepción, objetivos y valores de cada individuo, si bien es claro que en la intervención con pacientes no habrá tratamientos generalizados ni procesos determinados si no, con un acompañamiento solidario y afectivo que facilite la realidad y la toma de consciencia respetando la diversidad y singularidad de cada persona (Madariaga, 2014).

El objetivo de las intervenciones sobre éste fenómeno multidimensional será integrar de forma indirecta o directa procesos de orden participativo y relacional por medio de los profesionales de la salud, de tal manera que aporten una mejora en la calidad de vida de los individuos y que interdisciplinariamente se comprenda, interprete y explique la capacidad de recuperación individual y colectiva como un proceso social y del que cada paciente será capaz de construir bajo su propio concepto y cualidades interpretativas en aras a la obtención de beneficios actitudinales en la estructura personal de su conocimiento y aprendizaje de carácter psicosocial (Gruhl, 2009).

A través de diversas investigaciones se ha aprendido a que los individuos con capacidades resilientes necesitan de una base socio-afectiva en donde se integran vínculos emocionales estables y positivos que no tienen que provenir forzosamente de la interacción y dinámica familiar, de modo que los procesos de apego a dichas actitudes podrían compensar la carencia de afectos y por último la necesidad de pertenencia al grupo social, la honestidad y la proyección que se quiere dar al grupo es lo que afianza su proceso de desarrollo, se reconoció también que unas bases de comunicación sana en niveles comunitarios, familiares e individuales fomentan la actitud resiliente (Cyrulnik y Anaut, 2016).

Este proceso pretende entenderse como un desarrollo evolutivo y adaptativo del ser humano, que si bien, no tiene un significado estrictamente conceptual conformado por distintas vertientes además de no ser inmutable, los más expertos en el tema lo

consideran como un proceso en el cual aunque su éxito social no significa precisamente una expresión resiliente, los cambios pueden incurrir a un nivel biológico a partir de los estilos de apego y a la plasticidad cerebral, es por ello que las personas empáticas son las candidatas a experimentar tal modificación en su estructura contextual y de las que mediante las neuronas espejo establecen un vínculo, dicha cualidad se le atribuye a la capacidad de ponerse en el lugar del otro, el impacto de este desarrollo repercute en el nivel y la calidad educativa comprendiendo el sentido de justicia y en donde la relación con el entorno está significativamente unida al sujeto (Henderson y Milstein, 2003).

Algunos autores atribuyen estos cambios a la experiencia profesional, empírica, a la ciencia, la ética e incluso a circunstancias de índole espiritual, aunado a esto, surge la problemática de desarrollarla de forma masiva, siendo esto todo un desafío por su peculiaridad y sus características individuales como son: su autoestima, aptitudes, humor, capacidad interpretativa, de significado, aceptación social y necesidades físicas básicas, reconociendo que esto no constituye un estado definitivo, ni tiene relación con el nivel socio-económico el sujeto reconoce la imperfección del complejo sistema social (Evans y Reid, 2016). Al incidir sobre las características prematuras, es decir, los potenciales candidatos a expresar una actitud resiliente puede observarse desde la infancia, desarrollando habilidades en presencia de competencias sociales, autonomía, capacidad de resolución de problemas, autoestima adecuada, confianza en sí mismo y en el entorno, responsabilidad de actos, auto-control, detección del peligro, búsqueda de apoyo en el otro, no temer equivocarse, sentir y expresar afecto y el sentido de propósito y futuro (tengo, puedo y soy) (Llobet, 2008).

CAPÍTULO III

DEL CRECIMIENTO INDIVIDUAL A LA VISIÓN DEL DESARROLLO HUMANO

3. Desarrollo humano

El desarrollo humano es necesario para que las personas aprovechen su potencial y lleven a cabo una vida productiva construyendo su propia inteligencia y siendo más eficaces en su proceso de adaptabilidad y supervivencia. La evolución del hombre se ha ido ajustando a las necesidades requeridas, es por ello que, con el paso del tiempo, el estudio del desarrollo infantil fue cambiando, ya que se pensaba que los niños eran débiles y generalmente morían a los pocos años de vida a consecuencia de falta de cuidados, no asistían a la escuela y generalmente los padres los instruían en el aprendizaje de oficios. El estudio del desarrollo infantil tiene solo un poco más de cien años y se ha realizado de forma sistemática cubriendo y entendiendo poco a poco las necesidades del niño y por ende del adulto (Navarro y Pérez, 2012).

Según Delval, (2008). El crecimiento individual supone un esfuerzo siendo evidente al observar a un niño que pasa de una etapa de descubrimiento inicial jugando con sus manos para luego comenzar a comprender su entorno, adquirir responsabilidades como ir a la escuela, aprender diversas tareas, realizar esfuerzos y transformarse en adulto, quizás sólo se tome en cuenta que el niño utiliza su potencial interno y las influencias de su medio ambiente, pero también participa activamente en su propio desarrollo. Son muchas las variables disponibles para un niño que ha nacido y él es quien toma la decisión de su circunstancia.

El desarrollo o evolución del infante depende de sus habilidades y su entorno para la supervivencia del más apto, tal como lo define la selección natural según Charles Darwin, en “el origen de las especies”, las teorías subsecuentes a esta obra iniciaron con el auge sobre los temas en antropología y ciencias humanas otorgando un significado al orden social, este concepto se va estableciendo como la adaptabilidad que encausa al hombre a modificar su estilo de vida, permitiendo entender la conducta humana (Amar y Martínez, 2011).

La etapa infantil se va desarrollando hasta alcanzar la adolescencia, que comprende un período entre los 10 y 19 años, aunque comúnmente se conozca esta etapa

oscilando entre los 13 a los 18 años, sin embargo, se encuentran diferentes estados temporales según distintas opiniones psicológicas y médicas siendo un estado de desarrollo sexual, físico y mental humano en crecimiento. La pubertad en latín significa *edad de la madurez* implica un proceso de adaptación social confusa, en la que hay un proceso físico, por su parte se convierte en un tema importante y probablemente se encuentre idealizado, debido a la cantidad exponencial de imágenes sobre el aspecto físico “ideal” en los medios de comunicación, promoviendo estándares de belleza inalcanzables para muchos adolescentes, sin embargo, en esta etapa también hay diferentes conceptos intelectuales en su personalidad, para destacarlos sobre el físico, alimentando el autoestima y las relaciones con sus pares (Coleman, 2003).

En cuanto a los cambios cognitivos se evidencian por el comportamiento y actitudes exteriorizadas, que denotan un cambio hacia el pensamiento independiente y su perspectiva hacia el futuro, encaminado a la madurez en sus relaciones sociales, la comunicación y su inserción como entes productivos en la comunidad, la cual, le facilita la adquisición de enfoques hipotéticos–deductivos para la comprensión y resolución de problemas, así como nociones de creencia y probabilidad (Berger, 2006). El entorno social del adolescente, ocupa los procesos en el que estos contextualizan a los demás para así lograr comprender el porqué de sus pensamientos, la forma en la que se comportan en el estrato social, que se traduce a una inserción de ciertas características, coloca al individuo en un rol por establecer, en el que se encuentra el raciocinio moral, perspectivas, empatía y el razonamiento lógico (Aguirre, 1994).

A continuación, se destacan cuatro niveles de perspectivas sociales evolutivas:

Estadio 1: de los 5 a los 9 años de edad, en el que se encuentra la adaptación diferencial o subjetiva de perspectivas, en el que los niños advierten que otras personas pueden tener ideas diferentes a las suyas.

Estadio 2: de 7 a los 12 años de edad. Pensamiento auto reflexivo o adopción recíproca de perspectivas en el que el niño obtiene un avance cognitivo importante y la habilidad de tomar en cuenta la perspectiva de la otra persona.

Estadio 3: de los 10 a los 15 años de edad. Apreciación por perspectivas complejas de terceros.

Estadio 4: de los 15 años en adelante. Nociones sociales en las que se profundiza la abstracción del individuo, su rol y el grupo.

Estos cuatro estadios conforman la evolución de la estructura mental del adolescente y sobre la percepción de sí mismo, su edad representa la característica principal en cuanto al descubrimiento de posturas sociales (Saavedra, 2004).

En resumen, la adolescencia es un periodo de desarrollo a la madurez, pero dada la estructura de la sociedad contemporánea puede existir confusión, dado el bombardeo de información en cuanto a las crisis económicas, el consumismo, a una deteriorada moral, violencia, corrupción, pobreza y la falta de atención por parte de los padres, entre otras (Erikson, 2004). La necesidad de “encajar” en un grupo social repercute en la seguridad de sí mismos y su adaptabilidad al entorno, mediante una guía adecuada puedan mostrarse creativos, responsables y valiosos ante sus círculos inmediatos, no solo se destaca por el aumento de la masa corporal y de las funciones cognitivas y psicológicas, es un periodo del desarrollo humano que se posiciona entre la infancia y la adultez, un cambio que debe consolidarse como un fenómeno social, cultural y biológico (Blasco y Giner, 2011).

3.1. Actitud del profesional ante la pérdida de un paciente

El profesional de la salud aprende sobre la necesidad de resolver las exigencias profesionales y sociales en las que se implique, desempeñando su labor de tal forma que dé solución al paciente asignado, la forma de llevarlo a cabo dependerán de su bagaje de conocimientos y experiencias con la que se ha desempeñado a lo largo de su aprendizaje académico, las prácticas profesionales y su desempeño en el campo laboral, sin embargo, las características de su quehacer y las exigencias al profesional pueden guiarlo a sufrir ansiedad o temor, principalmente si ha habido alguna mala praxis, esta condición humana imaginaria o real, influye en la implicación profesional y personal si ésta no se acepta o reconoce, es por ello la tendencia a que la pérdida de un paciente provoque frustración en el desempeño clínico (Gómez, 2011).

Para Perdigon y Strasser, (2015). El “encarnizamiento terapéutico” es un término que se refiere a la obstinación, furor o distanasia en la acción médica que lejos de beneficiar

al enfermo, sólo agravan el sufrimiento alargándolo y aumentando el conflicto psicológico, o bien, motivado por distintos intereses ya sean científicos, políticos, económicos, sociales, por negligencia, desconocimiento de leyes, derechos del paciente y la familia o por la presión de sus buenas intenciones, el exceso de tratamiento para mantener vivo al ser humano genera costos altos, tanto para la economía de la población, como el dolor al que someten al paciente (Aramani, 2015). El profesional de la salud en la práctica con el paciente utiliza un conjunto de saberes científicos, psicológicos y técnicos junto con los sociales y empíricos, pero la generalidad es el uso de una técnica que incluso puede mostrarse en los reportes médicos utilizados como procesos para las emergencias, siendo necesario el anexo a ese procedimiento un enfoque humanista.

Desde que el profesional de la salud se encuentra en sus años de estudios académicos se va formando en ellos un compromiso con la vida y el paciente para preservar su salud y estar bien capacitado para ello, el logro de esta meta otorga la gratificación buscada, al enfrentar la situación opuesta que es la pérdida del paciente, se siente sin preparación y con sentimientos negativos, según las entrevistas que se le realizaron a varios enfermeros ellos confesaron bajo el anonimato que evitan en cierto grado a los pacientes y a sus familias para no vincularse tan estrechamente y así evitar el sufrimiento tanto por la pérdida del enfermo, como el sufrimiento de los familiares (Souza, Mota y Barbosa, 2013).

De forma errónea los médicos, trabajadores sociales y psicólogos no suelen ahondar en el tema de la muerte cuando son precisamente ellos los que tienen más contacto con ella, la muerte debe ser investigada, escudriñada y esperada por todos, esta realidad natural puede lograr ser vista como un evento pacífico y de reposo en aras de cambiar nuestros conceptos de temor o anhelo por la inmortalidad, sobre todo, en la postura de un profesional de la salud (López y López, 2012). Hacer frente a estas situaciones ocupa el desarrollo de competencias específicas que no se conocen en la mayoría de las universidades de ciencias de la salud, en donde el conocimiento de la muerte y el duelo siguen siendo una asignatura pendiente, es por ello que para que los profesionales de la salud resuelvan las necesidades de la sociedad, deben conocer

lo que el ciudadano requiere y el trato que espera recibir (Kirchhoff, Spuhler y Walker, 2000).

Por otra parte, es importante destacar que los psicólogos en su práctica terapéutica requieren de un soporte psicológico y dentro de sus estudios académicos se les conduce a recibirlo, lo adecuado es que también lo reciban médicos y trabajadores sociales, ya que su labor no es fácil de llevar a cabo, la colaboración que le brindan a sus pacientes es vital para el beneficio de la población, es por ello que además de tener una extensa capacitación en su ramo también deben recibir terapia psicológica para sobrellevar las distintas circunstancias en las que se encuentren a lo largo del ejercicio de su profesión, aprender a ser escuchados, escuchar al otro y entender las actitudes de duelo, como herramienta para interactuar con sus pacientes y la racionalización de las experiencias humanas (Jiménez, 2004).

La relación constante con seres humanos que se rigen entre la vida y la muerte no es una tarea sencilla, además de dar lo mejor de sí para intentar salvar la vida de los enfermos también deben hacer frente a las emociones del paciente, familiares y amigos de éste, dicha situación los enfrenta diariamente a situaciones vulnerables, el profesional de la salud necesita ser atendido psicológicamente como medida preventiva, para preservar la calidad humana y empática del profesional y evitar la mecanización de su labor (Pérez y Cibanal, 2016).

Para llevar a cabo este compromiso con la sociedad la herramienta indispensable para realizarlo son los cuidados paliativos que se erigen en base a la filosofía de la consciencia, la competencia, la compasión y el compromiso necesarios para el establecimiento de un trato digno, esperanzador y humano requeridos en los campos de medicina, enfermería, psicología clínica y trabajo social, debiendo continuar esta enseñanza en el postgrado. No sólo es informarle al paciente su padecimiento, existen métodos y prácticas para encaminar al paciente a un conocimiento sobre su estado de salud con tacto y empatía, mediante aspectos técnicos y afectivos que se obtienen a través de una enseñanza anticipada para el saber clínico, este trato adecuado puede generar una reacción más positiva tanto para el proveedor del servicio de salud, como para el enfermo y sus familiares (Robichaux y Clark, 2006).

El paciente que se encuentra atravesando por una enfermedad crónica, degenerativa o cualquier patología que comprometa su vida, debe enterarse de su estado de salud mediante una serie de pasos a seguir y no de manera fría y tajante como se ha observado en los hospitales modernos, el solo hecho de dar la información concerniente otorga el derecho de conocer los diagnósticos, sin embargo, no concede los principios éticos que toda base terapéutica demanda, también se ha demostrado que los enfermos que conocen el contexto de su enfermedad con el tiempo aprenden a convivir con ella a diferencia de los que desconocen la certeza de su diagnóstico, presentando cuadros de ansiedad, los estudios muestran que los sentimientos del paciente influyen en las significaciones sociales e individuales y la adaptación a su estado de salud (Fernández, 2012).

La ansiedad o negación que tenga el médico ante la muerte es proporcional al trato que tenga con un paciente moribundo, ya que un médico que aísle e ignore al paciente no solamente pone de manifiesto su propio temor proyectándolo al moribundo, si no que no procede de forma ética ante su labor de brindar alivio y soporte a quienes se dirigen a éste para solicitar su ayuda, el profesional de la salud debe ante todo, proporcionar bienestar independientemente de sus temores o ansiedades y del grado de enfermedad de los pacientes (Gómez, 2006).

Por otra parte, según Hernández, (2006). Los profesionales de la salud que atienden al moribundo además de proporcionarle todo el soporte necesario, deben apoyarlo para que logre salvaguardar sus intereses financieros y de índole legal, ya que existen deberes y responsabilidades que hay que atender, como por ejemplo el testamento, el médico puede canalizar al paciente con algún abogado o notario, que desde la lógica jurídica comprende la última voluntad sobre las decisiones de los bienes materiales, dicho propósito sobre sus pertenencias, puede proveer una sensación de control en su proceso de muerte.

En un estudio realizado en la UNAM en el año 2013, los estudiantes se encontraban interesados en obtener conocimientos en cuanto al fenómeno de la muerte y reconocían que su profesión se encontraba aunada a la práctica del humanismo, los temas que se tomaron en cuenta para los talleres que realizaron fueron:

- Discutir sobre el tema de la muerte

Los profesionales de la salud a cargo de pacientes en estado terminal usualmente experimentan las mismas angustias, dudas, pensamientos esquivos y dificultades para lidiar con la aceptación de la muerte, lo primero que se debe integrar a los grupos de profesionales es que los educadores del tema sean tanatólogos y den un proceso de terapia y análisis y no solamente sean expositores de información para el trato con los pacientes (Hernández, González e Infante, 2002).

Los médicos, psicólogos y trabajadores sociales deben saber lidiar con la muerte en todo su contexto, para que pueda ser interiorizada adecuadamente en su propia vida, mediante el cuidado de sí mismo y el entendimiento y resolución del porqué de sus propios miedos e inseguridades, esto resulta ser elemental para facilitar su labor. Por ejemplo, una persona que lleva inadecuados hábitos alimenticios y una vida sedentaria, no puede educar a los demás para que lleven una vida saludable, primero se debe integrar como una ideología de vida en concordancia con lo que se promueve (Do Carmo, 2015).

- Perspectiva de los pacientes

Entender y conocer la postura en la que se encuentran los pacientes terminales es indispensable para inducir la empatía del personal de la salud tanto de médicos, psicólogos, trabajadores sociales y familiares de los enfermos, en el ejercicio del aprendizaje, los profesionales de la salud deben hacer su propia investigación a un grupo vulnerable para conocer todas las condiciones de vida a la que están expuestos y puedan compartir sus trabajos con sus compañeros, si bien, es cierto que existen numerosas investigaciones que dan un acercamiento al tema es más enriquecedor recabar información según el estilo de cada estudiante, integrándolo a un trabajo de campo con experiencias particulares (Llauradó, 2014). Este trabajo puede generar interés y cambiar perspectivas, además de ponerles cara a los pacientes y a la narrativa, es decir, se incentiva al alumno a contemplar cada aspecto en la vida cambiante de los enfermos, sobre todo, para los que ven la muerte de cerca, ya sea en las camas contiguas o de otras habitaciones, tales eventos hacen al enfermo

cuestionarse sobre su propia vida y re dimensionar su existencia, además como falta de confianza en sí mismos, culpabilidad, tristeza, minusvalía, irritabilidad, falta de apetito, tensión, ansiedad, pánico, dolor, momento por el cuál requieren darle sentido a su vida y a su muerte, significado a lo vivido, la religiosidad muchas veces ayuda en estas circunstancias pero la calidez humana es una necesidad aún mayor (Cruz y Aguilar, 2010).

- Tanatología

El ideal médico, psicológico y social es que se integren habilidades de índole humanística, los profesionales de la salud requieren conocer toda la temática de la tanatología y adquirir herramientas que les brinde una mayor seguridad a sí mismos y al trabajo que deben desempeñar (Kenneth, 2013). Una atención informada, personalizada y hábil proporciona validez a la disciplina, dejando a un lado ideas preconcebidas y confusas que hagan su quehacer profesional más cómodo evitando durezas emocionales por no saber llevar a cabo un ejercicio integral, reconocer el sufrimiento del otro es reconocer el sufrimiento propio (Domínguez, 2009).

- Eutanasia o suicidio asistido

La eutanasia es la muerte asistida realizada por profesionales médicos en solicitud del paciente, puede ser no voluntaria en la que se desconocen los motivos del paciente y la voluntaria con exposición de motivos, dicho servicio médico solamente ha sido legalizado en Canadá, algunos estados de E.U., Colombia, Bélgica, Luxemburgo, Suiza y Reino Unido, las opiniones en cuanto a la libertad del ser humano sobre la elección de su propio fin son aún muy controvertidas, sin embargo, es una realidad en varios países y por ello se requiere de un profundo análisis y estudio (Collado, Piñón y Odales, 2011). Es importante además saber cómo se integraron dichas políticas, cómo se llevan a cabo y cuales han sido los resultados, es pertinente reconocer que, a pesar de no existir regulaciones para el control de éstas prácticas en la mayoría de los países, el suicidio es un evento común en todas la sociedades, culturas, niveles económicos, religiones y edades y parte de la naturaleza humana (Parreiras, Cafure y Pacelli, 2016).

Como parte de las conclusiones de dicho estudio los estudiantes de medicina reconocieron que se enfrentarían ineludiblemente a la muerte en su práctica laboral (Álvarez, Torruco, Morales y Varela, 2015). Por otra parte, los profesionales de la salud en el área de enfermería si cuentan con un asesoramiento de cuidados paliativos y es quizás la información más accesible a la que se puede acudir para ampliar y distribuir el conocimiento en las licenciaturas de psicología clínica, medicina humana y trabajo social, los cuidados en enfermería se distribuyen en conceptos los cuales son:

- a) Persona: la empatía desde el primer hasta el último contacto con el paciente y familiares, conocimiento de las etapas de duelo por las que atraviesan adaptándose a cada fase y a un trato más adecuado.
- b) Enfermería: apertura al afecto con el paciente a partir de su vocación en apoyo al prójimo.
- c) Salud: dar alivio al paciente, siempre y cuando esté de acuerdo con el tratamiento además de dar acompañamiento, confianza y seguridad.
- d) Contexto: el ambiente hospitalario que puede percibir el paciente según las atenciones recibidas. Un correcto diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación son un conjunto de prácticas que se integran para lograr salvaguardar la salud de los pacientes y a su vez las capacitaciones a los familiares para el proceso de cuidado del enfermo logran el propósito que tiene un profesional de la salud (Almenares, 2013).

3.2. Derechos legales de los servicios hospitalarios para los pacientes

El médico en formación debe conocer los derechos de los pacientes para salvaguardar su propia integridad y la de ellos, ya que dentro de su práctica profesional deben ser cuidadosos y tomar en cuenta que una mala praxis puede repercutir en perjuicios de índole penal, es por ello de vital importancia tratar al enfermo en apego al derecho que posee de recibir atención médica, diálogo abierto, conocer ampliamente su estado de salud, las opciones de tratamiento y el acceso a los cuidados paliativos (Barrio, 2015). Comunicarle abiertamente al paciente su padecimiento, sobre todo, a una persona de la tercera edad o con antecedentes por cardiopatías aunado a una nueva condición puede ser motivo de controversia, se teme sobre todo a que el paciente se sienta sin

esperanza y por ende no luche por salvar su vida, tal como lo menciona el escritor Gómez Rodríguez en su libro Medicina Práctica, en el que afirma que el poder de las palabras repercute directamente con la salud de los pacientes, aunque la literatura y el código ético de salud avalen la necesidad de aclarar el estado de salud de cada enfermo, puesto que el paciente al conocer su condición y sus alternativas pueda elegir el tratamiento y el cese de éste en el momento que lo requiera (Santamaría del Río, 2011).

El paciente debe tener el derecho sobre su propio cuerpo y ser capaz de decidir si desea ciertos tratamientos o bien, que en su momento se le realicen o no técnicas de resucitación, ser conectado a un soporte vital y enfrentar las limitantes físicas que esto conlleve, de igual forma el paciente debe decidir si quiere ser alimentado o no en su estado terminal, si bien, en muchos países la eutanasia no está permitida se debe de respetar las decisiones del paciente en cuanto a la atención que desea o no recibir (Belli, 2013).

De acuerdo con la ley general de salud en México el paciente puede solicitar los cuidados paliativos al momento de su diagnóstico como enfermo terminal y es él quien decide el tratamiento al que tenga acceso y a la interrupción de estos según le parezca adecuado, cuando el paciente es menor de edad quienes toman la decisión son sus padres o tutor legal, puede recibir atención médica en su hogar y el derecho a un trato digno (Martínez y Expósito, 2018).

La muerte digna, o bien, la ortotanasia que significa *justo* o *recto* la dirigen los cuidadores del paciente o enfermo terminal, el derecho a morir dignamente puede efectuarse mediante los cuidados paliativos que es el soporte necesario sin el uso de medidas extraordinarias y dolorosas para mantener la vida, es atención humanitaria, la transición a la muerte forma parte de uno de los principales temores del ser humano, otro de ellos es el morir solo y con dolor, el desconocimiento de la muerte y sus circunstancias, el acompañamiento es primordial en esta etapa (Behar, 2007).

3.3. Pasos a seguir para notificar a los familiares por una muerte súbita

Como se comentó anteriormente, existen mecanismos o herramientas de apoyo para dar a conocer a los familiares la situación a la que se enfrentan, y son 13 puntos importantes a considerar:

1.- Realizar una inspección física, para asegurarse del estado del cuerpo así como la higiene, el estado nutricional y tener toda esta información por escrito, además de incluir las maniobras de resucitación realizadas.

2.- Si se encuentra en compañía de personal médico, invitarlos a que mantengan contacto con los familiares antes de darles la noticia del fallecimiento, en caso de que el paciente llegue aún con signos vitales se les debe informar a los familiares la situación en la que se encuentra cada 10 minutos.

3. Si el paciente llega sin signos vitales, hay una estrategia para preparar a los familiares que consiste en:

a) Comunicar la gravedad del caso y avisar sobre el proceso de reanimación.

b) Salir de nuevo con los familiares e informar sobre todo lo que se está haciendo para reanimar al paciente.

c) Informar sobre los resultados como la salida del paro o si continúa en ese estado.

d) Comunicar sobre la reacción del paciente ante la reanimación otorgada.

e) Dar a conocer la posibilidad de que si el paciente responde a la reanimación puede quedar en estado vegetativo.

f) Comunicar que no fue posible reanimarlo y que desafortunadamente falleció.

4. Todos estos pasos anteriores tienen como fin que los familiares puedan hacerse a la idea del hecho antes del veredicto final, evitando que la situación sea dada de golpe, además de que este último punto debe ser informado en privado, en un lugar que esté destinado para dicho uso, donde los familiares puedan sentarse, tener disponible agua y pañuelos de papel.

5. El médico deberá tener su celular en silencio y evitar ser interrumpidos.

6.- Con actitud empática a los familiares, mostrar lamento por la pérdida y mencionar el nombre del paciente fallecido para después narrar lo acontecido.

7.- Evitar frases comunes: “deben permanecer fuertes” usar un tono de voz suave y emplear el contacto físico, por ejemplo: estrechar las manos, tocar el hombro o el antebrazo.

8. Contestar todas las preguntas y respetar sus reacciones sin interrumpir, entender que la forma y la actitud del profesional de la salud al momento de dar a conocer la noticia es fundamental para los familiares y un recuerdo que permanece con ellos por siempre.

9. Facilitarles el apoyo para comunicar la noticia a otros familiares y el acceso al teléfono.

10. Colaborar con los trámites, explicando que pasos deben de seguir y ofrecerse a llamar el mismo a la funeraria.

11. Después de resolver todas las dudas y dar la información necesaria debe de ofrecerse a los familiares la oportunidad de ver el cuerpo y pasar un momento con el por si lo desean, sin forzarlos a esta situación, comunicar si hay en el cuerpo algún cambio o golpe como resultado de la reanimación.

12. Finalizar la intervención asegurándose de dar respuesta a todas las dudas y tratar de ofrecer servicio de transporte, sobre todo si algún familiar es de la tercera edad o si cuenta con alguna discapacidad.

13. De ser posible, hablar con el equipo médico sobre lo acontecido para atender los detalles o corregir errores que pudieran haber surgido.

Para Falconí, (2013). Ésta lista muestra la existencia de procedimientos que se encuentran al alcance de todos, permitiendo ser más empáticos y eficaces en el ejercicio profesional en trato directo con pacientes o familiares del enfermo o difunto en situación vulnerable, a la vez nos permite cuestionarnos de por qué hay una ausencia del mismo en la práctica médica-psicológica reflejado en esa falta de adiestramiento de los profesionales de la salud y que resiente la población.

Si bien, es cierto que la labor médica ha mejorado sus prácticas y esto se reconoce en cuanto al aumento considerable a la esperanza de vida en los últimos años, por ejemplo podemos recordar las epidemias del siglo XIX como la tuberculosis, tisis, cólera, disentería, fiebre tifoidea y escarlatina, éstas enfermedades se encontraban en una estrecha relación con la desnutrición y las viviendas deficientes y antihigiénicas, por ende, se logró una mejora en la alimentación, además de la desinfección de instrumental quirúrgico, y a la implementación de medidas generales de higiene, mejorando considerablemente la salud poblacional, sin embargo, conforme los avances tecnológicos y científicos fueron en auge hubo un choque con la realidad en cuanto a la actividad médica se refiere, en la que las farmacéuticas poderosas y los intereses económicos se tornaron en el mayor interés, tal es así que se crearon necesidades falsas para lograr la venta de drogas, generando enfermedades modernas, en algunos casos como el cáncer, las cardiopatías coronarias, la diabetes y los desórdenes mentales (Illich, 1975).

Por ende, surgieron los derechos humanos y a la salud, para contrarrestar parcialmente dicho perjuicio insalubre y como parte de este conjunto de saberes, se incorporaron las prácticas médico/humanitarias, en cuanto a la evolución de las enfermedades es importante actualizar los conocimientos en base a la medicina legal, psicológica y social, ya que las reglamentaciones son diversas en cuanto a las regulaciones y legislaciones de cada estado, siendo una referencia para la práctica en el ejercicio legal, esto forma parte de un cúmulo de habilidades y destrezas que deben ser dominadas por los profesionales de la salud, en la que la renovación de las currículas académicas no deben de ser vistas como ejercicios esporádicos, si no, una constante, sobre todo en las profesiones destinadas a la atención y cuidados médicos de su población (Céspedes, Cabezas e Illesca, 2016).

CAPÍTULO IV

POLÍTICAS EDUCATIVAS Y VISIÓN MULTICULTURAL Y FLEXIBLE DEL CURRÍCULO

4. Flexibilidad curricular

La flexibilidad curricular tiene como propósito mejorar las necesidades de los estudiantes y así formar profesionales que resuelvan las exigencias sociales coadyuvando a la participación del ejercicio académico, ya que con el paso del tiempo la sociedad ha ido evolucionando en cuanto a la resolución de todo tipo de conflictos en su entorno, la compleja tarea de comprender los diversos fenómenos antropológicos coexiste con la naturaleza humana de encontrar diversas soluciones, la flexibilidad curricular lleva a cabo esta tarea profesionalizando la intervención y dando a elegir el contenido académico para su posterior desempeño laboral (Cox, 2005).

Dicha pauta, permite crear nuevas herramientas metodológicas y dar un nuevo sentido a los diversos aspectos que conforman la reorganización de la enseñanza y la renovación de programas académicos y su plan de estudios, el constante análisis de dichos contenidos es indispensable para su crecimiento y fortalecimiento en atención a las necesidades circundantes de la sociedad para una formación de calidad, es decir, un proceso de re-estructuración en los nuevos procesos de formación, consolidando la capacidad de decisión del alumno sobre la elección del contenido curricular y así su proyecto laboral (Díaz, 2002).

En nuestro país por medio de las políticas educativas instauradas a finales de los años noventa, se implementó la flexibilidad curricular, enfocándose principalmente en la educación superior, es por ello que en el año 2000 ANUIES, en conjunto con el Programa Nacional de Educación Superior entre los años 2001 al 2006 y la SEP forman parte de las políticas como el re-direccionamiento fundamental, dicha postura ha sido utilizada por otros países de Sudamérica y como orientación por parte de la UNESCO y la OCED, esta necesidad surge a partir de políticas económicas, laborales y educativas para la eficiencia laboral y económica (Nieto, L. y Díaz, M., 2005).

La flexibilidad curricular se encuentra ligada a la educación y ésta tiene el deber de transformarse y mejorar continuamente adaptándose a los nuevos conocimientos que surgen y a las necesidades sociales, cognitivas y culturales de los alumnos, es preciso entender que al igual que nos beneficiamos de los avances en ciencia-tecnología y los recursos que nos proporcionan, la educación de calidad es inherente a ese avance, por lo tanto debe ser representada en base a diversos análisis e investigaciones, de modo que se pueda proyectar desde la realidad a la intervención requerida, creando métodos de aprendizaje activos y de gestión participativa en dirección a estimular las capacidades superiores del pensamiento permitiendo a los alumnos la construcción de sus saberes (Williamson y Hidalgo, 2015).

Es por ello que las acciones que catapultan a cualquier institución a ser un referente de calidad y de visión para el impulso de sus estudiantes en situaciones laborales que puedan ejercer con mayor capacidad, impera por sobre la educación lineal de la que carece de conocimientos de vanguardia y tendencias, necesarios en un ambiente de competitividad constante (Muñoz, 2009).

En el mercado laboral como el comercio y los recursos humanos, se especializan en cubrir las necesidades de la población y a la búsqueda del diseño de estrategias para la solución de problemas, es decir, a la adaptabilidad de dicho fenómeno antropológico ofreciendo la oportunidad de acceder a la calidad de vida y al adecuado desenvolvimiento en los distintos contextos sociales, estos servicios deben integrarse a la estructura comportamental, salvaguardando los intereses de la población como la organización del entorno, distintos estudios han constatado que la flexibilidad desempeña un papel crucial en la capacidad empresarial para lograr eficientar el dinamismo del entorno caracterizados por la inestabilidad o subjetividad así como la variabilidad de la demanda (García, Sánchez y Pérez, 2014).

Es por ello que la flexibilidad en los procesos de solución de conflictos de cualquier índole es necesario para una adecuación y evolución del pensamiento y al afrontamiento a realidades ineludibles, la búsqueda de esa calidad de vida que va aunada con el desarrollo humano, promueve la satisfacción general potencializando la realización personal o formando parte de ella (Ardila, 2003). Las transformaciones en

la educación han sido producidas por cambios sociales y científicos en conjunto con representaciones e ideologías, el currículo va modificándose para orientar el diseño de las diversas áreas académicas y sus contextos para establecer un vínculo entre la memorización de conocimientos generales en preservación de la cultura, la interacción con el medio que rodea al estudiante, y éste recrea su propio conocimiento con significaciones individuales y con el conocimiento de las crisis sociales existentes, la perspectiva de las modificaciones en los currículos en cuanto a la practicidad y en el dominio de dos potencialidades: las habilidades cognitivas e intelectuales, motoras, afectivas y de acción humana en la capacidad de resolver problemas y las acciones que se lleven a cabo para lograrlo en una reconstrucción social de intereses y realización personal (Riera, 2006).

4.1. Reconstrucción socio-cultural y actitud hacia la muerte

Para realizar una descripción ante la actitud hacia la muerte se han tomado en cuenta los siguientes puntos:

- Actitudes mentales y emocionales
- Enfermedades y sus secuelas físicas
- Pensamientos constantes de temporalidad
- Temores personales, estrés y dolor

Estos cambios mentales y actitudinales van acompañados de una gama de variabilidad por el entorno personal y cultural, además la forma en la que cada individuo experimenta y actúa ante la ansiedad y el temor, así como también depende de el tipo de enfermedad, la duración de ésta, la actitud y la relación que existe con el personal sanitario, edad del enfermo, tipo de instalaciones hospitalarias, educación, creencias religiosas, actitud y entorno familiar además del nivel de dolor que se padece (Sánchez y Molinero, 2012).

La agonía y su proceso son en sí el mayor temor y no la muerte:

- a) Miedo a no tener controlada la situación en la que se encuentran; por ejemplo el nivel de dependencia hacia los familiares o el personal médico.
- b) Temor a abandonar a sus dependientes familiares.
- c) Temor al sufrimiento de sus seres queridos.
- d) Temor a la soledad.
- e) Temor a lo desconocido, al no saber exactamente lo que sucederá después de su muerte.
- f) Temor a que su vida no haya sido lo suficientemente satisfactoria y que no haya tenido ningún propósito.

Todo esto se suma a un sufrimiento psicológico, aún más grande que el físico (Gala, Lupiani y Raja, 2002). La muerte imaginaria e individualizada es conformada por preceptos equivocados mientras se habita en un mundo industrializado y comercial que se opone a las realidades trágicas, a la par que el hombre inmerso en su propia comunidad y cultura, aunado al pensamiento-acción y a la responsabilidad de su propio yo, su actitud ante la muerte puede darle un sentido respecto a su vida, negarla o ignorarla cabe en la imposibilidad de afrontar su humanidad y su contexto de vida, por ende, la integración y preparación consciente es indispensable para aceptar tal hecho inminente, la vida encaminada únicamente al hedonismo y a la evitación de la realidad, es una característica recurrente en el hombre moderno trivializando una existencia que irremediamente llegará a su fin (Blondel, 2002).

El sufrimiento psicológico se encuentra muy arraigado en nuestras mentes como se menciona anteriormente a consecuencia de los lazos afectivos y al apego, es por ello que el amor se encuentra estrechamente ligado a la sensación de deseo por permanecer en ese mismo estado, cuando abruptamente nos vemos separados de nuestra zona conocida nos consume el desconsuelo violentamente, física, moral y mentalmente, experimentando un dolor profundo, es por ello la tendencia a necesitar alivio ante el sufrimiento, esa búsqueda de consuelo ya sea en textos de ayuda,

poemas o en grupos de apoyo pueda colaborar en alentar al doliente en su camino de adaptación a esa nueva lucha y a lidiar adecuadamente con la ansiedad (Gruyter, 2015).

La ansiedad que se presenta en una mente infantil es diferente a la del adulto y se manifiesta en dos formas: la crónica y la crítica, la primera con reacciones agresivas que comienzan antes de tener un concepto claro de la muerte y al estar expuestos a la pérdida de un familiar por alguna grave enfermedad, el menor puede experimentar sentimientos de culpa y soledad. La ansiedad crítica puede presentarse en alguna etapa de su desarrollo y esta conlleva a relacionar la muerte con si mismo con tendencias depresivas, es por ello que al niño que padece la pérdida debe ser tratado con un especialista y en casa apoyarlo, amarlo y tener la libertad de hablar del tema cada vez que el niño quiera hacerlo, ignorar lo ocurrido no lo ayudará a superar la pérdida, ésta debe trabajarse y atenderse (Anthony, 2005).

Según un estudio realizado en Cuba entre el 2002 y el 2003, sobre el estado emocional de hombres y mujeres mayores con enfermedades terminales, arrojó un porcentaje de un 57,69% en sentimientos de angustia a partir de la pérdida de un ser querido y un 84% con signos de depresión, culpa, preocupaciones de índole económica, legal y social, los creyentes experimentaron sentimientos de “abandono de dios”, o “castigo” por acciones pasadas, el principal temor surge por no saber cómo lidiar con el nuevo proceso que enfrentan, estos resultados contemplan que el ser humano no sabe lidiar con su proceso natural de envejecimiento, enfermedad y muerte aún en edades avanzadas, en las que se podría considerar que desarrollaron una larga vida para la realización de proyectos, tal experiencia no está exenta de angustia y desesperanza ante su término (Torregrosa, Núñez y Morales, 2005).

Cabe mencionar que el ser humano sí cuenta con el control sobre sus propios actos y actitudes ante los sufrimientos personales, es por ello que los valores inculcados y la ética personal actúan como un importante elemento para valorar la vida humana y otorgarle utilidad, ya que es natural que el ser humano valore su entorno, por ejemplo,

se conoce la función que tiene para la vida la tierra, el agua, el sol, acorde a esa lógica se busca una función o un significado respecto a nuestra propia existencia, es por ello que las personas que se preocupan por el prójimo ejercen funcionalidad empática y con ello un mayor control al enfrentarse a la muerte, generalmente la inconformidad o intento a toda costa por evitarla radica en personas cuyo único propósito en la vida es satisfacer sus propias necesidades (Garza, 2017). La ansiedad ante la muerte, es uno de los momentos más complejos de trabajar en las emociones humanas y el afrontamiento es un encuentro individual en el que descubres tu verdadero yo, la muerte significa otorgarle valor a la vida ya que al tener un fin la hace única y la naturaleza humana nos hace reflexionar y darle sentido a nuestra existencia (Lara y Osorio, 2014).

Los distintos contextos por los que ha transitado la humanidad y en los diferentes análisis respecto a la interpretación de la vida y la muerte, ya sean religiosos, nihilistas, naturalistas o filosóficos como una explicación en esa búsqueda del ¿para qué vivir para morir? se cree que la respuesta a ello conducirá a un alivio mental de pertenecer a un mundo en el que se pueda disfrutar el tiempo que tenemos y conocer la experiencia de la vida y la muerte, los descubrimientos y el reconocimiento de que gozamos de un pensamiento extraordinario diseñado para evolucionar y desarrollarse, es uno de los eventos más característicos que definen al ser humano (Castellanos, 2015).

CAPÍTULO V

PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS Y SEGUIMIENTO ANALÍTICO DE UN TRABAJO DE CAMPO

5. Planteamiento del problema

¿La materia de tanatología dentro de la currículas de las licenciaturas de psicología (área clínica) medicina humana y trabajo social, influye en una mejora individual y social en los pacientes moribundos y sus familiares?

La respuesta a esta interrogante nos dará a conocer la influencia que tiene la tanatología y la implementación de dicha materia pudiendo otorgar herramientas que intervengan en la atención personalizada del paciente en estado terminal, como a sus familiares y amigos para tratar el caos psicológico al que se enfrentan las personas que viven periodos de pérdida, coadyuvando al desarrollo humano.

Los estudiantes universitarios en las licenciaturas de psicología (área clínica) medicina humana y trabajo social no tienen formación académica en el transcurso de sus estudios profesionales sobre el servicio tanatológico, ni conocen las estrategias para aliviar el sufrimiento psicológico de los pacientes en estado terminal y de sus familiares, aunado a esto, desconocen técnicas, métodos y estrategias para su implementación, por lo que no cuentan con las herramientas necesarias para lograr dar una continuidad en el servicio de salud mediante cuidados paliativos, para las personas que están atravesando por el proceso de finitud de su vida, lo que puede influir en probabilidades de padecer una serie de conflictos emocionales y mentales.

Objetivo General

Proponer la implementación de la materia de tanatología en la currícula de medicina, trabajo social y psicología área clínica.

Objetivos Específicos

- Realización de una propuesta a la Universidad Autónoma de Zacatecas en las licenciaturas de psicología (área clínica), medicina humana y a la Escuela de

trabajo Social de Zacatecas, mostrando los beneficios de integrar la materia de tanatología a las currículas de las licenciaturas de psicología (área clínica), medicina humana y trabajo social.

- Diseño de los módulos de la materia de tanatología dentro de las profesiones antes mencionadas por semestre dirigiendo al estudiante al conocimiento y comprensión del entorno físico, emocional, psicológico y afectivo que rodea al enfermo terminal.
- Se realizará una entrevista a los trabajadores de la salud del Hospital General del Estado de Zacatecas particularmente a médicos, trabajadores sociales y psicólogos para conocer su interés en recibir orientación tanatológica y la importancia que le dan a la misma como herramienta en su campo laboral.

5.1. Procedimiento

En función de los elementos teóricos, se crearon quince preguntas que pudieran ofrecer información respecto al conocimiento e interés sobre la tanatología por parte de los profesionales de la salud en las áreas de medicina, psicología y trabajo social, particularmente los que laboran en el hospital General del Estado de Zacatecas y si consideraban necesaria su implementación desde su carrera universitaria y como herramienta para la asistencia en pacientes terminales, dada su labor clínica y el trato cotidiano con moribundos y sus familiares, tras el primer piloteo para la creación del instrumento de investigación, se sometió a criterio de los jueces quienes realizaron algunas correcciones hasta obtener las preguntas definitivas de la entrevista a los profesionales de la salud.

El presente estudio de enfoque cualitativo se realizó en el Hospital General de Zacatecas, el muestreo se hizo con los internos, la jefa del departamento de psicología y trabajadoras sociales en dicho centro, en su totalidad con 38 participantes, los cuales constaban de 32 médicos, entre ellos un oncólogo y la coordinadora del departamento de educación, 5 trabajadoras sociales y una psicóloga clínica, jefa del departamento de psicología, tras conseguir el permiso correspondiente o bien, el documento

informado para los médicos residentes, el cual se solicitó al comité de ética en Investigación del HGZ (Hospital General de Zacatecas).

La recolección de datos se hizo en el auditorio del hospital entre junio y julio del 2018 en visitas al hospital en el turno matutino, al momento del encuentro se les informó sobre la autorización por escrito para grabar las entrevistas otorgada por el comité de ética del hospital, así como del departamento de investigación, les aclaré de mi compromiso por no revelar nombres y que la información sería utilizada para ésta investigación y de forma anónima.

5.2. Resultados

La primera pregunta de la entrevista ¿Cuál es tu opinión acerca de la Tanatología? Se realizó con el propósito de indagar en palabras de los profesionales si conocen este término y qué importancia le otorgan. El personal de las tres áreas infirieron sobre la importancia que tiene la materia de tanatología ya que su labor diaria es tratar con enfermos y sus allegados, por lo tanto tener habilidades psicológicas y humanistas puede darles una mayor seguridad al lidiar con reacciones emocionales de vulnerabilidad y de duelo, veintidós profesionales la consideraron importante y necesaria, según sus propias palabras, otras respuestas fueron útil, buena, herramienta básica, no muy conocida, está descuidada, dichas respuestas abarcaron a treinta y siete profesionales y únicamente un médico opinó que no servía porque no se usaba en el hospital, es importante reconocer que si bien, los profesionales de las tres áreas, psicología clínica, medicina humana y trabajo social conocen superficialmente las características que engloban la tanatología, reconocen el desconocimiento del tema en cuanto a técnicas y herramientas para su empleo en el hospital. Se acepta la importancia de la tanatología como herramienta en la labor clínica y humanista.

En la segunda pregunta ¿Conoces las etapas de duelo? ¿Cuáles recuerdas? Sobre el conocimiento de las fases de duelo y las emociones por las que transitan sus pacientes y sus familias ante la enfermedad y la muerte, cuatro profesionales no recuerdan

ninguna etapa de duelo, uno recordó una, cuatro recordaron dos, cinco tres, catorce recordaron cuatro y diez las cinco etapas de duelo, la mayoría no mencionó la etapa de depresión, es importante notar que únicamente se basaron en las etapas de duelo de Kübler Ross, otros autores que integran otras fases de duelo no fueron mencionados, en este apartado es notorio que no hay capacitación en cuanto al conocimiento de las emociones por las que pueden pasar sus pacientes y familiares. Se conocen algunas etapas de duelo a modo general, sin embargo, no hay un análisis profundo en cada una de ellas.

Sobre la tercera pregunta ¿Es necesario éste conocimiento para uso en pacientes terminales? ¿Por qué?

Los profesionales de la salud se mostraron de acuerdo en que es necesario el conocimiento de la tanatología y su implementación ya que puede colaborar para un mayor bienestar tanto en ellos mismos como para los pacientes las respuestas de catorce fue: para ayudar, y cinco para acompañar, cuatro por ser parte de una formación integral, otras menos frecuentes variaron entre mejorar el duelo, colaborar en la expresión de sus necesidades y en la aceptación, por ser un momento confuso para el paciente, para un buen morir, para empatizar con los pacientes y únicamente un profesional dijo que no por no ser bueno decirle a los pacientes que no hay esperanza. Hay interés por un conocimiento más profundo de la tanatología.

Cuarta pregunta ¿Es necesario profundizar en el tema para saber lidiar con algún conflicto o crisis por parte de los pacientes terminales o sus familiares? ¿Por qué?

Treinta y siete profesionales están de acuerdo en que se requiere de nociones tanatológicas para su trato con los pacientes, únicamente un médico se mostró en desacuerdo, casi todos dieron diversos motivos entre ellos fue que ellos son los que dan las malas noticias y reconocen que no se les enseña a lidiar en estas situaciones, porque saben poco o nada del tema a pesar de enfrentarse diariamente con pacientes terminales, porque tienen deseos de dar bienestar, apoyo, acompañamiento, para saber cómo reaccionar ante la negatividad o la ira de algunos pacientes, lo requieren para la opción de acceder a otras estrategias cuando ya no hay nada más que hacer

para salvar la vida del enfermo, etc. es decir, hay sentimientos de inseguridad en cuanto a enfrentar la vulnerabilidad de los pacientes, los profesionales saben que no son capacitados en dicha área y por ello se expresaron sobre la necesidad que existe en cuanto a la forma de saber lidiar con estas situaciones.

Interés por recibir capacitación para saber enfrentarse psicológica y actitudinalmente a pacientes terminales.

Quinta pregunta ¿Es importante ayudar psicológicamente al paciente y a sus familiares al enfrentamiento con la muerte y la pérdida? ¿Por qué?

Nuevamente treinta y siete profesionales están de acuerdo en necesitar conocimientos de tipo psicológico para trabajar integralmente con sus pacientes y un médico mostró duda, algunos profesionales mencionaron que hace falta tal herramienta para ayudar al paciente con la aceptación. Los trabajadores de la salud opinan sobre lo importante y necesario el trato profesional y psicológico para el bienestar de los pacientes y sus familiares.

Sexta pregunta ¿Es importante que el paciente se encuentre cómodo y le sean atendidas todas sus necesidades? ¿Por qué?

Treinta y seis profesionales creen necesario que los pacientes terminales se encuentren cómodos y les sean atendidas todas sus necesidades y dos dudan al respecto, un médico y la psicóloga. Se reconoce la necesidad de atender al paciente de modo que se encuentre cómodo y sus necesidades le sean resueltas.

Séptima pregunta ¿Te gustaría escuchar los problemas y atender al paciente terminal a pesar de las actitudes negativas que pudiera presentar por la situación en la que se encuentra? Treinta y dos profesionales se muestran de acuerdo en escuchar al paciente hablar y desahogarse respecto a su situación y conflictos personales y emocionales, dos dudan al respecto, una trabajadora social y un médico y cuatro médicos opinaron que no están de acuerdo en escucharlos. Hay intención de escuchar y colaborar emocionalmente con los pacientes terminales.

Octava pregunta ¿Es importante que los profesionales de la salud en contacto con el paciente terminal tengan conocimientos en tanatología, así como sobre asuntos legales y religiosos para la atención especializada con el paciente? ¿Por qué? Treinta y siete profesionales están de acuerdo en recibir capacitación sobre tanatología así como sobre asuntos legales y religiosos para la atención especializada con el paciente, únicamente uno no está de acuerdo en aprender sobre asuntos legales, algunas respuestas fueron en cuanto a la importancia de brindarle al paciente una atención integral y no únicamente orgánica que es lo que se hace normalmente, atender cada aspecto de la vida del paciente impacta de forma muy favorable en la relación médico-paciente, para evitar las sensaciones de frustración al no saber cómo reaccionar, para saber manejar todas las situaciones y orientar a los pacientes. En general se mostraron de acuerdo en ampliar sus conocimientos para brindar un mejor servicio al paciente y a sus familias.

Novena pregunta ¿Cuál es tu opinión acerca de los cuidados paliativos? ¿Por qué? Treinta y dos profesionales creen importante el uso y establecimiento de los cuidados paliativos como parte de los tratamientos que deben llevarse a cabo en el hospital, dos profesionales desconocen este término, un trabajador social y un médico, otro médico opinó que hay que prepararse para brindarlo, otro no está de acuerdo en su uso y dos sólo contestaron que no se usan o no se valoran en el hospital, algunas respuestas conformaron la importancia que los profesionales de la salud le otorgan a este importante servicio tales como que los cuidados paliativos alivian el sufrimiento, son un derecho de suma importancia, necesarios para mejorar la calidad de vida, el apoyo tras un diagnóstico de enfermedad terminal, una herramienta en beneficio a la salud, el tratamiento oportuno que cada vez va cobrando mayor relevancia, de impacto positivo, entre otros.

Décima pregunta ¿Te gustaría recibir algún diplomado o talleres sobre tanatología? ¿Por qué? Treinta y uno profesionales les gustaría recibir un taller sobre tanatología para aprender nuevas herramientas en el trato con sus pacientes, una trabajadora social no tiene interés, otra trabajadora social no sabe y cinco médicos no quieren formación al respecto, aquí es importante notar que la mayoría están interesados en

capacitarse para integrar esos conocimientos en el trato con sus pacientes, sus intereses se demuestran en sus respuestas algunas de ellas respecto a la necesidad de su desarrollo personal y adquirir mayor conocimiento y aptitudes para el trato con el paciente, por el trato continuo de pacientes con cáncer, por la inseguridad presentada al enfrentar a las familias sobre todo por primera vez en cuanto al fallecimiento del paciente y al acompañamiento del mismo, por no estar capacitados en el tema, por ser una rama de la medicina de interés, para mejorar comunicación médico-paciente, para saber cómo reaccionar.

Los profesionales de la salud mostraron interés en recibir diplomados o talleres sobre tanatología.

Décima primera pregunta ¿Es importante implementar la materia de tanatología a lo largo de toda la carrera? ¿Por qué? Para treinta y cinco profesionales es importante anexar la materia de tanatología en las currículas de trabajo social, psicología clínica y medicina humana, una trabajadora social prefirió no contestar la pregunta y dos médicos opinaron que no la creían necesaria, algunas de las respuestas fueron expresadas para hacer notar la necesidad de dicha práctica clínica ya que los métodos empleados en los hospitales se ha deshumanizado y se requiere sensibilidad, sobre todo por la convivencia diaria con personas que se encuentran en situaciones difíciles aunado a la frustración de los profesionales por no sentirse aptos, ni preparados para dar malas noticias, algunos reflexionaron a que en algún momento de su vida van a necesitar esos conocimientos, por ende, es fundamental hablar de tanatología, un médico comentó que para él es importante ahondar en esos conocimientos principalmente en los últimos semestres y otro sobre lo necesario que es evitar que se pierda la sensibilización hacia sus pacientes, también que la tanatología está implícita en medicina, finalmente se llegó a la resolución de que es importante implementar la materia de tanatología y hay un verdadero interés por capacitarse en dicha área.

Décima segunda pregunta, Para ti ¿Qué es muerte digna? Todos los profesionales respondieron la pregunta, para la mayoría de ellos una muerte digna es aquella que transcurre sin dolor, en tranquilidad, con las necesidades cubiertas y acompañado por los familiares y seres queridos del paciente. Finalmente, los resultados de esta

pregunta es que una muerte digna es que los pacientes decidan el lugar y la compañía, además de tener cubiertas sus necesidades físicas.

Décima tercera pregunta, Si el paciente tiene diferentes creencias religiosas a las tuyas ¿Cómo es tu actuar con él o ella? Las diferentes creencias religiosas no interfieren con el criterio de los profesionales de la salud en la atención a los pacientes. Todos los profesionales coincidieron en que la religión del paciente no debe influir en el trato a recibir, la palabra respeto fue la más empleada.

Décima cuarta pregunta, ¿Cuál es tu concepto sobre la muerte? ¿Por qué? Los conceptos personales sobre la muerte son a partir de la realidad inherente conformada como parte de la vida. Las respuestas sobre el concepto de muerte según los profesionales de la salud tuvieron algunas coincidencias, por ejemplo, para siete de ellos implica el fin de las funciones vitales, para cinco es el término o ausencia de la vida, cuatro le dan un sentido de trascendencia y cuatro que es algo natural, dos que es la separación del alma y el cuerpo, únicamente un médico opinó que para él es un evento doloroso. Si bien la opinión de los profesionales en cuanto a esta pregunta en particular no nos expone una respuesta que justifique la materia en sus diferentes currículas, sin embargo, es interesante conocer su criterio en función al contexto de las diversas posturas del hombre ante el enigma de su búsqueda de sentido de su vida y de su muerte, del que se ha cuestionado desde que tiene criterio y que se ha mostrado a lo largo del marco teórico de ésta investigación.

Décima quinta pregunta ¿Cuál es el procedimiento que se lleva a cabo para notificarle al familiar sobre el fallecimiento del paciente? ¿Cuál es tu opinión al respecto? Las respuestas en cuanto al interrogante sobre si hay un procedimiento para darle la noticia del fallecimiento a los familiares tuvieron algunas coincidencias once profesionales mencionaron no saberlo, ocho de ellos que se debe tener tacto con los familiares, diez que se debe aclarar lo sucedido, cuatro que únicamente se da la noticia, dos hicieron mención de que no hay protocolo a seguir, algunos mencionaron sentirse incómodos por no saber cómo hacerlo.

No hay un procedimiento oficial del cual apoyarse, se dan las noticias a los familiares según el criterio de cada médico.

5.3. Análisis de datos

Cuadro No. 1

Pregunta 1. ¿Cuál es tu opinión acerca de la Tanatología?		
<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Es importante el tratado sobre la muerte, porque estos temas no se abordan abiertamente.	-Considero que es un área muy importante que debemos atender y conocer ya que todas las personas nos acercamos a la muerte a partir del nacimiento. -Considero que es una herramienta básica para quienes trabajamos en el área de la salud con enfermos terminales o que atraviesan por duelo y para aplicarse en la vida diaria. -Es muy importante porque es una disciplina que aborda lo relacionado con la muerte en el ser humano porque es el apoyo que sufrimos pacientes como familiares. No se lleva a cabo dentro del hospital por falta de interés y conocimiento por nuestras autoridades.	-Creo es una ciencia un tanto olvidada por el personal de salud, empero bastante necesaria en el ámbito médico. -Es una rama que me parece muy propio y padre que se lleve a cabo porque es algo que en medicina no nos enseñan, sólo vemos la vida y la muerte es otro tema. -No sirve, porque no se aplica. -Que es un área descuidada por la población en general, principalmente por la dificultad de establecer empatía con los moribundos por nuestra falta de experiencia. En lo particular considero que es de gran importancia para nuestra formación como médicos pues gran parte de nuestra vida en el hospital enfrentamos la muerte, el duelo y todo lo que conlleva sin una formación adecuada.

*Fuente: Elaboración propia.

El personal de la salud de las tres áreas ya mencionadas reconocen la importancia de la tanatología como disciplina y herramienta en la labor clínica y humanista, en las respuestas puede advertirse el reconocimiento de la importancia que tiene, infiriendo en su utilidad y en la necesidad de aprender de ella, puesto que su labor diaria es tratar con enfermos y sus allegados, por lo tanto tener habilidades psicológicas y humanistas puede darles una mayor seguridad al lidiar con reacciones emocionales de vulnerabilidad y de duelo.

Cuadro No. 2

Pregunta 2. ¿Conoces las etapas de duelo? ¿Cuáles son?		
<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Negación, enojo, conciliación, aceptación.	-Me inclino por el planteamiento de Kübler Ross, negación, ira, negociación, depresión y aceptación.	-Sí, negación, ira, depresión y aceptación.
	-Negación, ira, negociación, depresión, aceptación.	-Negación, ira, aceptación, negociación.
	-Negación, etapa ira, etapa negociación, etapa de la depresión, etapa de la aceptación.	-No sé bien el orden negación, cuestionamiento.
	-No.	-Sí, negación, ira, negociación y aceptación.
		-No, pero son negación, ira, negociación y aceptar.

*Fuente: Elaboración propia.

Se conocen las etapas de duelo, sin embargo, no hay un análisis profundo en cada una de ellas, la mayoría olvidaron la etapa de depresión, es importante notar que solamente se basan en las etapas de duelo de Kübler Ross, otros autores que integran otro tipo de fases de duelo no son mencionados por ninguno, en este apartado es notorio que no hay capacitación en cuanto al conocimiento de las emociones por las que pueden pasar sus pacientes y los familiares de éstos.

Cuadro No. 3

Pregunta 3. ¿Es necesario éste conocimiento para uso en pacientes terminales? ¿Por qué?		
<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Para que se permita la expresión de sus necesidades emocionales, de ellos y de los familiares más cercanos.	- Sí, considero además que es importante no sólo en la etapa terminal si no en padecimientos amenazantes para la vida, a partir del diagnóstico.	-Sí, fundamental, porque en pacientes terminales cuando ya no hay opciones terapéuticas que ofrecer, el dar un buen morir es incluso mejor que un encarnizamiento terapéutico.
	-Sí, con ellos y con sus cuidadores porque es un proceso de confusión que trastorna su vida y necesitan acompañamiento.	-Porque ayudamos a que tengan “un buen morir”.
	-Sí, es muy necesario tener el conocimiento ya que tienes las armas para el acercamiento y no mal aconsejar al paciente para brindarles bienestar al paciente en estas situaciones.	-Es muy necesario, porque no es fácil lidiar con una situación así, además pensando también en el trato con la familia y así.
	-Sí, para saber cómo apoyar en este proceso.	-Sí, para aceptar la etapa y no forzar la aceptación. -Sí, ellos y sus familiares atraviesan un duelo

*Fuente: Elaboración propia.

Hay interés por un conocimiento más profundo de la tanatología ya que consideran que forma parte del manejo terapéutico que se le puede ofrecer al paciente en palabras de los entrevistados, los profesionales de la salud se mostraron de acuerdo en que es necesario el conocimiento de la tanatología y su implementación ya que puede ofrecer un mayor bienestar tanto para ellos mismos como para los pacientes.

Cuadro No. 4

Pregunta 4. ¿Es necesario profundizar en el tema para saber lidiar con algún conflicto o crisis por parte de los pacientes terminales o sus familiares? ¿Por qué?

<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Sí, las necesidades afectivas son las que menos se atienden y en muchas ocasiones la muerte se presenta más rápido cuando éstas son resueltas.	-Definitivamente, el conocimiento del entorno y la atención multidisciplinaria al binomio paciente-familia es básico.	-Sí porque en mi opinión, el personal de la salud muchas veces tenemos poca o nada de preparación en el tema, a pesar de que a casi diario lidiamos o nos enfrentamos a pacientes terminales.
	-Dependiendo de la personalidad del paciente, si lo pide o no ya sea físicamente o verbalmente.	-Sí, tener las bases para poder explicarles por lo que está pasando su familiar de manera que se ayude a ellos a aceptarlo también.
	-Sí, es muy importante ya que se requiere el bienestar del paciente como el familiar durante su estancia hospitalaria.	-Sí, nadie nos enseña a lidiar y sobrepasan éstas situaciones, ni cómo ayudar a los demás.
	-Sí, para poder brindar el apoyo que necesitan los pacientes y familiares.	-Sí, porque la muerte de un familiar siempre será muy delicado y como médicos no nos enseñan a lidiar con situaciones así.
		-Sí, principalmente en el aspecto práctico.

*Fuente: Elaboración propia.

Hay un evidente interés por adquirir capacitación para saber enfrentarse psicológicamente a pacientes terminales, están de acuerdo en que requieren el conocimiento de nociones tanatológicas para su trato con los pacientes ya que ellos son los que dan las malas noticias y reconocen que no se les enseña a lidiar con estas situaciones.

Cuadro No. 5

Pregunta 5. ¿Es importante ayudar psicológicamente al paciente y a sus familiares al enfrentamiento con la muerte y la pérdida? ¿Por qué?		
<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Sí, se elabora eficientemente el duelo, se permite el desahogo de emociones.	-Muy importante, el manejo de emociones y las herramientas que se aportan hacen más llevaderos los momentos de crisis.	-Sí, porque dar una preparación psicológica ayuda a enfrentar de mejor forma el duelo y por ende llegar a una aceptación de forma mejor.
	-Sí, para ayudar en el proceso y superación de la pérdida.	-Sí, debemos explicarles que es algo natural por lo que pasamos todos los seres vivos.
	-Es necesario hacerles saber que tienen acompañamiento en el momento que ellos lo requieren.	-Sí, por que como familiares siguen viviendo un duelo el cual solos deben de sobrellevarlo.
	-Sí, es muy importante que estén preparados en lo que se les presenta durante esta etapa ya que son momentos muy difíciles los que presentan.	-Depende, hay quienes se ofenden o lo ven mal, habría que preguntarles.
		-Sí, porque la medicina incluye la salud emocional.

*Fuente: Elaboración propia.

Los trabajadores de la salud opinan sobre lo importante y necesario el trato psicológico que deben recibir los pacientes y sus familiares, están de acuerdo en necesitar conocimientos de tipo psicológico para trabajar integralmente con sus pacientes y ayudarlos con la aceptación.

Cuadro No. 6

Pregunta 6. ¿Es importante que el paciente se encuentre cómodo y le sean atendidas todas sus necesidades? ¿Por qué?

<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Sí y no, sí, porque hay más disposición en la escucha, no, porque se abandona.	- Muy importante, además del proceso de enfermedad que tiene el paciente y su familia, hay otras necesidades que si son atendidas impactan en su estado general.	-Sí, imperativo, porque todos, independientemente de la situación clínica, merecemos un trato digno y humano y un paciente al borde de la muerte necesita sentirse lo más cómodo y tranquilo posible.
	-Es necesario que se respete su derecho a decidir sobre cómo quiere que sea llevado su tratamiento.	-Sí, porque se trata de ayudarlo a morir bien.
	-Sí, porque lo que se busca que en esos momentos se encuentren bien y así poder tener una muerte digna.	-Sí, porque siempre será primero el paciente y su bienestar.
	-Sí, ayudará a disminuir el proceso por el que vive paciente y familia.	-Sí, usualmente es lo único que podemos brindar.
		- Sí, porque si está en fase terminal, forma parte de cuidados paliativos.

*Fuente: Elaboración propia.

Se reconoce oportuno atender al paciente, debiendo encontrarse cómodo, además de cubrir todas sus necesidades.

Cuadro No. 7

Pregunta 7. ¿Te gustaría escuchar los problemas y atender al paciente terminal a pesar de las actitudes negativas que pudiera presentar por la situación en la que se encuentra?		
<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Claro que sí, es parte de la elaboración del duelo.	-Lo hago en la medida de las condiciones existentes en mi unidad.	-Sí, es difícil hacerlo, sin embargo, gran parte de la labor médica se basa no en la prescripción terapéutica, si no en escuchar a los pacientes, muchas veces alivian más las palabras y atención que los mejores fármacos de primera línea.
	-No, considero que sería necesario llevar un proceso terapéutico personal para evitar transferirle los problemas propios.	-Sí, anteriormente ya nos habían encargado ir con un paciente terminal, si es difícil, pero al menos es con alguien que desahogan sus penas, sus pesares, sus últimos deseos.
	-Sí.	-Sí, porque ellos también se encuentran viviendo un duelo por su enfermedad.
	-Sí.	-Sí, porque esas actitudes son parte del duelo.
		-Sí, por difícil que sea, pero sí.

*Fuente: Elaboración propia.

Hay intención de escuchar y colaborar emocionalmente con los pacientes terminales, reconocen que se encuentran en situaciones complicadas.

Cuadro No. 8

Pregunta 8. ¿Es importante que los profesionales de la salud en contacto con el paciente terminal tengan conocimientos en tanatología, así como sobre asuntos legales y religiosos para la atención especializada con el paciente? ¿Por qué?

<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Sí, la información es oro.	-Todos los profesionales de la salud estamos obligados a la capacitación y actualización constante sobre el tema.	-Por supuesto, atender cada aspecto de la vida del paciente impacta de forma muy favorable en la relación médico-paciente.
	-Sí, todos, aunque no sean profesionales de la salud.	-Sí por que diariamente conviven con pacientes así y necesitan manejar la situación de una manera que no perjudique al paciente y a sus familiares.
	- Sí.	-Creo que es importante que todos los médicos tengan conocimiento sobre la tanatología y asuntos legales, en cuanto a religiosos tal vez sólo se pediría tolerancia.
	-Sí, es muy importante.	-Sí, debemos evitar ser médicos deshumanizados, debemos saber cuándo dejar de hacer el llamado “encarnizamiento terapéutico”. - Por supuesto, creo que es fundamental ya que en nuestra práctica son cosas que pasan frecuentemente.

*Fuente: Elaboración propia.

Los profesionales están de acuerdo en recibir capacitación sobre tanatología, así como sobre asuntos legales y religiosos para la atención especializada con el paciente.

Cuadro No. 9

Pregunta 9. ¿Cuál es tu opinión acerca de los cuidados paliativos? ¿Por qué?		
<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
- Son necesarios, en cada unidad hospitalaria debería haber atención especializada.	-Son un derecho para pacientes terminales en México con los que es posible la transición a la muerte de manera digna.	-Bajo circunstancias definidas, adecuadas, necesarias.
	-Me parece al igual que tanatología una herramienta de suma importancia para pacientes, familiares y personal de la salud.	-Son muy necesarios, es una manera de hacer sentir bien a los pacientes en sus últimos momentos.
	-Son muy importantes pues con los cuidados paliativos se previenen y alivian el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida a pacientes con una enfermedad grave y que compromete la vida.	-Me agradan, ayudan emocionalmente al paciente.
	-No tengo mucho conocimiento acerca del tema.	-Son necesarios y permiten una transición menos ajetreada. -Son importantes para los pacientes terminales y tranquilidad de sus familiares.

*Fuente: Elaboración propia.

Los trabajadores de la salud se muestran de acuerdo con adquirir conocimientos en cuidados paliativos con el fin de brindar un mejor servicio al paciente y a sus familias, así como necesarios para dar una muerte digna, para que el duelo sea más confortable y humano, que ayuda a los pacientes y que hay que prepararse para brindarlo.

Cuadro No. 10

Pregunta 10. ¿Te gustaría recibir algún diplomado o talleres sobre tanatología? ¿Por qué?		
<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Sí, por el desarrollo personal, el conocimiento nunca viene mal.	-Claro, todo el conocimiento adicional impacta en la atención al paciente.	-Sí, para adquirir las aptitudes para el trato y manejo de situaciones relacionadas.
	-No, me gustaría llevar un análisis personal previo como herramienta para enfrentar mejor el estar frente al paciente.	-Sí, como personal de salud lidiamos con este tipo de problemas y no estamos capacitados para hacerlo.
	-Sí.	-Sí, tal vez en un futuro no muy lejano porque la muerte es diaria.
	-Sí, para conocer y poder apoyar a paciente y familiar en su duelo.	-Sí, porque no conozco mucho sobre el tema y quiero aplicarlo a mi práctica.
		-No, prefiero capacitarme más en medicina.

*Fuente: Elaboración propia.

Se reconoce la importancia en recibir diplomados o talleres sobre tanatología, excepto por dos médicos y una trabajadora social, sin embargo, los tres están de acuerdo en que se debe aprender del tema en los años de la licenciatura, es importante notar que, a pesar de conocer los beneficios, algunos ya en su ámbito laboral pierden el interés en aprender aspectos de índole psicológica en el soporte emocional.

Cuadro No. 11

Pregunta 11. ¿Es importante implementar la materia de tanatología a lo largo de toda la carrera? ¿Por qué?

<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Creo que sí, la práctica clínica se ha deshumanizado.	-Es importante en todas las carreras afines al área de la salud.	-Sí, a diario convives con personas que se encuentran en situaciones difíciles.
	-No quiero responder esa pregunta.	-Sí, creo que sería muy importante.
	-Es muy importante porque para quien estudia un servicio de salud deben estar capacitados y tener sensibilidad al respecto pues si no se ve con una mentalidad fría al momento de informar el fallecimiento y lo den como muy natural no pensando en el sentimiento del familiar.	-Sí, no sólo la tanatología, pero igual estaría padre.
	-Sí.	-Principalmente en los últimos semestres, que no se pierda la sensibilización hacia nuestros pacientes.
		-Sí, es fundamental hablar de tanatología.

*Fuente: Elaboración propia.

Hay interés por aprender sobre la materia de tanatología y consideran importante recibirla mientras cursan la licenciatura.

Cuadro No. 12

Pregunta 12. Para ti ¿Qué es muerte digna?

<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Es el derecho de todo ser humano a decidir sobre cómo desea ser asistido médicamente en la transición hacia su muerte.	-La ortotanasia es la limitación del esfuerzo terapéutico, es respeto por los principios bioéticos y la voluntad anticipada.	-Evitar dolor y las desavenencias bruscas del mismo, cuando la patología de base se considera no viable con un estilo de vida adecuado o que no mejore su presente.
	-Cuando el paciente decide voluntariamente el lugar, con quién y cómo terminar sus últimos días.	-Cuando la persona muere en un sitio tranquilo, alrededor de sus seres queridos, que ya se haya despedido.
	-Son los cuidados necesarios que requiere el paciente, así como el bienestar durante la enfermedad y ayudarlo a bien morir.	-Es cuando alguien que muere lo hace y atraviesa un duelo normal.
	-Es morir sin dolor con apoyo médico, psicológico y por parte de trabajo social.	-Como quiera y decida el paciente o familiares.
		-Aquella que coincide con las creencias culturales del moribundo.

*Fuente: Elaboración propia.

Los pacientes deben decidir el lugar y la compañía, además de tener cubiertas sus necesidades físicas, los trabajadores de la salud concuerdan en el derecho del ser humano a obtener una muerte digna, es por ello que, en sus palabras, los pacientes deben estar sin sufrimiento y en un lugar adecuado, respetar sus últimas decisiones, evitar el encarnizamiento terapéutico.

Cuadro No. 13

Pregunta 13. Si el paciente tiene diferentes creencias religiosas a las tuyas ¿Cómo es tu actuar con él o ella?

<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Con respeto.	-Respetar las creencias del paciente y facilitar el acceso a las suyas.	-No hay que juzgar a un paciente por pensar o creer cosas distintas a uno, hay que apoyarlos.
	- Igual que si fuera de mi misma religión.	-Tolerancia.
	-No actuaría según mi religión sino en las creencias del paciente.	-Según lo que pida el paciente, son sus últimos deseos, debemos cumplirlos.
	-Neutra, no mencionar religión.	-Respeto, ante todo, porque al final de cuentas todos somos humanos.
		-Respetando sus creencias.

*Fuente: Elaboración propia.

Todos los profesionales coincidieron en que la religión del paciente no debe influir en el trato a recibir, la palabra respeto fue la más empleada, las diferentes creencias religiosas de los pacientes no interfieren con el criterio de atención y cuidado que deben recibir los pacientes.

Cuadro No. 14

Pregunta 14. ¿Cuál es tu concepto sobre la muerte? ¿Por qué?

<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Positivo, es un proceso natural.	-Es el cierre del ciclo de la vida, es algo natural, una fase de la que se desconoce y no se habla. -El descanso y el paso a algo diferente. -Es el fin de la vida que puede ser por enfermedad, accidente, etc. -Es una etapa en la que creo ya no hay consciencia, sentimiento.	-Es La única cita a la que la mayoría no queremos ir, hasta que es inevitable. -Es una etapa de cada ser humano, por la cual todos algún día llegaremos a tener. -Es una etapa natural de la vida. -Algo que nos llegará a todos y es una etapa dolorosa para nuestros familiares y difícil de superar. -Es una etapa de nuestra vida y un gran honor y desafío a la vez ser acompañante cuando ésta se presente.

*Fuente: Elaboración propia.

Los conceptos sobre la muerte son a partir de que es la realidad conformada como parte de la vida, también es vista como el fin de las funciones vitales o ausencia de la vida.

Cuadro No. 15

Pregunta 15. ¿Cuál es el procedimiento que se lleva a cabo para notificarle al familiar sobre el fallecimiento del paciente? ¿Cuál es tu opinión al respecto?

<i>Psicología</i>	<i>Trabajo social</i>	<i>Medicina</i>
-Se le habla con claridad y se responden las preguntas al familiar.	-No existe un protocolo adecuado, no se cuenta con un área específica para malas noticias, no se emplea terminología al nivel del familiar en algunos casos, los mandatos legales en materia de cuidados paliativos son letra muerta desafortunadamente.	-En la escuela de medicina no nos enseñan a dar este tipo de noticias y el medico se enfrenta constantemente a dar estas malas noticias.
	-Habla el médico con él y le trata de explicar objetivamente lo sucedido y de orientarlo sobre el trámite siguiente.	-En medicina no hay un procedimiento tristemente, entonces depende muy de cada quién.
	-Lo desconozco ya que el medico encargado del paciente es quien notifica el fallecimiento del paciente.	-Sólo se da la noticia, la mayoría de las ocasiones sin tacto o muy abruptamente, éticamente mal, porque nunca pensamos en el bienestar psicológico y espiritual de los familiares.
	-No lo maneja trabajo social.	-No sé cuál es el procedimiento, siento que deberían decírnoslo en el curso de inducción al internado.
		-Actualmente no se lleva un proceso adecuado, se ha perdido el tacto y la humanidad hacia los pacientes y sus familias, nos deben de enseñar a dar malas noticias, ya que somos nuevos y no sabemos.

*Fuente: Elaboración propia.

No hay un procedimiento oficial del cual apoyarse o desconocen si lo hay, generalmente se dan las noticias a los familiares según el criterio de cada médico, varias opiniones fueron en torno a la necesidad de aprender a dar malas noticias sobre el fallecimiento de los familiares.

Los profesionales de la salud que laboran en el Hospital General de Zacatecas en su mayoría se mostraron de acuerdo en que el uso de técnicas tanatológicas, ya que pueden ayudarles a brindar un mejor servicio a la ciudadanía en torno a un trato más humanitario, reconocieron no contar con los elementos psicológicos para dar malas noticias sobre todo, al momento de notificar sobre la muerte de pacientes a sus familiares, se mostraron de acuerdo en que sería útil que se implementaran dichos conocimientos a lo largo de la carrera universitaria.

CAPÍTULO VI

DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y TÉCNICAS TANATOLÓGICAS A UNA PROPUESTA DE SERVICIO INTEGRAL

6. Propuesta

La siguiente propuesta ha sido seleccionada a partir de diversos análisis en función de ofrecer una información clara hacia los estudiantes de medicina, psicología y trabajo social, permitiéndoles acercarse al fenómeno de la muerte sin temores e ideas preconcebidas.

Los cuidados paliativos y técnicas tanatológicas fueron creadas para brindar un servicio integral, humanista y considerado hacia los pacientes en las etapas más difíciles de su vida, así como para liberar al profesional de frustraciones, cambiando el falso concepto de fracaso ante el fallecimiento de sus pacientes, se espera que dicha información les sea útil tanto en su vida personal como en su entorno laboral, pretendiendo normalizar los conceptos y las ideas entorno a la muerte, dicha oferta académica puede ofrecerse en un primer momento como materia optativa y según la aceptación podría incluirse como una materia obligada en su currícula, sin embargo, la siguiente información se muestra en función de un contenido a lo largo de las licenciaturas y ha sido recopilada por parte del Plan de estudios de la Maestría en Tanatología del (IMP) Instituto Mexicano de Psicooncología y del Diplomado en Tanatología del Instituto Mexicano de Tanatología A.C. ya que su contenido de materias capacita al estudiante para conocer el que hacer tanatológico en toda su extensión.

El siguiente contenido de las materias lo definen como un conjunto de conocimientos en torno a la ciencia, eficiencia, humanismo y espiritualidad que establece los lineamientos necesarios para conocer el contexto del fenómeno de la muerte en función del bienestar social e individual. El ejemplo de esta currícula se divide originalmente en seis cuatrimestres, sin embargo, para introducir el tema en un panorama más amplio y flexible se verá organizado a lo largo de diez semestres.

1er. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA MUERTE •TANATOLOGÍA FORENSE/NOCIONES FUNDAMENTALES DE TANATOLOGÍA •HISTORIA DE LA TANATOLOGÍA CONTEMPORÁNEA 	Tanto el desconocimiento como el miedo se entrelazan alejando al profesional de la vida, es por ello importante enfrentar el tema para facilitar su comprensión directa, la ausencia de éste campo de estudio fortalece un tabú que no tiene cabida en una realidad presente y constante, es por ello que el conocimiento de la muerte puede desarrollar una eventual educación tratando el tema con la naturalidad que merece (De la Herrán y Cortina, 2007).
2do. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •LAS CREENCIAS, LAS RELIGIONES Y LA MUERTE •EDUCACIÓN DE LA VIDA Y LA MUERTE •ETAPAS DE DESARROLLO Y ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD 	El proceso de formación acerca de la muerte debe abarcar la anticipación y la respuesta a las dificultades y situaciones futuras conociendo el bagaje cultural y religioso de la sociedad además del proceso mental del individuo según su etapa de desarrollo, las características de su personalidad, (Poch y Herrero, 2003).
3er. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •EXISTENCIALISMO Y MUERTE •TANATOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS •ACOMPANAMIENTO TERAPEUTICO 	Los avances médicos, tecnológicos y científicos le han dado al hombre una noción de omnipotencia de la razón, la cultura occidental contemporánea no admite la idea de muerte, por ende, se debe erradicar este criterio (Herrán y Muñoz, 2002).
4to. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •EL NIÑO EN PRESENCIA DE LA MUERTE •EL ADOLESCENTE FRENTE A LA MUERTE 	Los niños comprenden la pérdida desde una perspectiva muy diferente a la del adulto, también les enseña que no todo en la vida es eterno y que se debe aprender a vivir con ausencias, un duelo bien llevado desarrolla empatía y

	<ul style="list-style-type: none"> •DUELO 	<p>respeto al otro, normalizar la muerte en los adultos impacta automáticamente en las generaciones más jóvenes (Orellana, 1999).</p>
5to. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD TERMINAL •DEPRESIÓN Y ANSIEDAD •INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA 	<p>La comprensión sobre el impacto que causa una pérdida en el entorno familiar le facilita al profesional comprender que las familias pueden sufrir cambios en sus roles y en su ciclo vital familiar, el impacto varía según la percepción de sus integrantes, la trascendencia que se le puede dar al evento también se distingue por el acompañamiento y tratamiento (Donati, 2013).</p>
6to. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •SUICIDIO Y EUTANASIA •PSICOTERAPIA TANATOLÓGICA 	<p>Es muy importante el conocimiento de técnicas, tratamientos y terapias para la intervención en depresión, angustia, autoestima, duelo, agresividad, ansiedad y paranoia (Ramos, García y Parada, 2006).</p>
7mo. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •MANEJO DEL DOLOR •DUELO COMPLICADO 	<p>Existen herramientas psicológicas que pueden ayudar a los alumnos a lidiar con duelos patológicos o complicados, algunos ejercicios son para trabajar las emociones y el dolor de la pérdida adaptándose en un medio en el que su ser querido está ausente (Payás, 2012).</p>
8vo. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •EL ADULTO Y LA MUERTE •ASPECTOS SOCIALES DE LA VIDA Y LA MUERTE 	<p>Introducirse en el tema de cómo el hombre comprende y afronta la muerte le proporciona al estudiante una reflexión en cuanto a todas las aristas que integran dichas posturas como los aspectos sociales, culturales, tecnológicos, los nuevos o viejos valores, la religión, los</p>

	<ul style="list-style-type: none"> •LA EXPRESIÓN DE LA INMORTALIDAD 	valores modernos entrelazados al consumo, al progreso técnico, al hedonismo, la obsesión por la eterna juventud, etc. (Bauman, 2002).
9no. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •EL CONCEPTO DE MUERTE EN EL MEXICANO •BASES JURÍDICAS DE LA MUERTE EN MÉXICO 	Conocimiento de la Ley General de Salud en base a que la muerte prosigue a un hecho jurídico, ya que se tiene que establecer un orden, derechos, responsabilidades y facultades, mientras se apege el conocimiento a la norma tanto los pacientes como los familiares y el equipo de salud estarán protegidos (Hernández, 2006).
10mo. Semestre	<ul style="list-style-type: none"> •FUNDAMENTOS ÉTICOS •REVISIÓN DE LA PROPIA VIDA 	El diálogo y la reflexión sobre nuestros pensamientos, acciones, actitudes, deseos, intuiciones y creencias enriquecerá nuestra consciencia sobre nuestra vida y nuestra muerte (Savater, 2008).

6.1. Recomendaciones

A las personas relacionadas con el sector salud que puedan leer este trabajo se les recomienda que constantemente lean sobre los beneficios que trae consigo la tanatología además de los cuidados paliativos y su influencia en los países desarrollados y hacer uso de ellos como una medida individual a la que se puede acceder aún sin oficializarse su práctica en los hospitales, siendo esto parte de su beneficio y flexibilidad.

A investigadores se les recomienda tanto repetir como ampliar éste trabajo y así reforzar el conocimiento ya que la muestra de participantes es limitada.

A las instituciones competentes se les propone introducir estos conocimientos en sus aulas para obtener alumnos preparados de una forma integral y a su vez beneficiar a la población.

6.2 Discusión

Esta investigación no se basa en estudios previos, su principal aporte es en función de capacitar al alumnado de psicología clínica, medicina humana y trabajo social para su posterior labor en hospitales y para que tanto los alumnos como los pacientes reciban herramientas humanistas de cuidado y empatía a los otros, particularmente para los enfermos terminales, la propuesta para cumplir dicha tarea sería mediante los conocimientos de tanatología y los cuidados paliativos, su función es brindar una atención integral con conocimientos de psicología, manejo del duelo, medicina, conocimiento del proceso de notificación por muerte de familiar y diversas estrategias para otorgarle al paciente y a sus allegados una muerte digna además de evitar el encarnecimiento terapéutico por parte del personal médico.

Las respuestas obtenidas conforme a la pregunta planteada en la introducción sobre ¿Qué es la tanatología? ¿Para qué sirve? ¿Qué provecho puede aportar a la humanidad? han sido resueltas a lo largo de esta investigación, siendo una guía que reconoce los beneficios que ofrece la tanatología para dar a los pacientes terminales una muerte digna (Behar, 2003). Las conclusiones según los datos obtenidos es que los profesionales de la salud en las licenciaturas de medicina humana, psicología clínica y trabajo social que laboran en el Hospital General de la ciudad de Zacatecas, Zac. Conocen muy poco sobre tanatología y no se practica ésta disciplina en atención a los pacientes terminales y a sus familias al igual que los cuidados paliativos, aun cuando es un derecho recibir tal servicio.

Se hace esta aseveración tras el análisis de los resultados obtenidos del instrumento, los entrevistados reconocieron la necesidad del uso y empleo de técnicas relacionadas en torno al estudio de la tanatología, según el análisis de datos que se realizó en los cuadros de respuestas a cada pregunta.

6.3. Sustentación del análisis de datos

PREGUNTA	ANÁLISIS DE DATOS
Pregunta 1. ¿Cuál es tu opinión acerca de la Tanatología?	Se reconoce la importancia de la tanatología como disciplina y herramienta en la labor clínica y humanista.
Pregunta 2. ¿Conoces las etapas de duelo? ¿Cuáles recuerdas?	Se conocen etapas de duelo, sin embargo, no hay un análisis profundo en cada una de ellas.
Pregunta 3. ¿Es necesario éste conocimiento para uso en pacientes terminales? ¿Por qué?	Hay interés por un conocimiento más profundo de la tanatología.
Pregunta 4. ¿Es necesario profundizar en el tema para saber lidiar con algún conflicto o crisis por parte de los pacientes terminales o sus familiares? ¿Por qué?	Interés por adquirir capacitación para saber enfrentarse psicológicamente a pacientes terminales.
Pregunta 5. ¿Es importante ayudar psicológicamente al paciente y a sus familiares al enfrentamiento con la muerte y la pérdida? ¿Por qué?	Para los trabajadores de la salud es importante y necesario el trato psicológico que deben recibir los pacientes y sus familiares.
Pregunta 6. ¿Es importante que el paciente se encuentre cómodo y le sean atendidas todas sus necesidades? ¿Por qué?	Se reconoce oportuno atender al paciente y que se encuentre cómodo, además de cubrir todas sus necesidades.
Pregunta 7. ¿Te gustaría escuchar los problemas y atender al paciente terminal a pesar de las actitudes negativas que pudiera presentar por la situación en la que se encuentra?	Hay intención de escuchar y colaborar emocionalmente con los pacientes terminales.
Pregunta 8. ¿Es importante que los profesionales de la salud en contacto con el paciente terminal tengan conocimientos en tanatología así como sobre asuntos legales y religiosos para la atención especializada con el paciente? ¿Por qué?	Se muestran de acuerdo con ampliar sus conocimientos en aras de brindar un mejor servicio al paciente y a sus familias.
Pregunta 9. ¿Cuál es tu opinión acerca de los cuidados paliativos? ¿Por qué?	Es considerado como una herramienta y un derecho en beneficio a la salud.

Pregunta 10. ¿Te gustaría recibir algún diplomado o talleres sobre tanatología? ¿Por qué?	Hay interés en recibir diplomados o talleres sobre tanatología.
Pregunta 11. ¿Es importante implementar la materia de tanatología a lo largo de toda la carrera? ¿Por qué?	Hay interés por aprender sobre la materia de tanatología y consideran importante recibirla mientras cursan la licenciatura.
Pregunta 12. Para ti ¿Qué es muerte digna?	Los pacientes deben decidir el lugar y la compañía, además de tener cubiertas sus necesidades físicas.
Pregunta 13. Si el paciente tiene diferentes creencias religiosas a las tuyas ¿Cómo es tu actuar con él o ella?	Las diferentes creencias religiosas de los pacientes no interfieren con el criterio de atención y cuidado que deben recibir los pacientes.
Pregunta 14. ¿Cuál es tu concepto sobre la muerte? ¿Por qué?	Los conceptos sobre la muerte son a partir de que es la realidad conformada como parte de la vida.
Pregunta 15. ¿Cuál es el procedimiento que se lleva a cabo para notificarle al familiar sobre el fallecimiento del paciente? ¿Cuál es tu opinión al respecto?	No hay un procedimiento oficial del cual apoyarse, se dan las noticias a los familiares según el criterio de cada médico.

Estos datos indican que se percibe la tanatología como un medio importante y complementario para su quehacer profesional y de atención a la ciudadanía, es por ello que el conocimiento de esta práctica puede brindar beneficios en las currículas de las licenciaturas que tienen la opción de laborar dentro de instituciones hospitalarias y se encuentren en contacto directo con pacientes terminales.

Por otra parte los alcances de ésta investigación son limitados ya que la muestra podría mostrar datos más concisos de haber detectado el bienestar de los pacientes recibiendo cuidados paliativos en comparación a otra muestra que no la recibe y así obtener resultados en la práctica de ésta disciplina, otra limitación es la de no incluir los costos que supondría la integración de la materia de tanatología a las tres facultades ya antes mencionadas, a pesar de esto se recomienda el uso de ésta opción

de salud que ya se llevan a cabo en otros países y de los cuales hay estudios según la “Organización Mundial de la Salud” (Agosto, 2017) aseguran su efectividad.

CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis de datos tras las respuestas de la entrevista a los médicos, trabajadoras sociales y a una psicóloga clínica, jefa del departamento de psicología del hospital general de Zacatecas, se determinó que según lo expuesto en el marco teórico se concluye que el conocimiento y uso de la tanatología puede beneficiar a los pacientes, a sus familiares y al personal de salud.

Respecto a la pregunta de investigación descrita en el planteamiento del problema: ¿La materia de tanatología dentro de la currícula de las licenciaturas de psicología (área clínica) medicina humana y trabajo social, influye en una mejora individual y social en los pacientes moribundos y sus familiares? De la cuál puede aseverarse que dicha materia sí influye en una mejora individual y social de los pacientes terminales y su círculo familiar.

Las preguntas formuladas en la introducción: La tanatología ¿Qué es? ¿Para qué sirve? ¿Qué provecho puede aportar a la humanidad? Han sido resueltas en la teoría y también en las respuestas de los trabajadores de la salud y participantes en éste trabajo, de manera que hay evidencia que le da valor a este aporte para el beneficio de la sociedad y a todos los seres humanos que compartimos y compartiremos el fin de la vida y el conocimiento de la muerte.

Éste estudio destacó el interés por los internos, trabajadores sociales y psicólogos por el desarrollo de habilidades humanistas en el trato y la atención que se le brinda al paciente terminal y a sus familiares bajo el parámetro de seguridad y efectividad, muchos considerándolo como una atención *integral* que se debe llevar a cabo con la debida formación previa de sus años académicos, todos consideran oportuno el recibir estos conocimientos a pesar de que algunos ya no se interesan por tomar actualmente algún taller de tanatología ya que quieren dedicarse a su especialidad, sin embargo, son muy pocos los de esta opinión según los resultados entregados, es importante considerar que los jóvenes no se sienten con la suficiente capacitación para enfrentar

este tema tan delicado y que en un posterior estudio sería importante considerar el apoyo psicológico a los profesionales de la salud que se enfrentan diariamente a ésta difícil tarea.

Podemos advertir que a lo largo de éstas páginas se han descrito las diversas circunstancias en las que el hombre conceptualiza su entorno haciéndolo propio a partir del lenguaje y que conforme se adueña y adapta a él, su anhelo de juventud e inmortalidad es evidente, sin embargo, no existen comportamientos definitivos y generales, es por ello, que el ser humano también se ha destacado además de su ingenio e inventiva, por buscar formas y métodos para desarrollarse plenamente y lograr un conocimiento individual más profundo y uno de los más enigmáticos son los procesos mentales, los cuestionamientos y conflictos existenciales a los que nos enfrentamos, en los que el apoyo de los otros es crucial para sentirnos positivamente reconocidos por un grupo social.

REFERENCIAS

- Abad, L., y Flores, J. (2010). *Emociones y Sentimientos. Enfoques Interdisciplinarios, La Construcción sociocultural del amor*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Álvarez, A., Torruco, U., Morales, J., y Varela, M. (enero, 2015). Aprender sobre la muerte desde el pregrado: Evaluación de una intervención educativa. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53, (5). Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/4577/Resumenes/Resumen_457744939020_1.pdf
- Anthony, S. (2005). *The Child's Discovery of Death, A Study in a Child Psychology [El descubrimiento del niño de la muerte, un estudio en psicología infantil]*. Abingdon, England: Routledge.
- Agüero, G., Uturbey, L., y Vera, D. (2008). Diálogo entre la lingüística y la filosofía. En A. Defagó, C. Conceptos, creencias y racionalidad (pp. 485-491) Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=RVMrhIvvl60C&pg=PA2&lpg=PA2&dq=Ag%C3%BCero,+Y.,+Urtubey,+L.,+y+Vera,+D.+\(2008\).+Conceptos,+creencias+y+racionalidad.+Argentina:+Editorial+Brujas.](https://books.google.com.mx/books?id=RVMrhIvvl60C&pg=PA2&lpg=PA2&dq=Ag%C3%BCero,+Y.,+Urtubey,+L.,+y+Vera,+D.+(2008).+Conceptos,+creencias+y+racionalidad.+Argentina:+Editorial+Brujas.)
- Ardila, L. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, (2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

- Almenares, C. (junio 2013). Cuidado que trasciende más allá de la muerte: Investigación en enfermería. *Imagen y Desarrollo*, 15(1), Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145228258006.pdf>
- Arteta, D. (septiembre 2016). La ley de últimas voluntades y/o el “encarnizamiento terapéutico” *Acta Médica Colombiana*, 41, (3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1362/163147636003.pdf>
- Amar, J., y Martínez, M. (2011). El Ambiente imperativo, un enfoque del desarrollo infantil. *Revista Universidad del Norte*, Recuperado de https://www.uninorte.edu.co/web/publicaciones-uninorte/productos/-/asset_publisher/EoY8/content/el-ambiente-imperativo-un-enfoque-integral-del-desarrollo-292?inheritRedirect=false
- Aguirre, A. (1994). La adolescencia en las sociedades. En A. Aguirre, A. (Ed.) *Psicología de la Adolescencia*. (pp. 5-39). Recuperado de https://www.academia.edu/12005926/Psicolog%C3%ADa_de_la_adolescencia_Angel_Aguirre_Bastan
- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 1, (2). Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf
- Ariés, P. (2000). *Historia de la muerte en occidente, de la edad media hasta nuestros días*. Barcelona, España: Quaderns Crema S.A.U.
- Berger, K. (2006). La teoría cognitiva. *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia* (46-48) New York, E.U.A: Médica Panamericana.

- Barreto, P., Soler, M. (2008). *Muerte y duelo; guías de intervención*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica de España.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Bulechek, G. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* Iowa, E.U.A: Elseiver.
- Beltrán, E. (diciembre 2013). Ser frente a la muerte, un estudio a propósito de la muerte según Paul Ricoeur y Emmanuel Lévinas. Recuperado de [https://www.google.com/searchsxsrf/10758-Texto%20del%20artículo-40387-1-10-20141105%20\(2\).pdf](https://www.google.com/searchsxsrf/10758-Texto%20del%20artículo-40387-1-10-20141105%20(2).pdf)
- Behar, D. (2003). *Un Buen Morir, encontrando sentido al proceso de la muerte*. México D.F: Pax México.
- Bartra, R. (2013). *Anatomía del mexicano*. México, D.F: Penguin Random House.
- Bueno, M. (2002). *La muerte, el nacimiento a una nueva vida*. Madrid, España: EDAF.
- Becerril, E. (2012). *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida, los vínculos que establece el ser humano para la supervivencia*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguezE.pdf>

- Bermejo, J. (2011). *La Atención Integral en Cuidados Paliativos*. Madrid, España: Gráficas Arias Montano.
- Blasco, P. y Giner, M. (2011). *Psicopedagogía*. Valencia: Nau Libres.
- Blondel, M. (2002). *La metafísica de la muerte*. Italia: Editorial Lura.
- Barrio, J. (2015). La bioética ha muerto. ¡Viva la ética médica! *Cuadernos de Bioética*, 26, (1), Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/875/Resumenes/Resumen_87538694003_1.pdf
- Behar, D. (2007). *Cuando la vida ya no es vida: ¿eutanasia?* México, D.F.: Editorial Pax México.
- Brady, J. & Prufer, K. (2005). *In the Maw of the Earth Monster; Mesoamerican Ritual Cave Use [En las fauces del monstruo de la tierra; Ritual Mesoamericano en el uso de cuevas]*. United States of America: University of Texas Press, P.O.
- Chávez, X. (2010). La muerte entre los mexicas. *Estudios de cultura Náhuatl*, 42. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0071-16752011000100026
- Cherny, N. Fallon, M. Kaasa, S. (2015). *Palliative medicine [Medicina paliativa]*. United States of America: Oxford University Press.
- Coleman, J. (2003). *Psicología de la Adolescencia*. Madrid: Morata.
- Castellanos, B. (2015) Del sentido de la muerte en Paul Ricoeur. *Nómaditas*, 45, (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153278005.pdf>
- Csejtei, D. Juhasz, A. (2001) Sobre la Concepción de la Muerte en la Filosofía de Nietzsche. *Revista de Filosofía*, Recuperado de <http://revistas.um.es/daimon/article/view/11711>

- Carrillo, L. (enero-junio, 2008). Sanchopancesco: sobre individuos y sociedad, *Estudios de Filosofía*, 37, Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3798/379847512006.pdf>
- Cortés, A. (enero-junio, 2007) Heidegger y el humanismo. *Civilizar, Ciencias Sociales y Humanas*, 7, (12). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1002/100220305015.pdf>
- Castro, M. (2007) Tanatología, La Familia ante la Enfermedad y la Muerte; México; Editorial Trillas.
- Caputo, J., Vattimo, G., (2010) Después de la Muerte de Dios. *Revista Antrophos, huellas del conocimiento*, 234, Recuperado de <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/vattimo-gianni-caputo-muerte-dios-paidos-430608886>
- Collado, A., Piñón, A., Odales, R., (2011). Eutanasia y valor absoluto de la vida. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49, (3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttrxt&pid=S1561-30032011000300012&lng=es&tlng=es.
- Cruz, L., Aguilar, C. (enero-junio, 2010) Historias de vida, lucha y muerte: enfermos de cáncer hematológico Iztapalapa, *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 68, Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39348725004>
- Cox, C. (2005) *Políticas Educativas en el Cambio de Siglo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Caruso, I. (2005) La Separación de los Amantes: una fenomenología de la muerte; Argentina; Siglo XXI Editores.
- Céspedes, F. Cabezas, M. Illesca, M. (2016) Competencias en Medicina Legal para Médicos Recién Egresados, *Revista Med*, 24, (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/910/91049626003.pdf>

- Cyrulnik, B., Anaut, M. (2016). *¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Casas, E. (2008). *Las 1.000 caras de las religiones orientales*. México: Editorial Libsa.
- Dalpai, D., Fernandes, F., Vila, J. (octubre-diciembre, 2017). Pain and paliative care, knowledge of medical students and the graduation gaps. *Revista Dor*, 18, (4). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000400307.
- Dominguez, G. (enero-abril, 2011). Enfoque filosófico gestalt de la tanatología. *Horizonte Sanitario*, 10, (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845137001.pdf>
- Do Carmo, M. (2015). Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos. *Revista Scielo*, 24, (1). Recuperado en 12 de abril de 2019, de http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/es_1983-8034-bioet-24-1-0064.pdf
- Domínguez, G. (mayo- agosto, 2009). La tanatología y sus campos de aplicación, *Horizonte Sanitario*, 8, (2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845132005.pdf>
- De la Herrán, A, y Cortina, M. (2007). Fundamentos para una Pedagogía de la muerte. *Revista iberoamericana de Educación*, 41, (2). Recuperado de <https://rieoei.org/RIE/article/view/2475>
- Donati, P. (2013). *La familia como raíz de la sociedad*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos. Conversaciones sobre religión, política y cultura. Madrid: Espasa Libros, S.L.U.

- Delgado, J. (2018). ¿Qué le hace la depresión a tu cerebro? Muy Interesante, 315,
Recuperado de <https://www.muyinteresante.es/salud/articulo/que-le-hace-la-depresion-a-tu-cerebro-761488978599>
- Domínguez, J., Lamagrande, J. (2015). *Herramientas para la elaboración de duelos en la escuela*. Argentina: Editorial Dunken.
- De Lamadrid, A. (2008). *Acompañar en la enfermedad, el dolor y la muerte*. México: Editorial Paulinas.
- Duke, S. (2009). *Grieving forward: embracing life beyond loss [Afligirse: abrazar la vida más allá de la pérdida]*. E.U: FaitWords.
- Díaz, M. (2002). *Flexibilidad y educación superior en Colombia*. Colombia: ICFES.
- Delval, J. (2008). *El desarrollo humano, siglo XXI*. Madrid, España: De España Editores.
- Dahl, J. & Luciano, K. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain [Terapia de aceptación y compromiso para el dolor crónico]*. Oakland, CA.: Harbinger Publications, Inc.
- Equipo Vértice (2011). *El duelo*. Málaga, España: Publicaciones Vértice S.L.
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y adolescencia*. Coyoacán, México: Siglo XXI Editores.
- Evans, B., Reid, J. (2016). *Una vida en resiliencia, el arte de vivir en peligro*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fauré, C. (2004). *Vivir el duelo, la pérdida de un ser querido*. Barcelona, España: Editorial Kairós.

- Flores, G., Íñiguez, L. (2012). La biomedicalización de la muerte: una revisión. *Anales de Psicología*, 28, (3), pp. 929-938 Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723774032.pdf>
- Fernández, C. (2012). *Afrontar la Muerte en Ciencias de la Salud* (Tesis Doctoral Inédita). Recuperado de http://cms.ual.es/UAL/estudios/doctorado/tesis/tesisdoctoral/DOCTORADO8712?plan=8352&anyo=2011-12&exp_numord=4&tes_codnum=1&idioma=es
- Ferro, J. (2016). *El mito de la filosofía*. Madrid: Editorial Verbum.
- Falconí, E. (2013). Guía para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74, (3). Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/2638>
- Frutis, O. (abril-junio, 2013). La muerte en el pensamiento de Séneca, una lección moral. *La Colmena*, 78, Recuperado de http://web.uaemex.mx/plin/colmena/Colmena_78/Aguijon/7_La_muerte_en_el_pensamiento_de_Seneca.pdf
- Fernández, I. (2006). *Historia de México I*. México: Pearson Educación.
- Ferro, J. (2009). *La palabra en la música: ensayos sobre Nietzsche*; Barranquilla, Colombia: Ediciones Uninorte.
- Fernández, C. (2012). *Afrontar la muerte en ciencias de la salud*. España: Departamento de Ciencias Humanas y Sociales.
- Gómez, R. (2011). *El médico frente a la muerte*, Madrid, España: Scielo – Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n113/original5.pdf>

- Gala, F., Lupiani, M., Raja, R. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo, una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*. Recuperado de:
<http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/10/miedo-a-la-muerte.pdf>
- Gabilondo, A. (2003). *Mortal de necesidad: La filosofía, la salud y la muerte*. Madrid, España: Editorial Abada.
- Gómez, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. (p. 35-56). Madrid, España: Arán Ediciones, S.L.
- Garza, A. (enero-abril, 2017). La muerte del otro. *Andamios, Revista de Investigación Social*, 14, (33) Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/628/62849641002.pdf>
- García, C., Pérez, R. (abril-junio, 2013). Duelo ante la muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12, (2). Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200014
- Gabašová, K., (enero-junio, 2014). Kierkegaard y el concepto de la muerte en el contexto del turismo oscuro. *Sincronía*, 65, Recuperado de
<https://www.redalyc.org/pdf/5138/513851571005.pdf>
- Gruyter, W. (2015). *Love After Death, Concepts of posthumous love in medieval and early modern Europe [Amor después de la muerte, conceptos de amor póstumo en la Europa medieval y temprana]*. Berlín: Deutsche Nationalbibliothek.
- González, N., Valdez, J., (diciembre, 2007). Resiliencia en niños. *Psicología Iberoamericana*, 15, (2). Recuperado de
<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933006.pdf>
- García, R., Sánchez, I., Pérez, M. (2014). Compromiso y flexibilidad en organizaciones innovadoras. *INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 24, (1).

Recuperado de

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/47527/48868>

Gatti, G. (2015). Duelos felices, teorías ágiles. *Papeles del CEIC*, 3, Recuperado de

<https://www.ehu.eus/ojs/index.php/papelesCEIC/article/view/15185>

García, D. (2014). La areté como kátharsis en el fedón, formulación y protecciones éticas en

la obra de Platón. *Byzantion Nea Hellás*, 33, Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/3638/363844196002.pdf>

Galindo, J. (1991). Vida y muerte del sentido. Sentido común, religión y cultura. *Estudios*

sobre las Culturas Contemporáneas, IV, (12). Recuperado de

http://bvirtual.ucol.mx/descargables/863_vida_y_muerte.pdf

Gómez, M., Delgado, J. (2000). *Ritos y mitos de la muerte en México y otras culturas*, (p.

206-387). México: Grupo Editorial Tomo.

Gutiérrez, C., Ruiz, R., Arellano, S., Romero, H., Hall, R., García, B. (marzo-abril, 2017).

Medicina paliativa en cirugía. *Cirugía y cirujanos*, 85, (2). Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg174j.pdf>

Gil, J., Bellver A., Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Revista*

de Psico-oncología, 5, (1). Recuperado de [file:///D:/Descargas/16377-](file:///D:/Descargas/16377-Texto%20del%20art%C3%ADculo-16453-2-10-20171031.pdf)

[Texto%20del%20art%C3%ADculo-16453-2-10-20171031.pdf](file:///D:/Descargas/16377-Texto%20del%20art%C3%ADculo-16453-2-10-20171031.pdf)

García, J., Landa, V., Trigueros, M., Graminde, I. (2005). Inventario de Texas revisado del

duelo (ITRD). *Revista Cuidarte*, 37, (7). Recuperado de

<https://core.ac.uk/download/pdf/82276547.pdf>

Gómez, M. (1994). *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*.

Gran Canaria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria.

Gómez, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid, España: Arán Ediciones.

- González, A. (2016). *La comunicación en la anatomía del desarrollo social y su naturaleza de estudio*. Madrid, España: ACCI ediciones-Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.
- Gómez, M., Grau, J. (2006). *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Madrid, España: Ediciones Arán.
- Gruhl, M. (2009). *El arte de rehacerse: La resiliencia*. España: Santander Sal Terrae.
- Henderson, N., Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. España: Editorial Paidós.
- Hartman, J., Hernández, C., González, L. (2013). Filosofía del derecho de Sócrates, Platón y Aristóteles. *La Gaceta Jurídica Filosofía*, 6, (3). Recuperado de http://www.la-razon.com/la_gaceta_juridica/Filosofia-Derecho-Socrates-Platon-Aristoteles_0_1857414335.html
- Hernández, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7, (8). Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
- Hernández, G., González, V., Infante, O. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18, (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000100004&lng=es&tlng=es
- Herrán, A., Muñoz, J. (2002). *Educación para la universalidad, más allá de la globalización*. Madrid: Dilex.
- Hernández, F. (junio. 2006). El significado de la muerte. *Revista UNAM*, 7, (5). Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
- Iles, C. (2016). *Public speaking, concepts and skills for a diverse society [Hablar en público, conceptos y habilidades para una sociedad diversa]*. Boston, USA: Cengage Learning.

- Illich, Iván. (1975). *Némesis médica, la expropiación de la salud*. Barcelona, España: Editorial Barral.
- Ignorosa, C., González, L. (julio-septiembre, 2014). Cuidados paliativos para una muerte digna, estudio de un caso. *Enfermería Universitaria*, 11, (3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358733554006.pdf>
- Jürgen, K. (2012). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Jiménez, A. (2004). Terapeuta de terapeutas en formación. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401304.pdf>
- Janaway, C. (2010). *Schopenhauer: The World as Will and Representation [Schopenhauer: el mundo como voluntad y representación]*. New York: Cambridge University Press.
- Kalbermatter, M., Goyenche, R. (2006). *Resiliente: se nace, se hace, se rehace*. Argentina: Editorial Brujas.
- Kübler, E. (2014). *La muerte: un amanecer*. Barcelona, España: Ediciones Luciérnaga.
- Kirchhoff, K., Spuhler, V., Walker, L. (febrero, 2000). Intensive care nurses, experiences with end of life care. *American Journal of Critical Care*. 9, (1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/12683739_Intensive_Care_Nurses'_experiences_with_end-of-life_care
- Kübler, R. (2016). *Sobre la muerte y los moribundos, alivio del sufrimiento psicológico*. Barcelona, España: Editorial Penguin Random House.
- Kübler, R., Kessler, D. (2017). *Sobre el duelo y el dolor*. España: Editorial Grupo Planeta.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., Chevron, E. (2004). *Interpersonal psychotherapy of depression [Psicoterapia interpersonal de la depresión]*. Maryland United States of America: Rowman Lanham.

- Kreimer, J., Tello, N. (2002). *La muerte*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Longseller.
- Kenneth, D. (2013). *Historical and contemporary perspectives on dying from: handbook of thanatology, the essential body of knowledge for the study of death, dying, and bereavement [Perspectivas históricas y contemporáneas sobre la muerte de: manual de tanatología, el cuerpo esencial de conocimiento para el estudio de la muerte, la muerte y el duelo]* E.U.A.: Association for Death Education and Counseling, The Thanatology Association.
- Lambert, C. (2003). La comprensión de ser según Bernhard Welte. *Teología y Vida*, 44, (4).
Recuperado de
https://www.redalyc.org/pdf/322/Resumenes/Resumen_32244403_1.pdf
- León, G., F., Jiménez, L., Hernández, R. (2002). *Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo, una revisión conceptual*. Barcelona, España: Cuadernos de Medicina Forense.
- Lacasta, M. (2002). Evaluación de resultados a largo plazo de un programa de atención al duelo. *Revista Social Española del Dolor*, (9). Recuperado de
http://revista.sedolor.es/pdf/2002_08_03.pdf
- López, L. (2006). *Historiar la muerte*. San Juan, Puerto Rico; Editorial Isla Negra.
- Levinstein, R. (2005). *Cuando alguien se va*. México, D.F.: Panorma Editorial.
- Lenkersdorf, C. (1998). *Cosmovisiones*. México, D.F.: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Ciudad Universitaria.
- Londoño, O., (2006). *El lugar y el no-lugar para La muerte y su duelo*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá Facultad de Artes.
- Lara, G., Osorio, C. (enero-junio, 2014). Aportes de la psicología existencial al afrontamiento de la muerte. *Fundación Universitaria Los Libertadores*, 9, (1).
Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679005.pdf>

- López, J., López, O. (2012). Sobre la muerte, a quien pueda interesar. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40, (3). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v40n3/v40n3a06.pdf>
- Lambert, C. (marzo, 2014). El análisis de la muerte, consideraciones fenomenológicas. *Veritas, Revista de Filosofía y Teología*, 30, Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2911/291130984003.pdf>
- Larson, L. (2014). *Dead and religion in a changing world [Muerte y religión en un mundo cambiante]*. E.U.A.: Edit. Garces – Foley.
- Llobet, V. (2008). *La promoción de resiliencia con niños y adolescentes, entre la vulnerabilidad y la exclusión, herramientas para la transformación*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Novedades Educativas.
- Llauradó, G. (mayo, 2014). Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. *Santa Cruz de la Palma*, 8, (1). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100006>
- Medina, D. (2013). Muerte digna - vida digna, una reflexión - un debate. *Cuadernos de Bioética*, 24, (3). Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/82/399.pdf>
- Martínez, J., Expósito, A. (2018). *Ciencia administrativa y derechos de los pacientes*. Madrid, España: ACCI Editores, Asociación cultural y científica Iberoamericana.
- Martínez, J. (2010). *La experiencia trágica de la muerte*. España: Ediciones de la Universidad de Murcia.
- Muñoz Cano, Juan Manuel Flexibilidad y Educación Superior Horizonte Sanitario, vol. 8, núm. 1, enero-marzo, 2009, pp. 4-6 Universidad Juárez Autónoma de Tabasco Villahermosa, México

- Millán-González, Ricardo; Solano-Medina, Nicolás Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, núm. 2, 2010, pp. 375-388 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia
- Morales, M. Quintero, M. Pérez, R. (2011). La Educación Tanatológica Para el Bienestar de la Salud, Revista Digital Universitaria, 12 (2) Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol12/num2/art17/index.html>
- Martínez, J. (2010). *La experiencia trágica de la muerte*. España: Universidad de Murcia.
- McNeill, W. (2010). *History of western civilization, a handbook [Historia de la civilización occidental, un manual]*. E.U.A.: University of Chicago Press.
- Marasco, R., Shuff, B. (2013). *Sobre el duelo, la pérdida, el consuelo y el crecimiento interior*. México: Editorial Océano.
- Morin, E. (2007). *El hombre y la muerte*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Martínez, P. (marzo, 2011). Nietzsche y el automatismo instintivo. *Veritas, Revista de Filosofía y Teología*, 24, Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n24/art05.pdf>
- Mendoza, C. (2007). *Subjetividad y experiencia religiosa postmoderna*. México, D.F.: Universidad Iberoamericana A.C.
- Mota, M., Stano, R. (2013). Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: Uma experiencia didática no currículo de medicina. *Revista Brasileira de Educacao Médica*, 37, (2). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000200019&script=sci_abstract&tlng=pt
- Magni, C. (2014) vol.21 no.60 México; Diversas temáticas desde las disciplinas antropológicas; *El sistema de pensamiento olmeca, México: originalidad y*

especificidades. El código glífico y el lenguaje corporal; Universidad de París-Sorbona.

Megged, A. (2010). *Social Memory in Ancient and Colonial Mesoamerica [Memoria social en la antigua y colonial Mesoamérica]*. United States of America: Cambridge University Press.

Madariaga, J. (2014). *Resiliencia, ampliando ámbitos y prácticas*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.

Nieto, L., Díaz, M. (mayo, 2005). La formación de profesores universitarios para la flexibilidad curricular mediante estrategias virtuales. *RUSC. Universities and Knowledge Society Journal*, 2, (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/780/78017141009.pdf>

Navarro, I., Pérez, N. (2012). *Psicología del desarrollo humano, del nacimiento a la vejez*. Alicante, España: Editorial Club Universitario.

Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica.

Onfray, M. (2018). *Vida y muerte de occidente*. México: Editorial Paidós.

Orellana, I. (1999). *Pedagogía del dolor*. Madrid: Palabra.

Ortiz, F. (2007). *Muerte, morir, inmortalidad*. México: Penguin Random House Grupo Editorial México.

Open Mind Academy. (2012). *Elements of health, a new dimension of holistic health [Elementos de salud, una nueva dimensión de la salud holística]* Berlín, Germany: epubli Gmbh.

- Perdigon, C., Strasser, G. (junio, 2015). El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional, reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 25, (2), Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4008/400841526009.pdf>
- Piédrola, G. (2016). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona, España: Editorial MASSON.
- Pérez, M. Cibanal, L. (junio, 2016). Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Revista Cuidarte*, 7, 1. Recuperado de <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/295>
- Payás, A. (2012). *Las tareas del duelo, psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Poch, C., Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo: reflexiones, testimonios y actividades*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Parreiras, M., Cafure, G., Pacelli, L. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales, una revisión sistemática, *Rev. Bioét.* 24, (2). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf
- Pinkler, L. (2005). *La religión en la época de la muerte de dios*, Buenos Aires, Argentina: Editorial Marea S.R.L.
- Poch, C. (2013). *Pérdida y duelo, reflexiones y herramientas para identificarlos y afrontarlos*, Argentina: Editorial Octaedro.
- Porta, J., Gómez, X. (2013). *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. México: Editorial Trillas.

- Portillo, M., Martín M. (2016). Adherencia al tratamiento del duelo patológico. *Cuadernos de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace*, 62, Recuperado de http://www.editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=116&t=cuadernos&y=2001&m=2001-2002&num=62%20/%2063
- Prigerson, H., Vanderwerker, L., Maciejewski, P. (2007). *Complicated grief as a mental disorder, Inclusion in DSM Handbook of Bereavement Research and Practice [Duelo complicado como un trastorno mental. Inclusión en el Manual DSM de Investigación y Práctica del Duelo]* Washington DC.: Ed. Psychological Association Press.
- Quintanar-Olgún, F., García-Reyes, C. (abril, 2010). Intervención tanatológica para población anciana, hacia una psicotanatología basada en la evidencia. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 2, (2), Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720002.pdf>
- Quesada, J. (2008). Otra historia de la filosofía, por qué pensamos lo que pensamos. Barcelona: Editorial Ariel.
- Quezada, S. (diciembre, 2013). La muerte en la literatura del siglo de las luces. *Sincronía*, 64, Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5138/513851570018.pdf>
- Rojas, S. (2005). *El manejo del duelo*. Bogotá, Colombia: Ediciones Norma, S.A.
- Rigobello, A. (2000). *El porqué de la filosofía*. Madrid, España: La Factoría de Ediciones S.L.
- Ruiz, A., Ruz, M., Ponce, M. (2005). *Antropología de la eternidad: La muerte en la cultura Maya*. México: Universidad Autónoma de México.
- Rojo, S. (2002). *Dramaturgia contemporánea, tránsitos y desplazamientos teatrales, de América Latina a Italia*. Santiago, Chile: Editorial Cuarto Propio.

- Ramos, R., García, A., Parada, E. (2006). *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes*. España: UNED, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ries, J. (2007). *El hombre y el sentido del misterio y las religiones de África y Australia*. Italia: Editorial Nerea.
- Rojas, C. (2006). *La filosofía y sus transformaciones en el tiempo*. San Juan, Puerto Rico: Isla Negra Editores.
- Riera de Montero, E. (2006). Perspectivas en el diseño curricular. *Laurus, revista de educación*, 12, (21). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/761/76102103.pdf>
- Robichaux, C., Clark, A. (2006). *Practice of expert critical care nurses in situation of prognostic conflict at the end of life [Práctica de enfermeras expertas en cuidados críticos en situaciones de conflicto pronóstico al final de la vida]*. E.U.A.: American Journal of Critical Care.
- Sanabria, V. (2002). *La metafísica de la muerte según Maurice Blondel*. Italia: Editorial Pontificia de la Universidad Gregoriana.
- Sánchez, F. (2002). *Acerca de la muerte, curso de tanatología*. Bogotá, Colombia: Giro Editores Ltda.
- Sánchez, L. (2008). Apuntes para una necrología de la muerte. *LiminaR, Estudios Sociales y Humanísticos*, (1). Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/745/Resumenes/Resumen_74511188009_1.pdf
- Souza, L., Mota, J., Barbosa, R. Ribeiro, R., Oliveira, C., Barbosa, D. (octubre, 2013). La muerte y el proceso de morir, sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*, 12, (4). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834851013.pdf>

- Sánchez, L. (2013). La muerte: de la representación demográfica al análisis sociocultural. *Ánfora* 20(35), Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3578/357834269008.pdf>
- Severiche, D. (enero-agosto, 2000). Encarnizamiento terapéutico. *Persona y Bioética*, 4, (10). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/832/83241007.pdf>
- Sánchez, J., Molinero, J. (2012). *El más allá: Iniciación a la escatología*. Madrid, España: Ediciones Rialp.
- Saavedra, M. (2004). Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor. México: Editorial Pax México.
- Siebert, A. (2007). *Resiliencia; construir en la adversidad*. Barcelona, España; Alienta Editorial.
- Sánchez, E., Delgado, A. (2002). *La resiliencia: responsabilidad del sujeto y esperanza social*. Colombia: CEIC-Casa Editorial RAFUE.
- Segovia, J. (2014). *Filosofía para pensar en la calle: la filosofía que nunca me enseñaron*. Madrid, España: Editorial Vision Libros.
- Salinas, A. (2008). *Acompañar en la enfermedad, el dolor y la muerte*. México, D.F.: Publicaciones Paulinas.
- Sánchez, F. (2002). *Acerca de la muerte, curso de tanatología*. Bogotá, D.C. Colombia: Giro Editores Ltda.
- Santamaría del Río, D. (2011). *Los otros creyentes: el hecho religioso no católico en la provincia de Zamora*. México: Editorial Samuret.
- Savater, F. (2008). *Las preguntas de la vida*. Barcelona, España: Ariel.
- Torregrosa, L., Núñez, L., Morales, L., Sablón, Y. (2005). Enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor con enfermedad terminal. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 9, (1).

Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000100011&lng=es&tlng=es.

Tizon, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo; vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Tau, R. (mayo, 2014). La noción de la muerte como objeto de investigación de la psicología del desarrollo. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8, (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439643137001.pdf>

Torrance, M. (2006). *La búsqueda espiritual; la trascendencia en el mito, la religión y la ciencia*. España: Ediciones Siruela.

Torras, A. (2009). *Acompañar en el duelo*. Barcelona, España: Ediciones Luciérnaga.

Tiemblo, A., Nuñez, I., Riaza, F. (1999). *El sentido del hombre en el universo*. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

Villaseñor, S., Aceves, M. (2013). El concepto de la muerte en el imaginario mexicano. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76, (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036943003>

Villa, J. (2007) "Si no fuera por Dios, nosotros ya nos hubiéramos muerto". Víctimas, reconciliación y religión *Theologica Xaveriana*, vol. 57, núm. 164, octubre-diciembre, pp. 565-589 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.

Worden, J. (2009). *Grief therapy, a handbook for the mental health practitioner [Terapia de duelo, un manual para el profesional de la salud mental]*. New York, E.U.A.: Springer Publishing Company.

Williamson, G., Hidalgo, C. (mayo-agosto, 2015). Flexibilidad curricular en la implementación de proyectos de investigación para mejorar el aprendizaje de los

estudiantes el caso de Nepso, Chile. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 15, (2). <https://www.redalyc.org/pdf/447/44738605012.pdf>

Whaley, J. (2006). *Manual de terapia interpersonal*. Barcelona, España; Editorial Plaza y Valdés.

Westberg, G. (2006). *Ante la pérdida de un ser querido*. El Paso, TX.: Casa Bautista de Publicaciones.

Zucker, R. (2009). *The Journey Through Grief and Loss: Helping Yourself and Your Child When Grief is Shared [El viaje a través del dolor y la pérdida: ayudarse a sí mismo y a su hijo cuando se comparte el dolor]*. New York, E.U.A.: Random House Inc.

ANEXOS

INSTRUMENTO

Pregunta 1. ¿Cuál es tu opinión acerca de la Tanatología?

E1. Considero que es un área muy importante que debemos atender y conocer ya que todas las personas nos acercamos a la muerte a partir del nacimiento.

E2. Considero que es una herramienta básica para quienes trabajamos en el área de la salud con enfermos terminales o que atraviesan por duelo y para aplicarse en la vida diaria.

E3. Es muy importante porque es una disciplina que aborda lo relacionado con la muerte en el ser humano porque es el apoyo que sufrimos pacientes como familiares.

E4. No se lleva a cabo dentro del hospital por falta de interés y conocimiento por nuestras autoridades.

E5. Sí.

E6. Es importante el tratado sobre la muerte, porque estos temas no se abordan abiertamente.

E7. Muy necesaria ayuda a los pacientes en estado terminal.

E8. Creo es una ciencia un tanto olvidada por el personal de salud, empero bastante necesaria en el ámbito médico, ya que de forma inherente a la profesión se trabaja con personas muchas veces al borde de la muerte y a veces resulta igual de importante mantener la vida como el dar un buen morir.

E9. Es una buena opción para preparar a las personas a su fin.

E10. Es una rama necesaria en la medicina para el abordaje integral del paciente.

E11. La tanatología es un área que habla acerca de las pérdidas que puede tener el ser humano.

E12. Creo que es importante conocer acerca de ella más que nada en las profesiones que están en contacto con personas enfermas porque te ayuda a cómo decir una mala noticia con las palabras adecuadas.

E13. Es una ciencia importante, dado que nos permite ponernos en el lugar del paciente moribundo, ya que nadie nos enseña esto.

- E14. Es una rama que me parece muy propio y padre que se lleve a cabo porque es algo que en medicina no nos enseñan, sólo vemos la vida y la muerte es otro tema.
- E15. Es algo muy importante, ya que siempre es necesario darle unos buenos últimos momentos a los pacientes terminales.
- E16. Es una ciencia que es muy importante, en los servicios relacionados con la salud.
- E17. Creo que es un rubro que se encuentra en fases iniciales, que aún falta tiempo para su correcta implementación debido a la cultura de la sociedad mexicana, se tiene subestimada o infravalorada.
- E18. Es una especialidad bonita e interesante porque nos enseña a lidiar con las pérdidas.
- E19. Es necesario implementarla debido a que existen enfermedades terminales que sólo causan sufrimiento, debemos dar calidad no cantidad.
- E20. Que es una buena ciencia que habla sobre el proceso de muerte.
- E21. Es una disciplina integral fundamental para la humanidad, para llevar de la mejor manera el ciclo natural de la vida.
- E22. No sirve, porque no se aplica.
- E23. Que es un área descuidada por la población en general, principalmente por la dificultad de establecer empatía con los moribundos por nuestra falta de experiencia.
- E24. Es buena y necesaria, ya que muchas veces no sabemos cómo dirigirnos con los pacientes cuando van a morir.
- E25. Es una rama útil, ya que ayuda al paciente y sus familiares al bien morir.
- E26. Pues es una rama importante para nosotros los médicos, ya que ayudan al paciente en una etapa de su vida.
- E27. Que es buena, ayudará a superar duelos en los familiares.
- E28. Que es una parte importante de la medicina, ayuda mucho con los pacientes terminales.
- E29. Es una parte importante de la medicina ya que ayuda a digerir más fácil el proceso de la muerte.
- E30. Creo que es una rama que se debe implementar más en la educación de los médicos.

E31. Es un tema importante, yo creo que la muerte forma parte de nuestra vida cotidiana.

E32. Es necesaria y debería implementarse más debido a que también es importante tratar con esa parte de las pérdidas humanas y a sus familias.

E33. Es fundamental conocer por que en la medicina siempre se ocupa de la tanatología.

E34. Aportación vital para las diversas situaciones que presentan los pacientes y familiares por situaciones complicadas como la muerte, enfermedades, etc.

E35. Es muy útil, poco difundida, deberían de impartirnos talleres de ésta materia desde la carrera.

E36. En lo particular considero que es de gran importancia para nuestra formación como médicos pues gran parte de nuestra vida en el hospital enfrentamos la muerte, el duelo y todo lo que conlleva sin una formación adecuada.

E37. Ciencia encargada del buen morir.

E38. Para conocer el proceso que atravesamos en la muerte.

Pregunta 2. ¿Conoces las etapas de duelo? ¿Cuáles recuerdas?

E1. Me inclino por el planteamiento de Kübler Ross, negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

E2. Negación, ira, negociación, depresión, aceptación.

E3. Negación, etapa ira, etapa negociación, etapa de la depresión, etapa de la aceptación.

E4. No.

E5. Sí, negación, negociación, aceptación, enojo.

E6. Negación, enojo, conciliación, aceptación.

E7. Negación, ira, aceptación.

E8. Sí, negación, ira, depresión y aceptación.

E9. No las recuerdo.

E10. Negación, ira, negociación, aceptación.

E11. Ira, negociación, aceptación.

E12. Negación, ira, negociación, resignación, aceptación.

- E13. Negación, ira, aceptación, negociación.
- E14. No sé bien el orden, negación, cuestionamiento.
- E15. Negación, aceptación, negociación.
- E16. Negación, aceptación.
- E17. Negación, negociación, ira, aceptación.
- E18. Negación, ira, negociación, aceptación.
- E19. Sí, negación y aceptación.
- E20. Negación, aceptación.
- E21. Sí, no en orden, agresividad, aceptación.
- E22. No, pero son negación, ira, negociación y aceptar.
- E23. Negación, ira, negociación, aceptación.
- E24. Negación, ira, negociación, depresión, aceptación.
- E25. Negación, ira, depresión, negociación y aceptación.
- E26. Sí, Negación, ira, negociación, aceptación, depresión.
- E27. Sí, negación, ira, negociación, depresión, aceptación.
- E28. Sí, negación, ira, depresión, negociación y resolución.
- E29. Negación, ira, negociación, aceptación.
- E30. Sí, negación, ira, negociación, depresión, aceptación.
- E31. Sí, negación, ira, reconciliación, aceptación.
- E32. No las recuerdo.
- E33. Ira, negación, aceptación.
- E34. Sí, negación, ira, negociación, depresión, aceptación.
- E35. Las conocí en algún momento.
- E36. Sí, negación, ira, negociación y aceptación.
- E37. Negación, ira, depresión, aceptación.
- E38. Duelo, enojo, reconciliación, aceptación, negación.

**Pregunta 3. ¿Es necesario éste conocimiento para uso en pacientes terminales?
¿Por qué?**

E1. Sí, considero además que es importante no sólo en la etapa terminal si no en padecimientos amenazantes para la vida, a partir del diagnóstico.

E2. Si, con ellos y con sus cuidadores porque es un proceso de confusión que trastorna su vida y necesitan acompañamiento.

E3. Sí, es muy necesario tener el conocimiento ya que tienes las armas para el acercamiento y no mal aconsejar al paciente para brindarle bienestar al paciente en estas situaciones.

E4. Sí, para saber cómo apoyar en este proceso.

E5. Sí, para que puedan entender su estado de ánimo y cómo pueden entender estas etapas.

E6. Para que se permita la expresión de sus necesidades emocionales, de ellos y de los familiares más cercanos.

E7. Claro, se debe dar un manejo integral.

E8. Sí, fundamental, porque en pacientes terminales cuando ya no hay opciones terapéuticas que ofrecer, el dar un buen morir es incluso mejor que un encarnizamiento terapéutico.

E9. Sí, ya que se puede iniciar en primera instancia nosotros como médicos de cabecera.

E10. Sí, comprender el acontecimiento de los pacientes para tomar acciones.

E11. Sí, para poder dar acompañamiento a los pacientes y sus familiares.

E12. Sí, porque le ayudas tanto a ellos como a su familia a ir asimilando la situación y poder dejar ir a esa persona con mayor facilidad.

E13. Porque ayudamos a que tengan “un buen morir”.

E14. Es muy necesario, porque no es fácil lidiar con una situación así, además pensando también en el trato con la familia y así.

E15. Sí, ya que se enfoca a acompañar a éstos pacientes en sus últimos momentos.

E16. Sí, porque te hace sentir empatía por los pacientes.

E17. Sí, ya que permite a la familia y al paciente llevar un duelo sin tantas dificultades que permitirá una mejor relación en la familia del paciente.

- E18. Sí, para poder hacerles compañía durante esta etapa, ayudarles a entenderla y estar tranquilos.
- E19. Sí, para acompañarlos y dar el tratamiento psicológico adecuado y ser más humanos, debido a que como médicos no tenemos el tacto para dar información.
- E20. Sí, porque les ayudará a tomar con más aceptación la muerte.
- E21. Sí, siempre hay que darles la mejor atención y sobre todo acompañamiento a los pacientes.
- E22. No, no es bueno decirles que no hay esperanza.
- E23. Sí, para aceptar la etapa y no forzar la aceptación.
- E24. Sí, pues es difícil, por las etapas ya mencionadas, que lo asimilen de la mejor manera.
- E25. Sí, ya que son los más necesitados y en ocasiones los más olvidados.
- E26. Sí, ayudarlos a estar más confortables en su duelo.
- E27. Sí, para poder comprender su sufrimiento y tener empatía.
- E28. Sí, para ayudarles en su partida y el aviso a sus familiares.
- E29. Sí, Para conocer el proceso que atravesamos en la muerte.
- E30. Sí, para entenderlos y ayudarlos.
- E31. Sí, puede llevar el proceso de duelo de manera más fácil.
- E32. Sí, para saberlos acompañar y tratar su sentir durante la pérdida.
- E33. Sí, porque debemos enfrentar este tipo de situaciones.
- E34. Sí, primeramente, para saber cómo lidiar con la situación nosotros mismos y también saber dar apoyo a los familiares y al paciente mismo.
- E35. Sí, forma parte del manejo terapéutico que se le puede ofrecer.
- E36. Sí, ellos y sus familiares atraviesan un duelo.
- E37. Sí, para un apoyo y guía mejor a los pacientes, familiares y acompañantes.
- E38. Sí ayudarlos a que sea más pasajero sus últimos momentos.

Pregunta 4. ¿Es necesario profundizar en el tema para saber lidiar con algún conflicto o crisis por parte de los pacientes terminales o sus familiares? ¿Por qué?

E1. Definitivamente, el conocimiento del entorno y la atención multidisciplinaria al binomio paciente-familia es básico.

E2. Dependiendo de la personalidad del paciente, si lo pide o no ya sea físicamente o verbalmente.

E3. Sí, es muy importante ya que se requiere el bienestar del paciente como el familiar durante su estancia hospitalaria.

E4. Si, para poder brindar el apoyo que necesitan los pacientes y familiares.

E5. Sí, porque los ayudará a enfrentar su enfermedad.

E6. Sí, las necesidades afectivas son las que menos se atienden y en muchas ocasiones la muerte se presenta más rápido cuando éstas son resueltas.

E7. Sí, cada paciente tiene un entorno diferente para dar una buena atención es necesario.

E8. Sí porque en mi opinión, el personal de la salud muchas veces tenemos poca o nada de preparación en el tema, a pesar de que a casi diario lidiamos o nos enfrentamos a pacientes terminales.

E9. Sí, ya que nos podemos dar una idea más clara sobre lo que consiste y diferentes opciones.

E10. Sí, ayuda a seleccionar una mejor estrategia para la resolución de conflictos.

E11. Sí, cuando el paciente o el familiar se encuentran en estos procesos, no saber cuál será su actuar.

E12. Sí, porque es la manera de saber manejar mejor la situación.

E13. Sí, tener las bases para poder explicarles por lo que está pasando su familiar de manera que se ayude a ellos a aceptarlo también.

E14. Sí, Porque la muerte de un familiar siempre será muy delicada y como médicos no nos enseñan a lidiar con situaciones así.

E15. Sí, porque los ayudas a superar de mejor manera el duelo.

E16. Sí, porque son momentos en que la familia necesita un apoyo.

- E17. Sí, se necesita profundizar, ya que el paciente debe de recibir una atención integral, la tanatología puede formar parte de los servicios ofrecidos al paciente.
- E18. Sí, nunca se nos enseña qué hacer o cómo hacerlo, pero es muy necesario y por lo general siempre se hace de mala manera.
- E19. Sí, a veces los pacientes suelen responder de manera negativa o agresiva, es necesario saber cómo tratar a cada paciente.
- E20. Sí, porque muchas personas no pueden con una carga tan grande como lo es la muerte, y con esto estarían aunque sea algo preparados.
- E21. Sí, es necesario para poder acompañar a los pacientes y a los familiares en este proceso.
- E22. Misma respuesta anterior.
- E23. Sí, principalmente en el aspecto práctico.
- E24. Sí, porque muchas veces éstos eventos cambian la forma de pensar y de ser de los familiares si no se llevan de manera correcta.
- E25. Sí, como se dice, para que el paciente sepa cómo lidiar.
- E26. Sí, saber cómo ayudarlos.
- E27. Sí, para no entrar en duelos patológicos.
- E28. Sí, porque en la escuela sólo se ve el tema en general, nadie nos enseña a dar malas noticias.
- E29. Sí, para atenderlos y entenderlos mejor.
- E30. Sí, porque es necesario entenderlos para saber cómo tratarlos.
- E31. Sí, muchas de las veces no están preparados y todo es más difícil.
- E32. Sí, para que estén informados y juntos superen su situación.
- E33. Sí, porque debemos enfrentar este tipo de situaciones.
- E34. Sí, nadie nos enseña a lidiar y sobrepasan éstas situaciones, ni cómo ayudar a los demás.
- E35. Sí, a veces es lo único que se puede ofrecer.
- E36. Sí, somos los que comunicamos malas noticias.
- E37. Sí, para saber apoyar de la mejor manera.
- E38. Sí para entenderlo.

Pregunta 5. ¿Es importante ayudar psicológicamente al paciente y a sus familiares al enfrentamiento con la muerte y la pérdida? ¿Por qué?

E1. Muy importante, el manejo de emociones y las herramientas que se aportan hacen más llevaderos los momentos de crisis.

E2. Es necesario hacerles saber que tienen acompañamiento en el momento que ellos lo requieren.

E3. Sí, es muy importante que estén preparados en lo que se les presenta durante esta etapa ya que son momentos muy difíciles los que presentan.

E4. Sí, para ayudar en el proceso y superación de la pérdida.

E5. Sí, porque es esencial contar con el apoyo psicológico.

E6. Sí, se elabora eficientemente el duelo, se permite el desahogo de emociones.

E7. Claro que sí es muy importante un manejo multidisciplinario.

E8. Sí, porque dar una preparación psicológica ayuda a enfrentar de mejor forma el duelo y por ende llegar a una aceptación de forma mejor.

E9. Sí, ayuda a la preparación para los familiares, ayudar con la pérdida.

E10. Sí, parte integral de la atención desde el inicio hasta el final de la vida.

E11. Sí, para poder aprender a vivir con esa pérdida.

E12. Sí, porque no es una situación fácil y lo mejor es buscar la ayuda para poco a poco ir aceptando la situación.

E13. Sí, debemos explicarles que es algo natural por lo que pasamos todos los seres vivos.

E14. Sí, por que como familiares siguen viviendo un duelo el cual solos deben de sobrellevarlo.

E15. Sí, para que no sea tan difícil y lo tomen de la mejor manera.

E16. Sí, ya que la familia se va preparando para el destino final del paciente.

E17. Sí, permite una mayor aceptación del duelo, tanto del paciente como de la familia.

E18. Sí, para ayudarlos a atravesar su duelo de una manera adecuada.

E19. Sí, es el deber del médico dar tratamiento más allá de lo biológico.

E20. Sí, porque es un proceso muy duro y difícil de sobrellevar y con la ayuda de un profesional sería más llevadero.

- E21. Sí, porque es un proceso sumamente complejo y para ayudarlos a superar su duelo de manera más fácil.
- E22. Depende, hay quienes se ofenden o lo ven mal, habría que preguntarles.
- E23. Sí, porque la medicina incluye la salud emocional.
- E24. Sí, para evitar duelos alargados.
- E25. Sí, ya que en ocasiones la noticia los puede impactar de tal manera que afecte su vida diaria.
- E26. Sí, ayudarlos en el proceso para que sea más fácil para el paciente y para ellos.
- E27. Sí, porque así se logrará empatía con el paciente.
- E28. Sí, para una correcta aceptación.
- E29. Sí, porque ellos son los que más sufren con la muerte del paciente.
- E30. Sí, porque todo duelo es difícil de superar y los pacientes y familiares necesitan entender y aceptar lo que les pasa.
- E31. Sí, pueden caer en estado de depresión, lo cual no es conveniente.
- E32. Sí, ayuda a una mejor calidad de muerte y de vida con los familiares.
- E33. Sí, porque siempre se presentan estos casos en las familias.
- E34. Sí, muchas veces después de situaciones así es complicado para muchas personas sobreponerse y continuar con su vida normal y salir adelante.
- E35. Sí, porque hay poco manejo y conocimiento de ello.
- E36. Sí, podemos apoyar en el duelo.
- E37. Sí, de esa manera podrán manejar mejor la condición de su paciente.
- E38. Sí porque conocemos y ayudamos a que pasen por el duelo.

Pregunta 6. ¿Es importante que el paciente se encuentre cómodo y le sean atendidas todas sus necesidades? ¿Por qué?

- E1. Muy importante, además del proceso de enfermedad que tiene el paciente y su familia, hay otras necesidades que si son atendidas impactan en su estado general.
- E2. Es necesario que se respete su derecho a decidir sobre cómo quiere que sea llevado su tratamiento.
- E3. Sí, porque lo que se busca que en esos momentos se encuentren bien y así poder tener una muerte digna.

- E4. Sí, ayudará a disminuir el proceso por el que vive paciente y familia.
- E5. Sí, porque es un derecho.
- E6. Sí y no, sí, porque hay más disposición en la escucha, no, porque se abandona.
- E7. Sí, aunque un paciente se encuentre en un estado terminal se debe dar calidad de vida.
- E8. Sí, imperativo, porque todos, independientemente de la situación clínica, merecemos un trato digno y humano y un paciente al borde de la muerte necesita sentirse lo más cómodo y tranquilo posible.
- E9. Sí, ya que es la última etapa del paciente es justo que se tome sin sufrimiento.
- E10. Sí, es más importante la calidad que la cantidad de vida.
- E11. Sí, para que el paciente y sus familiares se encuentren más tranquilos.
- E12. Sí, yo al menos si es paciente terminal no estarlo molestando y satisfacer sus últimos deseos.
- E13. Sí, porque se trata de ayudarlo a morir bien.
- E14. Sí, porque siempre será primero el paciente y su bienestar.
- E15. Sí, ya que esto favorecerá en su estado de ánimo, etc.
- E16. Sí, por ser éstos sus últimos momentos de vida.
- E17. Sí, que se le dé un tratamiento paliativo que disminuya o reduzca su sufrimiento.
- E18. Sí, para que esté tranquilo ya que no sólo son el dolor o las necesidades médicas, también está el aspecto emocional y si podemos ayudar a los dos, sería muy bien.
- E19. Sí, todos merecemos ser tratados con dignidad, más en las etapas finales de la vida, calidad por cantidad, es lo que debemos cambiar.
- E20. Sí, pues es su último tiempo de vida y mientras más cómodo sea mucho mejor.
- E21. Sí, son sus últimos momentos de vida y al saber que está cómodo aceptan ellos y la familia de mejor manera.
- E22. Sí, defina cómodo y qué necesidades.
- E23. Sí, usualmente es lo único que podemos brindar.
- E24. Sí, para que sea más fácil su aceptación hacia la muerte.
- E25. Sí, son sus últimos días de vida.
- E26. Sí, porque es lo más humanamente posible.
- E27. Sí, serían sus últimos deseos.

- E28. Sí, para que se despidan y arreglen conflictos antes de partir.
- E29. Sí, para que tenga un buen proceso de muerte y menos sufrimientos.
- E30. Sí, pasan por etapas difíciles y deben hacerles más llevadero el duelo.
- E31. Sí, así sus últimos momentos son menos dolorosos.
- E32. Sí, para que sea satisfactorio el tiempo que le queda de vida.
- E33. Sí, para que esté en una zona tranquila.
- E34. Sí, son momentos complicados en los que hay que tratar de ofrecer la mayor calidad y comodidad para el paciente.
- E35. Cómodo sí y lo que necesita sin exceder.
- E36. Sí, porque si está en fase terminal, forma parte de cuidados paliativos.
- E37. Sí, porque de esa manera estará tranquilo y es lo mínimo que podríamos hacer por ellos.
- E38. Sí, sobre todo el dolor.

Pregunta 7. ¿Te gustaría escuchar los problemas y atender al paciente terminal a pesar de las actitudes negativas que pudiera presentar por la situación en la que se encuentra?

- E1. Lo hago en la medida de las condiciones existentes en mi unidad.
- E2. No, considero que sería necesario llevar un proceso terapéutico personal para evitar transferirle los problemas propios.
- E3. Sí.
- E4. Sí.
- E5. Sí.
- E6. Claro que sí, es parte de la elaboración del duelo.
- E7. De ser necesario y dentro de mi área claro que sí.
- E8. Sí, es difícil hacerlo, sin embargo, gran parte de la labor médica se basa no en la prescripción terapéutica, si no en escuchar a los pacientes, muchas veces alivian más las palabras y atención que los mejores fármacos de primera línea.
- E9. Sí.
- E10. Sí, como atención integral.
- E11. Sí.

E12. Sí, anteriormente ya nos habían encargado ir con un paciente terminal, si es difícil pero al menos es con alguien que desahogan sus penas, sus pesares, sus últimos deseos.

E13. Sí.

E14. Sí, porque ellos también se encuentran viviendo un duelo por su enfermedad.

E15. Sí.

E16. En ocasiones es bueno, pero en otras no, ya que también influye en tu vida.

E17. Sí, sería una experiencia nueva para lidiar y aprender cómo poder ese tipo de situaciones.

E18. Sería difícil las primeras veces por qué no lo he hecho, pero si me gustaría hacerlo para ayudarlo en lo que pueda.

E19. Dependiendo de la situación, existen ocasiones en las que los pacientes no desean ayuda médica.

E20. Claro que sí, somos un equipo en salud y en mi parecer eso es parte de nuestra labor.

E21. Sí, pero para eso tengo que prepararme para saber actuar en cada situación.

E22. No, hay que esperar que cambien su actitud, después de todo es parte del duelo.

E23. Sí, porque esas actitudes son parte del duelo.

E24. Sí y no, soy buena escuchando, pero súper mala para dar consejos, aparte soy paciente psiquiátrico y pues no.

E25. Puede que no.

E26. Sí.

E27. Claro, el médico no sólo puede ayudar orgánicamente, sino en otros aspectos.

E28. Sí.

E29. En algunas ocasiones.

E30. No.

E31. Sí.

E32. Sí, es importante acompañar y apoyar.

E33. Sí, para ver que se puede hacer en esos casos y poder mejorar su situación.

E34. Sí, porque es normal que estén así, nadie acepta rápidamente o difícilmente lo hace, es una situación complicada.

E34. Sí.

E35. Sí.

E36. Sí, por difícil que sea, pero sí.

E37. Sí, porque no es culpable de su muerte inminente.

E38. Sí.

Pregunta 8. ¿Es importante que los profesionales de la salud en contacto con el paciente terminal tengan conocimientos en tanatología así como sobre asuntos legales y religiosos para la atención especializada con el paciente? ¿Por qué?

E1. Todos los profesionales de la salud estamos obligados a la capacitación y actualización constante sobre el tema.

E2. Sí, todos, aunque no sean profesionales de la salud.

E3. Sí.

E4. Sí, es muy importante.

E5. Sí.

E6. Sí, la información es oro.

E7. Sí, es importante.

E8. Por supuesto, el abordaje del paciente debe ser integral y no sólo orgánico como muchas veces se hace, y atender cada aspecto de la vida del paciente impacta de forma muy favorable en la relación médico-paciente, máxime en pacientes terminales donde el atender todos los ámbitos puede ser muy benéfica, alivia el alma y sanará el mayor de los males.

E9. Sí.

E10. Sí, para tomar acciones adecuadas a cada situación e individualizar pacientes.

E11. Sí.

E12. Sí por que diariamente conviven con pacientes así y necesitan manejar la situación de una manera que no perjudique al paciente y a sus familiares y también me parece que si es necesario que tenga conocimientos religiosos para que eso no influya en las creencias de cada quien.

E13. Sí.

E14. Sí, muy importante.

E15. Sí.

E16. Sí, para la mejor atención al paciente y que el paciente y familia se sientan comprendidos.

E17. Creo que es importante que todos los médicos tengan conocimiento sobre la tanatología y asuntos legales, en cuanto a religiosos tal vez sólo se pediría tolerancia.

E18. Sí, es importante saber por lo menos lo más básico en cuanto a asuntos legales y religiosos para poder orientarlos.

E19. Sí, debemos evitar ser médicos deshumanizados, debemos saber cuándo dejar de hacer el llamado “encarnizamiento terapéutico”.

E20. Sí.

E21. Por supuesto, creo que es fundamental ya que en nuestra práctica son cosas que pasan frecuentemente.

E22. Sí.

E23. Sí.

E24. Sí, porque luego no sabemos qué show o cómo reaccionar.

E25. Sí.

E26. Sí.

E27. Sí, muy importante.

E28. Asuntos legales no.

E29. Sí, la mayoría de las veces.

E30. Sí.

E31. Sí.

E32. Sí, muy necesario.

E33. Sí, para saber cómo actuar en éstas situaciones.

E34. Sí, sería una atención integral.

E35. Sí.

E36. Sí.

E37. Sí claro, la ideología religiosa y apoyo legal podría ser de gran ayuda.

E38. Sí, para que ayuden a pasar el duelo.

Pregunta 9. ¿Cuál es tu opinión acerca d ellos cuidados paliativos? ¿Por qué?

E1. Son un derecho para pacientes terminales en México con los que es posible la transición a la muerte de manera digna.

E2. Me parece al igual que tanatología una herramienta de suma importancia para pacientes, familiares y personal de la salud.

E3. Son muy importantes pues con los cuidados paliativos se previenen y alivian el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida a pacientes con una enfermedad grave y que compromete la vida.

E4. No tengo mucho conocimiento acerca del tema.

E5. Que son necesarios.

E6. Son necesarios, en cada unidad hospitalaria debería haber atención especializada.

E7. Necesaria para que los pacientes no sufran.

E8. Bajo circunstancias definidas, adecuadas, necesarias.

E9.- Es una excelente opción para las personas que se encuentran en la última etapa sin sufrir.

E10. Totalmente necesarios para mejorar calidad de vida.

E11. Son muy importantes para los pacientes y familiares, sobre todo para apoyarlos cuando les den un diagnóstico terminal.

E12. Si el paciente ya es terminal y ya los medicamentos no pueden hacerle ninguna ayuda, yo no veo necesidad de mal gastarla, ya al menos controlándole el dolor y que esté en la mejor comodidad.

E13. Son muy necesarios, es una manera de hacer sentir bien a los pacientes en sus últimos momentos.

E14. Me agradan, ayudan emocionalmente al paciente.

E15. Son un tipo de tratamiento oportuno y con gran impacto positivo en el paciente.

E16. Es una importante rama de la medicina que cada vez va cobrando mayor importancia.

E17. Deben ser implementados en la práctica médica actual.

E18. Son muy importantes y necesarios, nadie tiene por qué sufrir los últimos momentos de vida.

- E19. Deben ser implementados, hay pacientes que en estados avanzados merecen ser tratados de forma digna y acompañados de buena manera hasta la muerte.
- E20. Ninguna.
- E21. Que para poder brindarlos hay que prepararse.
- E22. Es decirles que se van a morir, mejor simplemente tratarlos igual.
- E23. Son necesarios y permiten una transición menos ajetreada.
- E24. Pues son necesarios para dar una muerte digna.
- E25. Son importantes para la comodidad del paciente.
- E26. Son necesarios debido a que hacen que el duelo sea más confortable y bueno humanamente.
- E27. Que son muy buenos, de alguna manera llevan al buen morir.
- E28. Son necesarios, pues ayudan a un buen morir sin dolor.
- E29. Son importantes, para que el paciente en sus últimos días esté lo más cómodo posible.
- E30. Es algo muy importante y humano que ayuda a los pacientes.
- E31. Son buenos, ya que hacen que la situación en la que se encuentra el paciente terminal sea más fácil de sobrellevar.
- E32. Son necesarios por que ayudan a una mejor calidad de vida del paciente terminal.
- E33. Son esenciales para la mejora de la calidad de vida, en sus últimos momentos.
- E34. Todos los merecen, tratar de mantener al paciente y ayudarlo desde ése momento o hacer lo mejor posible el tiempo que ocupe.
- E35. Están poco valorados y desestimados.
- E36. Son importantes para los pacientes terminales y tranquilidad de sus familiares.
- E37. Deberían estar más establecidos en nuestros hospitales, pues en su mayoría, se desconocen y son necesarios.
- E38. Son malos en nuestro hospital.

**Pregunta 10. ¿Te gustaría recibir algún diplomado o talleres sobre tanatología?
¿Por qué?**

- E1. Claro, todo el conocimiento adicional impacta en la atención al paciente.
- E2. No, me gustaría llevar un análisis personal previo como herramienta para enfrentar mejor el estar frente al paciente
- E3. Sí.
- E4. Sí, para conocer y poder apoyar a paciente y familiar en su duelo.
- E5. No sé.
- E6. Sí, por el desarrollo personal, el conocimiento nunca viene mal.
- E7. Sí, yo manejo cánceres en mi especialidad.
- E8. Sí, para adquirir las aptitudes para el trato y manejo de situaciones relacionadas.
- E9. No, no me gustaría dedicarme únicamente a la tanatología.
- E10. Sí, mejoraría la relación médico-paciente.
- E11. Sí, para poder tener los conocimientos y apoyar a los pacientes.
- E12. Sí, porque a mí nunca me ha tocado decirle una mala noticia a un paciente y si en algún momento me tocara no encontraría las palabras adecuadas.
- E13. Sí, como personal de salud lidiamos con este tipo de problemas y no estamos capacitados para hacerlo.
- E14. Sí, tal vez en un futuro no muy lejano por que la muerte es diario.
- E15. Sí, para estar preparado para cuando me toque acompañar a los pacientes en fase terminal.
- E16. Sí, ya que es una de las ramas de la medicina que me interesa.
- E17. Sí, para poder lidiar con este tipo de situaciones.
- E18. Sí, porque siento que nos falta mucha información.
- E19. Sí, me gustaría ayudar también en la parte psicológica y no sólo la biológica de los procesos tanatológicos.
- E20. Sí, porque es un tema muy importante por el cual toda persona en algún momento vamos a pasar.
- E21. Sí, como lo mencioné anteriormente es fundamental.
- E22. No, prefiero explorar toda enseñanza de salvar un paciente, a nadie les gusta que los descuiden.

- E23. No, ocupan mucho tiempo y la gran mayoría sólo hablan del sentir pero no dan guía de cómo ayudar.
- E24. Sí, para mejorar la comunicación con éste tipo de pacientes.
- E25. Sí, hay falta de información y capacitación.
- E26. Sí, saber cómo ayudar a los pacientes.
- E27. Sí, aún me falta mucho por conocer en el tema para ayudar.
- E28. Sí, considero que sería de gran ayuda en mi profesión.
- E29. No, no es un tema que me genere tanto interés.
- E30. Sí, para saber cómo ayudarlos.
- E31. Sí, es importante saber cómo reaccionar en situaciones de ese tipo.
- E32. Sí, porque no conozco mucho sobre el tema y quiero aplicarlo a mi práctica.
- E33. Sí, porque siempre nos vamos a encontrar con éstos pacientes.
- E34. Sí, necesario para mi carrera.
- E35. Sí, porque sé poco y siempre he querido aprenderlo.
- E36. Sí.
- E37. Sí, para poder ayudar a mis pacientes y familiares de la mejor manera.
- E38. No, prefiero capacitarme más en medicina.

Pregunta 11. ¿Es importante implementar la materia de tanatología a lo largo de toda la carrera? ¿Por qué?

- E1. Es importante en todas las carreras afines al área de la salud.
- E2. No quiero responder esa pregunta.
- E3. Es muy importante porque para quien estudia un servicio de salud debe estar capacitados y tener sensibilidad al respecto pues si no se ve con una mentalidad fría al momento de informar el fallecimiento y lo den como muy natural no pensando en el sentimiento del familiar.
- E4. Sí
- E5. Sí.
- E6. Creo que sí, la práctica clínica se ha deshumanizado.
- E7. Sí.
- E8. Sí.

- E9. Sí, pero no de una forma más extensa.
- E10. Sí.
- E11. Sí, creo que sería muy importante.
- E12. Sí, a diario convives con personas que se encuentran en situaciones difíciles.
- E13. Sí.
- E14. Sí, no sólo la tanatología, pero igual estaría padre.
- E15. Sí.
- E16. Sí, porque nadie nos prepara para dar malas noticias.
- E17. Sí.
- E18. Sí.
- E19. Sí, debido a que los médicos olvidamos la mayoría de las veces el lado humano de nuestra profesión.
- E20. Pues quizás sí, pero entonces que la sustituyan por otra.
- E21. Sí, tenemos que ser más humanistas.
- E22. No, la tomaríamos de relleno.
- E23. No, ya se estudió dentro de algunas materias.
- E24. Sí.
- E25. Sí.
- E26. Sí.
- E27. Sí.
- E28. Claro que sí, aunque en psicología ya se aborda algo.
- E29. Sí.
- E30. Sí, porque en algún momento de la vida lo vamos a ocupar.
- E31. Sí.
- E32. Sí.
- E33. Sí, es fundamental hablar de tanatología.
- E34. Sí.
- E35. Sí, la llevamos implícita en psicología médica.
- E36. Sí.
- E37. Principalmente en los últimos semestres, que no se pierda la sensibilización hacia nuestros pacientes.

E38. Sí, para que ayudemos a que sea más pasajero su muerte.

Pregunta 12. Para ti ¿Qué es muerte digna?

E1. La ortotanasia es la limitación del esfuerzo terapéutico, es respeto por los principios bioéticos y la voluntad anticipada.

E2. Cuando el paciente decide voluntariamente el lugar, con quién y cómo terminar sus últimos días.

E3. Son los cuidados necesarios que requiere el paciente, así como el bienestar durante la enfermedad y ayudarlo a bien morir.

E4. Es morir sin dolor con apoyo médico, psicológico y por parte de trabajo social.

E5. Es morir en donde tú quieras y con las personas que quieras estén a tu lado, morir sin miedo, sin problemas y con tranquilidad.

E6. Es el derecho de todo ser humano a decidir sobre cómo desea ser asistido médicamente en la transición hacia su muerte.

E7. Una muerte sin dolor.

E8. Evitar dolor y las desavenencias bruscas del mismo, cuando la patología de base se considera no viable con un estilo de vida adecuado o que no mejore su presente.

E9. Terminar sin sufrimiento y en un lugar adecuado.

E10. Mejorar las condiciones del paciente previo a la muerte.

E11. Es respetar las últimas decisiones de la persona, evitar el encarnizamiento terapéutico.

E12. Cuando la persona muere en un sitio tranquilo, alrededor de sus seres queridos, que ya se haya despedido.

E13. Una muerte tranquila, en paz, con los últimos deseos de él/ella cumplidos.

E14. Es cuando alguien que muere lo hace y atraviesa un duelo normal.

E15. Aquella en la que se sufre lo más mínimo o lo menos posible.

E16. Es que el paciente muera de forma satisfecha.

E17. Morir sin dolor y con la menor incomodidad posible.

E18. Morir acompañados de la gente que quieres y sobre todo sin dolor.

E19. Una sin dolor y acompañado de familiares.

E20. Morir sin preocupación y en un lugar debido.

- E21. Es que las personas reciban tranquilamente este proceso natural.
- E22. Como quiera y decida el paciente o familiares.
- E23. Aquella que coincide con las creencias culturales del moribundo.
- E24. Muerte sin dolor y sin preocupaciones.
- E25. En paz, sea tranquila, que se vaya sin haber hecho algo que le gustaría.
- E26. Es la muerte escogida, las condiciones, que el paciente decida.
- E27. La muerte digna es una buena manera de morir, si vives bien, mueres bien.
- E28. Muerte sin dolor, en las mejores condiciones mentales y con cuidados paliativos.
- E29. Morir de la mejor manera y sin ningún daño.
- E30. Que el paciente muera tranquilo y sin dolor.
- E31. Morir sin dolor, cómodo y sin tantas preocupaciones.
- E32. Una muerte sin sufrimiento, sin dolor, y rodeado de personas importantes a la vida del paciente.
- E33. La muerte que espera uno, sin sufrimiento y con los cuidados adecuados que merece todo paciente.
- E34. Estar tranquilo de saber que has vivido correctamente.
- E35. Elegir cómo morir o sin dolor.
- E36. Sin dolor, en condiciones tranquilas y cómodas.
- E37. En condiciones confortables, sin dolor, con la familia.
- E38. Sin dolor, lo último que desee el moribundo.

Pregunta 13. Si el paciente tiene diferentes creencias religiosas a las tuyas ¿Cómo es tu actuar con él o ella?

- E1. Respetar las creencias del paciente y facilitar el acceso a las suyas.
- E2. Igual que si fuera de mi misma religión.
- E3. No actuaría según mi religión sino en las creencias del paciente.
- E4. Neutra (no mencionar religión).
- E5. Imparcial y objetiva.
- E6. Con respeto.
- E7. No hay que juzgar a un paciente por pensar o creer cosas distintas a uno, hay que apoyarlos.

- E8. Respetar sus decisiones.
- E9. Aceptar su decisión y llegar a un acuerdo.
- E10. Tolerancia.
- E11. Respetar las creencias religiosas de cada paciente.
- E12. Dejar que se lleven a cabo sus creencias, cada quién tiene su forma de pensar diferente.
- E13. Según lo que pida el paciente, son sus últimos deseos, debemos cumplirlos.
- E14. Respeto, ante todo, porque al final de cuentas todos somos humanos.
- E15. No tiene por qué afectar, es parte del respeto que se le tiene al paciente.
- E16. Respeto hacia ellas.
- E17. Tolerar y respetar sus creencias.
- E18. Ayudarlo en lo que yo pueda.
- E19. De forma respetuosa, cada quién es libre de sus creencias.
- E20. Trato igualitario, todos somos iguales y una religión no hace la diferencia.
- E21. Igual que todos los pacientes.
- E22. Igual que con todos, eso no define.
- E23. Respetando sus creencias.
- E24. Respetarlos y no juzgar.
- E25. Igual que con los pacientes que tienen creencias iguales.
- E26. Lo más comprensible posible.
- E27. Respetar todas sus creencias y apoyarlo en sus últimos deseos.
- E28. Respetando.
- E29. Respetar sus creencias religiosas.
- E30. Respetar.
- E31. El de ella.
- E32. Hay que aceptar y escuchar, además de apoyar.
- E33. Comprender y respetar la religión.
- E34. Respetarlos, pero difícilmente accedería a algo muy contrario a mi fe.
- E35. Aceptando las de él.
- E36. Respetar sus creencias.
- E37. De respeto y tolerancia.

E38. Actuar como él desee.

Pregunta 14. ¿Cuál es tu concepto sobre la muerte? ¿Por qué?

E1. Es el cierre del ciclo de la vida, es algo natural, una fase de la que se desconoce y no se habla.

E2. El descanso y el paso a algo diferente.

E3. Es el fin de la vida que puede ser por enfermedad, accidente, etc.

E4. Es una etapa en la que creo ya no hay consciencia, sentimiento.

E5. Es un proceso natural, parte de la vida.

E6. Positivo, es un proceso natural.

E7. Es La única cita a la que la mayoría no queremos ir, hasta que es inevitable.

E8. Un aspecto inherente del individuo que requiere aceptación.

E9. Terminación completa de una persona sin continuar en otro lugar.

E10. El mismo de la vida.

E11. Es una etapa de cada ser humano, por la cual todos algún día llegaremos a tener.

E12. Es la pérdida de las funciones vitales.

E13. El cese de la vida, porque un organismo deja de funcionar.

E14. Es cuando dejamos de vivir, ya no existimos y toda nuestra esencia se queda.

E15. Ausencia de vida o cuando las funciones vitales cesan.

E16. Es la ausencia de signos vitales o pérdida de las funciones como la respiración o pulso.

E17. Aún pienso que nos iremos al cielo, todo debe tener un cielo que debe terminar.

E18. El término de ésta vida e la tierra y nuestro paso a otro sitio, no sé si el cielo o algo más, pero hay otro lugar.

E19. Comienzo, marca un ciclo para mí, desde el aspecto religioso es el comienzo de una nueva vida.

E20. El inicio de una nueva vida.

E21. Es una etapa natural de la vida.

E22. Normal.

E23. Cese de la vida orgánica, por médico tengo que aceptar todas las religiones.

E24. Separación del alma y cuerpo, porque es lo que creo.

- E25. Es un proceso natural.
- E26. Es el cese de las funciones vitales que tiene una persona viva.
- E27. Es la culminación de la vida a la que todos tendremos que llegar, de alguna manera se descansa de la vida.
- E28. Algo que nos llegará a todos y es una etapa dolorosa para nuestros familiares y difícil de superar.
- E29. Bueno, porque todos en algún momento necesitamos de ella, aunque algunas veces llega antes de lo indicado.
- E30. La transición de éste mundo a algo mejor.
- E31. Pérdida de la vida.
- E32. Debemos aceptar la muerte y entender que tiene su razón de ser.
- E33. El término de las funciones vitales.
- E34. Separación del alma y cuerpo.
- E35. Un proceso, parte de todo.
- E36. Pérdida de la vida.
- E37. Es una etapa de nuestra vida y un gran honor y desafío a la vez ser acompañante cuando ésta se presente.
- E38. Paso a otro plano por mi religión.

Pregunta 15. ¿Cuál es el procedimiento que se lleva a cabo para notificarle al familiar sobre el fallecimiento del paciente? ¿Cuál es tu opinión al respecto?

- E1. No existe un protocolo adecuado, no se cuenta con un área específica para malas noticias, no se emplea terminología al nivel del familiar en algunos casos, los mandatos legales en materia de cuidados paliativos son letra muerta desafortunadamente.
- E2. Habla el médico con él y le trata de explicar objetivamente lo sucedido y de orientarlo sobre el trámite siguiente.
- E3. Lo desconozco ya que el medico encargado del paciente es quien notifica el fallecimiento del paciente
- E4. No lo maneja trabajo social.
- E5. Lo debe realizar el médico a cargo.
- E6. Se le habla con claridad y se responden las preguntas al familiar.

- E7. Hablar sobre el manejo realizado y enfermedad de fondo.
- E8. El médico con mayor jerarquía da la noticia, no se aborda especial cuidado de familiares, considero es adecuado dar objetividad en la profesión.
- E9. Comentar los problemas que se tenían e intentar simpatizar con ellos.
- E10. Se explica el proceso al familiar más cercano para que éste de la información al resto.
- E11. En la escuela de medicina no nos enseñan a dar este tipo de noticias y el médico se enfrenta constantemente a dar estas malas noticias.
- E12. Decirle que se hizo todo lo posible por salvar a esa persona, pero que lamentablemente falleció, pero siento que la primera vez va a ser muy difícil hacerlo.
- E13. Con calma, respetando su dolor y apoyándolo en lo que requiera.
- E14. En medicina no hay un procedimiento tristemente, entonces depende muy de cada quién.
- E15. Tiene que tener mucho tacto ya que es una noticia muy fuerte y puede causar reacciones intensas en los familiares.
- E16. Preparar cómo le darás noticia, extenderle la mano y decirle que lo siente mucho.
- E17. Debe de ser de manera humana y respetuosa, que cualquier personal que de atención a la salud sea capaz de dar este tipo de notificaciones de la mejor manera posible.
- E18. No sé cuál es el procedimiento, siento que deberían decírnoslo en el curso de inducción al internado.
- E19. Sólo se da la noticia, la mayoría de las ocasiones sin tacto o muy abruptamente, éticamente mal, porque nunca pensamos en el bienestar psicológico y espiritual de los familiares.
- E20. Cómo sucedieron las cosas, lo que se hizo, y hablarles con tacto.
- E21. Aún no lo he realizado.
- E22. Informa y ya.
- E23. Se le pide que nos diga que cree que tiene su paciente, se le informa, se le pregunta qué quiere saber y se le dice qué es lo que prosigue.
- E24. Primero se le dice todo sobre su enfermedad y luego cómo está.
- E25. Hay que informarle lo que sucedió y hacerlo con tacto.

- E26. Decir la verdad, pero con tacto y sensibilidad.
- E27. Hablarle con la verdad y siempre tratar de no ser violento al notificar.
- E28. No sé, nunca me ha tocado ver.
- E29. Hablarles con respeto y con la más delicadeza posible a los familiares.
- E30. Tomar las cosas con calma y no involucrarse.
- E31. Informar sobre la situación de manera clara pero no de forma impactante o grosera.
- E32. Actualmente no se lleva un proceso adecuado, se ha perdido el tacto y la humanidad hacia los pacientes y sus familias.
- E33. No sé, nos deben de enseñar a dar malas noticias, ya que somos nuevos y no sabemos.
- E34. Hay que saber expresar éstas noticias de manera cualitativa, nadie nos enseña a hacerlo.
- E35. No lo sé, se debería apoyar más en eso, a veces no sé, es muy insensible.
- E36. Informarle cómo fue su evolución previa a la muerte, ser empáticos con el familiar.
- E37. Desconozco si existe como tal un procedimiento.
- E38. Es malo porque no nos enseñan a hacerlo.