



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

TESIS

**“APOYO TANATOLÓGICO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
A PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICO-UTERINO DEL
HOSPITAL GENERAL VASCO DE QUIROGA EN MORELIA
MICHOACÁN”.**

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

P.L.E. MARIA JESÚS GUZMÁN ROSALES

**ASESORA
L.E.PSQ. ROSA MARÍA CASILLAS FRANCO
M.E.Y.A.S. MARTHA IZQUIERDO PUENTE**

MORELIA, MICHOACÁN.

SEPTIEMBRE DEL 2007

DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L.E.D. MA DE JESÚS RUIZ RESÉNDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

INTEGRANTES DEL JURADO.

PRESIDENTE

SINODAL

SINODAL

Contenido

1. Introducción
2. Justificación
3. Planteamiento del problema.
4. Marco Teórico
5. Objetivos.
 - Objetivo general.
 - Objetivos específicos.
6. Metodología.
 - Tipo de estudio.
 - Población, lugar y tiempo.
 - Tipo y tamaño de la muestra.
 - Criterios de inclusión.
 - Criterios de exclusión.
 - Criterios de eliminación
7. Plan de análisis de los resultados.
8. Resultados
9. Conclusiones
10. –Glosario
- 11.-Bibliografía

DEDICATORIAS

A DIOS: Le agradezco el darme una familia que ha sabido apoyarme cuando más los he necesitado y por permitirme llegar a este momento importante de mi vida.

A MI ESPOSO Y A MIS HIJOS

Porque siempre me alentaron a seguir adelante cuando en el camino flaqueaba. Por su cariño, amor y comprensión.

A MIS PAPÁS Y HERMANOS

Por su apoyo, amor y entrega, ustedes fueron mi guía durante mi vida, me brindaron lo necesario para mi educación. GRACIAS

A MIS ASESORAS:

MARTHA IZQUIERDO PUENTE Y ROSA MARÍA CASILLAS FRANCO

Por su valiosa asesoría y colaboración en la realización de la presente investigación y porque desinteresadamente me brindaron su apoyo y el tiempo requerido, así como su inestimable aportación de sus valiosas sugerencias y consejos y sobre todo su interés para cumplir satisfactoriamente con esta meta.

A MIS FAMILIARES, AMIGOS Y COMPAÑERAS

Que siempre estuvieron conmigo y me brindaron amistad y apoyo.

UN AGRADECIMIENTO A MIS HIJOS ALEXIA, KENNY Y BLENDA

Por el apoyo que me brindaron durante la realización de la licenciatura y el desarrollo de la tesis gracias.

I. INTRODUCCIÓN

La tanatología es una disciplina relativamente nueva, que aproximadamente a partir de 1985, se inician los primeros seminarios interdisciplinarios con el fin de analizar y ampliar la comprensión de los procesos psicológicos y espirituales, que se presentan en los seres humanos ante una pérdida dolorosa como sería su propia muerte.

El objetivo primordial de la tanatología es ayudar al ser humano a morir con dignidad, en paz, con la plena aceptación, así como, ayudar a los familiares a que se preparen para la pérdida de un ser querido, ayudar a los que sufren por la muerte, así como también a que elaboren su proceso de duelo en el menor tiempo posible y atenuar la intensidad del dolor.

La tanatología posee un aspecto amplio que abarca no solo al moribundo sino al sobreviviente y a cualquier persona que vive un trabajo de duelo ocasionado por una gran pérdida. Durante el transcurso de la vida el ser humano experimenta una gran variedad de pérdidas. La pérdida inicial es el propio nacimiento y de ahí se continúa con la pérdida por el crecimiento, la pérdida de la propia cultura, pérdida de los bienes materiales, pérdida de los lazos afectivos, pérdida de la identidad, pérdida de los bienes humanos y espirituales, pérdida de la salud, pérdida de lo que no se ha tenido nunca y la última pérdida, la muerte.

El duelo es un proceso humano que se caracteriza por ser inevitable, conlleva un sufrimiento y es portador de crecimiento que se inicia con la separación y pasa por diferentes etapas.

La tanatología concibe al paciente más que como un enfermo, como una unidad biológica, psicológica, social y sin lugar a dudas espiritual

Como disciplina la tanatología es un área interdisciplinaria, ya que existe un gran campo de acción, ya sea dentro de la atención hospitalaria y /o domiciliaria; y ante un paciente que ha perdido su salud o se encuentra enfrentando una enfermedad terminal es la enfermera, el médico, el psicólogo, el sacerdote, la trabajadora social, etc., los que trabajarán en equipo para realizar la consejería, asesoría u orientación al paciente y familiares.

El Tanatólogo es un especialista que ayuda a aliviar el dolor y la desesperanza que ocasiona la inminente muerte. El proceso de muerte que experimenta es totalmente individual. El trabajo final del Tanatólogo es ayudar al enfermo terminal y a los familiares a tener una mejor calidad de vida y a prepararlos para una muerte con plena dignidad, total aceptación y paz.

Como parte de la vida el ser humano tiene que enfrentar el único hecho universal y cierto de este proceso que es “la muerte”.

Es importante mencionar que no existe una normatividad o reglamentación hospitalaria dentro de las instituciones de salud en México, que incluya dentro de sus profesiogramas el que exista un Tanatólogo lo cual tendrá que tomarse en consideración por parte del personal directivo de dichos hospitales ya que en nuestro país las enfermedades cardiovasculares, neoplásicas y degenerativas son las que ocupan los primeros lugares de mortalidad y morbilidad.

Cáncer para gran parte de la población es sinónimo de muerte; recibir un diagnóstico de cáncer para ellos puede equivaler a un cambio total de vida en todos los aspectos. El cáncer cervicouterino puede interpretarse en muerte o como pérdida de la feminidad, de la capacidad de ser madre, puede traducirse en un cambio de personalidad con la que la paciente enfrentará de una u otra manera su vida futura o su muerte.

En este cambio de personalidad la paciente puede presentar una gran gama de emociones como: depresión, tristeza, llanto, ira, enojo, esperanza o desesperanza

entre otras tantas, estas emociones las enfrentan a situaciones en que en mayor o menor medida pierden autonomía para continuar con su vida a plenitud.

De acuerdo a lo anterior, las pacientes con cáncer cervicouterino responden de diferente manera al diagnóstico; hay aquellas que caen en desesperanza y solo quieren esperar el desenlace fatal, hay quienes por el contrario buscan la curación y depositan su esperanza en la ciencia o en Dios, o se manifiestan con enojo (¿por qué a mí?, ¿Qué pecado cometí? ¿Qué culpas estoy pagando?), en fin que no nos alcanzaría el presente para describir la gran cantidad de emociones pero cualesquiera que sea la reacción, lo que en la gran mayoría de las pacientes se presenta es la pérdida de la autonomía en algún aspecto de su vida: física, mental, social, espiritual, emocional, por lo que se ven dependientes de alguien (médico, enfermera, familiar, amigos, sacerdote, etc.) o algo (medicamento, dinero, espacios cerrados y privados, etc.), para poder sentirse con esperanza de vida, incluso hay quienes buscan la compasión y practican la autocompasión.

Todo lo anterior es por la percepción que tienen de la enfermedad, percepción que es necesario cambiar dándoles a conocer la patología como tal, pero sobre todo y a través de ayuda tanatológica, ayudarles a reconocerse como personas y seres humanos capaces de continuar sus vidas con plenitud y enfrentar los duelos ante la pérdida que es la salud.

II. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha incrementado el número de pacientes con cáncer cérvico uterino que acuden al hospital General Vasco de Quiroga de Morelia para su atención, sin embargo la vida de las pacientes se trastorna ocasionándole pérdidas importantes en el aspecto personal, familiar, social y laboral

En la mayoría de los casos la paciente no acepta el diagnóstico, lo cual trae como consecuencia la negación al tratamiento medico, por temor a lo que pueda pasar, perdiendo la oportunidad de recibir un tratamiento a tiempo y el beneficio de tener una mejor calidad de vida.

Una vez superada la negación las pacientes con cáncer cérvico uterino normalmente aceptan la quimioterapia, radioterapia y braquiterapia, se hace en forma de emergencia ya que la mayoría de estas pacientes se detectan en etapa avanzada ocasionándole a la paciente la pérdida de la autonomía dependiendo de otra persona y con la posibilidad cercana de perdida de la vida lo que se refleja en la usuaria como una gama de sentimientos como angustia, tristeza y miedo a la muerte.

El profesional de enfermería tiene como objetivo atender las necesidades de estas pacientes con cáncer cérvico uterino de una manera más especial por lo cual deben aplicar conocimientos tanatológicos para brindarle la ayuda que ellas requieren o sus familiares.

La presente investigación esta encaminada a conocer el apoyo tanatológico que brinda el personal de enfermería del Hospital General Vasco de Quiroga en Morelia a las pacientes con cáncer cérvico uterino y la importancia que tiene para ellas este apoyo tanatológico en lo relativo a los cuidados al final de la vida, el abordaje del duelo y el ofrecer cuidados a quienes mueren (paciente, familiares y amigos); ya que

un gran porcentaje de la población derechohabiente cursa con enfermedad crónica y/o terminal requiriendo de los servicios de la práctica tanatológica.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual será el apoyo tanatológico que el personal de enfermería brinda a las pacientes con cáncer cérvico-uterino del Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia Michoacán?

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Analizar el apoyo tanatológico que brinda el personal de enfermería a las pacientes con cáncer cérvico uterino del Hospital general Vasco de Quiroga de Morelia Michoacán.

ESPECÍFICOS:

Determinar el apoyo tanatológico que brinda el personal de enfermería a las pacientes con cáncer cérvico uterino del Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia Michoacán.

Conocer la importancia que tiene el acompañamiento de enfermería durante la enfermedad de las pacientes con cáncer cérvico uterino del Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia Michoacán

Identificar las ventajas que tiene los pacientes a quienes se les otorga la consejería tanatológica

Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre aspectos tanatológicos

V. MARCO TEORICO

CÁNCER CERVICOUTERINO

El cáncer cervicouterino, es una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento).

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). La prueba de Papanicolaou generalmente encuentra estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.

Ya que en general no hay síntomas asociados con el cáncer cervicouterino, el médico debe hacer una serie de pruebas para buscar el cáncer. La primera prueba es la de Papanicolaou, que se lleva a cabo usando un pedazo de algodón, un cepillo o una espátula de madera pequeña para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células. La paciente puede sentir algo de presión, pero generalmente no se siente dolor.

Si se encuentran células anormales, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido (este procedimiento se conoce con el nombre de biopsia) del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para ver si hay células cancerosas. Para efectuar

una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en el consultorio médico. Si para hacer la biopsia el médico necesita extraer una muestra mayor en forma de cono (conización), la paciente quizás tenga que ir al hospital.

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y la selección del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el cáncer (si se encuentra en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general de la paciente.

Etapas del cáncer cervicouterino

Una vez detectado y diagnosticado el cáncer cervicouterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfermedad para planear el tratamiento adecuado.

Las siguientes etapas son las que se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino:

Etapa 0: o carcinoma in situ:

El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Etapa I:

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores; a su vez se subdivide en:

Etapa IA: una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino.

Etapa IB: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.

Etapa II:

El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica y también se subdivide en:

Etapa IIA: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

Etapa IIB: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Etapa III:

El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

Etapa IV:

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo y se subdivide en:

Etapa IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino)

Etapa IVB: el cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones.

Cáncer Recurrente:

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha reaparecido después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.

Aspectos generales de las opciones de tratamiento. Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer cervicouterino. Se emplean tres clases de tratamiento:

- Cirugía (extracción del cáncer en una operación).
- Radioterapia (uso de rayos X de alta energía u otros rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas).
- Quimioterapia (uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas).

El médico puede emplear uno de varios tipos de cirugía disponibles para el carcinoma in situ con el fin de destruir el tejido canceroso:

La criocirugía consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.

La cirugía con rayo láser consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

El médico puede extraer el cáncer empleando una de las siguientes operaciones:

La conización: consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para hacer una biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer incipiente del cuello uterino.

Otra opción es que el médico realice un procedimiento de excisión electro quirúrgico (LEEP, siglas en inglés) para extraer el tejido anormal.

El LEEP emplea una corriente eléctrica pasada por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla.

También puede usarse un rayo láser como cuchilla para extraer el tejido.

La histerectomía es una operación en la cual se extraen el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extraen el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extraen los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de fríjol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.)

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área

donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas; estos pueden tomarse en forma de píldoras o se pueden depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

Tratamiento por etapa:

Los tratamientos para el cáncer cervicouterino dependen de la etapa en que se encuentra la enfermedad, del tamaño del tumor, y de la edad de la paciente, su estado de salud general y su deseo de tener hijos.

El tratamiento del cáncer del cuello uterino puede ser postergado durante el embarazo dependiendo de la etapa en que se encuentre el cáncer y el progreso del embarazo.

Se puede recibir tratamientos estándares, cuya eficacia ya ha sido probada en pacientes que participaron en pruebas anteriores o se puede optar por participar en un ensayo clínico. No todas las pacientes se curan con la terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios de los deseados. Por estas razones, los ensayos clínicos están diseñados para encontrar mejores maneras de tratar a las pacientes con cáncer y se basan en la información más actualizada.

Cáncer cervicouterino - etapa 0:

El cáncer cervicouterino en etapa 0 también se conoce como carcinoma in situ.

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de excisión electroquirúrgica (LEEP).
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, el cuello uterino y el útero (histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

Cáncer cervicouterino - etapa I:

El tratamiento puede ser en uno de los siguientes, dependiendo de la profundidad a la cual las células del tumor hayan invadido el tejido normal:

Para el cáncer en etapa IA:

1. Cirugía para extirpar el cáncer, el útero y el cuello uterino (histerectomía abdominal total). Los ovarios también pueden extraerse (salpingooforectomía bilateral), pero generalmente no se extraen en mujeres jóvenes.
2. Conización.
3. Para tumores con invasión más profunda (3-5 milímetros): cirugía para extraer el cáncer, el útero y el cuello uterino y parte de la vagina (histerectomía radical) junto con los ganglios linfáticos en la región pélvica (disección de ganglios linfáticos).
4. Radioterapia interna.

Para el cáncer en etapa IB:

1. Radioterapia interna y externa.

2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

Cáncer cervicouterino - etapa II:

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IIA:

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IIB:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Cáncer cervicouterino - etapa III:

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Cáncer cérvico uterino - etapa IV:

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IVA:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IVB:

1. Radioterapia para aliviar síntomas causados por el cáncer.
2. Quimioterapia.

Cáncer cervicouterino etapa V:

Si el cáncer ha vuelto (reaparecido) en la pelvis, el tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia combinada con quimioterapia.
2. Quimioterapia para aliviar los síntomas ocasionados por el cáncer.
3. Si el cáncer ha regresado fuera de la pelvis, el paciente puede decidir ingresar a un ensayo clínico de quimioterapia sistémica.

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y la selección del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el cáncer (si se encuentra en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general de la paciente.

De acuerdo con la edición del año 2000 del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, en México existen 20 mil 8 nuevos casos de cáncer cérvico-uterino; de estos, 11 mil 189 son invasores y los restantes, ocho mil 819, corresponden a los denominados "in situ" o tempranos, siendo los principales obstáculos para la detección oportuna de este mal, la falta de presupuesto para campañas de prevención así como la idiosincrasia de hombres y mujeres que por prejuicios y pudor rechazan la prueba del papanicolau.

Lo anterior fue informado por el doctor Carlos López Graniel, jefe del Departamento de Postgrado del Instituto Nacional de Cancerología, quien señaló que el cáncer cérvico-uterino ocupa el quinto lugar en frecuencia entre las neoplasias de todo el mundo.

Explicó que cada año, ocurren cerca de 465 mil nuevos casos de cáncer de cervix y 200 mil muertes por esta enfermedad a nivel mundial, mientras que en México, este cáncer maligno ocasionó 21 mil 554 defunciones entre 1990 y 1994.

El doctor explicó que a pesar del registro dado a conocer por la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología, la Asociación Mexicana de Patólogos, -entre otros organismos-, se debe considerar un sobré registro, dada la infinidad de casos que no son reportados tanto por instituciones públicas como privadas de todo el país.

Observó que los casos de mujeres con cáncer cérvico-uterino no están disminuyendo, lo que ocurre es que a través de las campañas preventivas, se están detectando mayor número de casos en etapas tempranas.

Hasta el momento existen más de 20 clínicas de displasia en todo el país y se cuenta con 20 centros oncológicos, que según el especialista, resultan insuficientes dada la creciente demanda.

En 1998 la Norma Oficial Mexicana -que regula los servicios en instituciones públicas y privadas- reglamentó que todas las mujeres a partir del inicio de su vida sexual deben realizarse la prueba del papanicolau.

Las mujeres que son consideradas como de alto riesgo son aquellas que iniciaron su vida sexual de manera temprana, quienes han tenido múltiples parejas sexuales, tienen el hábito de tabaquismo e infecciones vaginales repetitivas así como aquellas que tienen pobres hábitos higiénicos y dietéticos o a quienes se les ha detectado la presencia del virus del papiloma humano.

Las mujeres en el grupo de alto riesgo deben hacerse esta prueba cada año y las que no lo son, después de dos pruebas negativas con diferencia de un año, pueden efectuársela cada dos años.

No obstante el doctor López recomendó a todas las mujeres practicarse la prueba del papanicolau cada año y quienes se consideran de alto riesgo, someterse además a otros estudios, como la colposcopia.

El pico máximo de presentación de este tipo de cáncer es alrededor de los 43 años de edad, sin embargo la población de mujeres que requiere someterse a estudios preventivos fluctúa entre los 20 a 30 años de edad, tomando en cuenta los años en que tarda en desarrollarse la enfermedad.

Cada dos horas, aproximadamente, muere una enferma de cáncer cérvico uterino cuando es una enfermedad que no debería existir, apuntó el doctor, quien dijo que es indispensable contar con más recursos para la prevención, lo que además disminuiría los gastos de hospitalización.

En el estudio “Cáncer cérvico-uterino” de los doctores Carlos López Graniel, Carlos Robles Vidal y la doctora Marcela Lizano de la División de Cirugía e Investigación Básica del Instituto Nacional de Cancerología en México, señalan que la edad promedio de las mujeres mexicanas que presentan esta patología es de 48 años, pero el grupo de mujeres cuyas edades fluctúan entre 35 y 44 años, son las más afectadas.

La mitad de las mujeres con carcinoma “in situ”, tienen menos de 35 años y aseguran los investigadores que la detección oportuna de este padecimiento mediante el uso del Papanicolaou, no ha tenido el impacto deseado hasta el momento. En 1995, la Secretaría de Salud planteó un incremento del 70 por ciento en la cobertura de detección para el 2000.

A su vez, alertan a la comunidad médica sobre la posibilidad de que esté en aumento la incidencia del cáncer cérvico uterino al considerar que lo principal para darle la batalla a este mal, es el esfuerzo realizado para detectar el carcinoma de cervix en etapas premalignas o de invasión temprana.

Con todo lo anterior observamos que al Médico se le educa y entrena para enfrentar a la enfermedad y para conservar la vida pero no se le forma en el manejo de la muerte, que es una circunstancia ineludible para todo ser humano y que es el final previsible de toda persona y una experiencia ineludible para todo el Personal de Salud y para el propio Médico. Por ello, consideramos conveniente hacer una revisión del tema desde un punto de vista técnico dado que prácticamente no existen referencias bibliográficas para el mismo en la literatura internacional. Concluimos con una propuesta de conducta médica al respecto que esperamos implique generar un movimiento de reflexión con respecto al tema.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA TANATOLOGIA.

TANATOLOGIA: Es una disciplina científica que proporciona ayuda al enfermo en estado terminal y a sus familiares.

La tanatología comienza en los años sesenta con la doctora Elizabeth Kubler Ross. Fue considerada como una de las principales tanatologas en el mundo. En 1969 publica su primer libro titulado "La muerte y los moribundos" Además el doctor Alfonso Reyes fue uno considerado como pionero de la tanatología en México, fundo la asociación mexicana de tanatología, el 18 de noviembre de 1998, esta asociación empieza a hacerse presente en hospitales en abril de 1990.

El nombre tanatología proviene de Thanatos, el dios griego de la muerte hijo de la noche. Logos, del griego (PALABRA, RAZON, ESTUDIO, TRATADO, DISCURSO, SENTIDO).

La tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones, las personas se tratan desde el diagnóstico, pronóstico, cuidados paliativos, manejo del dolor, el proceso degenerativo, psicológico, emocional dándole terapias personales, familiares o de grupo.

La tanatología se puede aplicar en aquellos pacientes terminales con enfermedades como el cáncer, sida y con intento suicida, la atención se puede proporcionar en el hospital, domicilio del enfermo y en lugares destinados a pacientes terminales. Un paciente terminal es aquella persona que recibe un diagnóstico que lo enfrenta a su propia muerte y a los diferentes tipos de duelos. EL TANATOLOGO no aumentara los días de vida pero si le ayudara a que los días que le quedan de vida, los viva con plenitud y cuando la enfermedad vaya ganando le dará calidad de vida para cuando llegue el momento de enfrentarse a la muerte el paciente ya habrá hecho conciencia de la trascendencia de su vida eterna. La tanatología cura el sufrimiento de la muerte

y de la desesperanza, se le ayuda a que siga siendo productivo y que se prepare para morir con aceptación, dignidad y totalmente en paz consigo mismo.

La muerte es un trancito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una realización y una promesa, una partida y una llegada, la vida no comienza cuando nacemos y no termina cuando morimos. Solo es pasar un tiempo para madurar y crece un poco.

La muerte es un hecho ineludible, el hombre a tenido que aprender a lo largo de su evolución a plantear este tema desde otros ángulos y perspectivas, el aprender a afrontar la muerte en su doble vertiente de experiencia individual o de doliente en presencia de un allegado. La tanatología comprende muchos campos de acción desde la atención al enfermo moribundo y a su familia hasta la elaboración del proceso de duelo por una perdida significativa. Se hizo creer a todos que la muerte era algo sin importancia, ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnificado y programado de tal manera que fue relegada y se considero insignificante. La muerte es representada con una guadaña, un ánfora y una mariposa.

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

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

“La muerte es solo un paso mas hacia la forma de vida en otro frecuencia y el instante de la muerte es una experiencia única, bella, liberadora que se vive sin temor y sin angustia.” Elizabeth Kubler Ross.

TANATOLOGIA.

Definición:

Es el estudio interdisciplinario de la muerte y el moribundo, especialmente de las medidas que se aplican para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los usuarios en fase terminal; así como la aprensión del sentimiento de culpa y pérdida de sus familiares, cuya finalidad es que todo usuario tenga una vida plena y llegue a su muerte con dignidad y aceptación.

Es la ciencia de la vida, que nos enseña a vivir cada minuto de nuestra existencia y nos muestra que la vida está en manos de la vida; de que podemos trabajar en nuestra calidad de vida pero la cantidad de vida está en manos del Creador.

LA FINALIDAD DE LA TANATOLOGIA ES: Humanizar el proceso muerte y proporcionar al hombre que muere, tenga una muerte digna. El deber de la tanatología consiste en facilitar toda la gama de cuidados paliativos terminales y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar el duelo producido por la muerte.

Para la tanatología el hombre es como un todo bio-psico-socio-espitual, razones por las cuales este tiene por derecho primario y fundamental a morir con dignidad, aceptación y paz.

El enfermo terminal es para el Tanatólogo la persona mas importante del hospital, dependemos de el, es el objetivo de nuestro trabajo; para atender a sus emociones, sentimientos y necesidades.

El enfermo en fase terminal es la persona desahuciada, el moribundo ya que la enfermedad que le aguja, la ciencia médica no ofrece ni la más mínima esperanza de curación.

OBJETIVOS DE LA TANATOLOGIA.

El enfermo terminal.

La familia afligida.

El duelo.

Apoyo al equipo medico.

Intervenir en crisis de suicidio.

En el trabajo con los enfermos la tanatología persigue los siguientes objetivos:

- 1.- incrementar la realidad de la persona.
- 2.-Ayudar a superar dificultades que impiden el reajuste a las perdidas.
- 3.- Identificar emociones como enojo, miedo y tristeza.

La tanatología tiene fines prácticos, principalmente desmitificar la muerte y de aprender a convivir con ella, estos fines también son de gran apoyo para superar las diferentes perdidas.

La vida esta llena de perdidas, muchas pasan inadvertidas, otras dejan grandes huellas que duran toda la vida. Las pequeñas pérdidas nos preparan para afrontar las grandes separaciones, representadas por dos perdidas más grandes significativas: EL NACIMIENTO Y LA MUERTE.

TIPOS DE PÉRDIDAS:

1.- OPORTUNAS.- Son las que se dan a tiempo, cuando los elementos se han deteriorado mas allá de la recuperación, pueden considerarse como un alivio.

2.- INOPORTUNAS. Son repentinas, inesperadas y difíciles de racionalizar en términos de tiempo.

3.- INADMISIBLES.- Son cuando el cuerpo medico o personas que circundan al individuo están renuentes, discapacitados o desprevenidos acerca de la perdida y sus alcances.

4.- ECONOMICAS.

TEMOR A LA MUERTE

Al iniciar este tema, es oportuno destacar que entenderemos por TEMOR A LA MUERTE todas las degradaciones que van desde un nivel de ACEPTACION NATURAL DEL HECHO CON CONFIANZA hasta el HORROR TRAUMÁTICO POR EL FENOMENO MUERTE.

En la actualidad, las Escuelas Psicológicas y Psiquiátricas están vivamente preocupadas por resolver el problema de Salud Mental que implica el temor a la Muerte, sea este conciente o subconsciente, y procuran lograr una perspectiva más racional del fenómeno para cada persona. Lamentablemente, el análisis y una solución eficiente y racional de la Muerte, tienen que ubicarse necesariamente en los aspectos trascendentales del hombre, en el plano espiritual, y en consecuencia, escapa de las posibilidades de la ciencia positiva y materialista.

Ha habido un temor ancestral a la muerte. El hombre tiene la capacidad de asomarse a sus próximos tiempos. Se inquieta por los hechos del futuro en especial si son inevitables y comprometen íntegra y definitivamente su propia persona. Es natural también que se prepare para esos hechos y sus circunstancias.

El hombre de otras culturas y de otros tiempos, en general se preparó para el trascendental cambio de la Muerte, muy en especial cuando midió la Fe, cualquiera que ella haya sido. Cuando internalizó una filosofía también estuvo preparado. La vida de esos hombres no estuvo ensombrecida por la muerte sino que iluminada por una perspectiva compensatoria de sus limitaciones, como una nueva esperanza. La Muerte, definida como un cambio inevitable y siempre oportuno perfiló

productivamente su vida. El hombre de nuestra cultura en su gran mayoría por el contrario, sustenta el Temor a la Muerte, ha sepultado la inquietud y se niega a prepararse, a formularse una hipótesis racional que despeje la incógnita subsistente. En otros casos cree haber adquirido elementos suficientes y eficientes. Pero la Muerte, pone a prueba la Fe, la filosofía y las convicciones que creemos poseer. Sólo una persona que sienta profundamente su Religión o su Filosofía tendrá aceptación frente a la muerte y a veces permanecerá inalterable. Si a pesar de nuestra Religión o nuestra Filosofía nos desconsuela o nos destruye la probabilidad de la Muerte quiere decir que sólo estamos en las puertas de nuestra religión o de nuestra filosofía y tenemos que avanzar por esos caminos.

Siempre nuestras reacciones son diferentes. ¿Qué elementos determinan nuestras reacciones de angustia y desesperanza frente a la muerte de otras personas?

En general la muerte de otras personas cercanas constituye un alerta, un aviso de la probabilidad cada vez mayor de nuestra propia muerte.

En muchos casos nos posee un sentimiento de culpa frente a la muerte de personas de nuestra relación directa. Es posible que no hayamos atendido sus quejas o no nos hayamos preocupado lo suficiente por ayudarlas y pensamos que nuestras acciones u omisiones influyeron de algún modo en el proceso de la muerte.

El remordimiento por el daño que hemos ocasionado a la persona que murió y que ya no podremos reparar. Ya no podremos ser perdonados, nos afecta considerablemente, y nos pone en una situación de dolor y disconformidad.

Pero muy fundamentalmente en la muerte de personas de nuestra relación directa e inmediata obra el EGOCENTRISMO. Nuestros intereses, o aspiraciones se ven afectados en mayor o menor medida. ¿Cuánta falta me va a hacer esta persona? ¿En quién me voy a apoyar ahora? Nos olvidamos de que la muerte es un proceso natural dentro del programa de vida de la otra persona y somos determinados por nuestros particulares intereses. Las lágrimas que derramamos son por nosotros mismos, en la mayor parte de los casos.

En el temor a la propia muerte podemos despejar también varios elementos muy variables y que son determinantes en nuestra actitud, en nuestras reacciones, en el grado de nuestro temor.

Nos asusta lo desconocido. Las distintas hipótesis del más allá que se formulan, nos desconciertan en extremo. La Fe es una forma de dar vigencia de realidad a una posibilidad o hipótesis. El análisis racional también es una forma de adquirir certeza de lo que parece probable. Hay que hacer conocido lo desconocido. Hay que asumir una hipótesis racional respecto a la muerte y al más allá que nos construya desde este momento y darle la mayor vigencia e intensidad.

Nos angustia el temor al probable dolor del paso a la muerte. Sabemos que el dolor es precisamente la resistencia a la muerte. Cuando aceptamos la muerte, el dolor cesa. El dolor no viene con los grandes traumas físicos. Hay un límite para el dolor. En el umbral de la muerte y en su aceptación, el dolor cesa.

La muerte como cambio fundamental. En general, los cambios nos desestabilizan, nos desadaptan. Un cambio nos afecta menos si nos hemos preparado para él y si es nimio, de poca categoría. Pero la Muerte por el contrario, es un cambio fundamental que nos compromete personal e íntegramente para el cual podemos prepararnos, y no lo estamos haciendo. Esta preparación debería constituir adaptación.

La muerte es un cambio que tiene que venir. Cada vez hay más probabilidad de que ocurra para cada uno de nosotros. La certeza y la probabilidad de un cambio son psicológicamente iguales o peor que el cambio mismo. De ahí que en personas de edad avanzada en nuestra época se dé frecuentemente la Neurosis de Angustia o la neurosis depresiva, como reflejo de un trasfondo de temor y desconcierto frente a la muerte.

El apego a lo mundano. Personas sumidas profundamente en el apego a lo mundano, a los bienes materiales, al poder, al dinero, a la fama, experimentan con mucha mayor intensidad el temor a la muerte con todos los efectos perturbadores en el campo de su salud mental, actual.

La muerte es un cambio natural que se debe producir necesariamente en las personas independientemente de la edad y de acuerdo a una programación y a una dinámica superior y muy exacta que no podemos penetrar. El hombre esencial continúa viviendo más allá de la muerte en otra dimensión, en otras posibilidades de conciencia más amplias porque no existe la restricción de la materia. En ese sentido la muerte es una forma de liberación que llega en el exacto momento. La muerte que es el proceso de liberación de la mente y del espíritu desde la materia, nos acerca a Dios, que es nuestro Padre. Todo hombre se salva tarde o temprano y de todas maneras. Dios no es Juez ni verdugo, es el padre que nos ama y nos recibe con amor, hasta allí se prolongan nuestras preocupaciones respecto al más allá. Todo lo que ocurra después de la muerte estará bien y será bueno para nosotros. Y este no es un dogma optimista, nace de una exacta valoración del hombre y de su significado trascendental.

La reacción a una pérdida nos lleva a un duelo.

El duelo es un proceso doloroso, exige ponerse en movimiento al contactar con el vacío que deja lo que ya no está. El proceso del duelo es la manifestación, la exteriorización de los sentimientos de pérdida de algo o alguien significativo. Comienza este proceso en el momento en que se da la pérdida y termina cuando se conquista una nueva integración de sí misma.

Las teorías tradicionales del duelo (por ejemplo, Canine, 1990; Engel, 1964; Kubler-Ross, 1969; Lindemann, 1944) han sido objeto de críticas que sugieren la necesidad de elaborar enfoques con mayor validez ecológica. En primer lugar, estas teorías consideran la muerte o la pérdida como una realidad objetiva, suponiendo que es igual para todos, en cualquier cultura e independientemente de cómo se haya

producido dicha muerte. En consecuencia suponen que existen etapas universales de recuperación, por lo que todo ser humano debería pasar por ellas sin grandes diferencias en dicho proceso. Así, otorgan al doliente un papel pasivo. El mensaje de este tipo de teorías parece ser que, independientemente de lo que uno pueda o esté dispuesto a hacer, pasará irremediabilmente por esas etapas y experimentará los sentimientos consecuentes con aquélla en la que se encuentre. De este modo, tampoco un terapeuta puede hacer gran cosa por su cliente, aparte de acompañarle mientras espera pacientemente a que pase por todas las fases del proceso. Estas perspectivas reducen el poder de acción tanto del cliente como del terapeuta, subestiman el significado personal de la pérdida y las acciones que uno pueda llevar a cabo para superarla, y se centran excesivamente en las reacciones emocionales compartidas.

En segundo lugar, otra crítica que han recibido es que todo proceso de duelo que siga cursos distintos de los prescritos como "normales" es considerado patológico. La consecuencia que esto conlleva es la exigencia de regresar al funcionamiento "normal" cuanto antes.

Por último, desde tales enfoques se dedica muy poca atención a las reacciones de distintas personas ante una misma pérdida; se contempla la aflicción como la experiencia privada de un individuo aislado, sin tener demasiado en cuenta su entorno socio-familiar o sus creencias religiosas, espirituales, filosóficas o trascendentes. La tendencia de estas teorías es la de ver el duelo como una experiencia exclusiva de quien lo sufre.

Las críticas mencionadas hasta este momento se basan en las limitaciones que suponen las teorías tradicionales del duelo tanto para la actuación de los profesionales como para la de las personas que intentan elaborar el duelo o afrontar su propia muerte. Frente a tales teorías, autores de procedencia constructivista han propuesto en los últimos años la elaboración de un modelo alternativo, basado en una visión del duelo como proceso de reconstrucción del significado ante una pérdida

(Botella et al., in press; Neimeyer, 1997; Neimeyer, Keesee, y Fortner, 1997; Neimeyer y Stewart, 1996).

Dicha conceptualización constructivista narrativa asume, en primer lugar, que la pérdida no es algo "objetivo" que distintas personas interpreten y vivan de igual manera, pasando por las mismas etapas y experimentando los sentimientos propios de cada una de ellas. Se basa en un reconocimiento de la visión proactiva del ser humano, partiendo de la asunción de que estamos comprometidos en un proceso de construir activamente nuestra realidad o visión del mundo, en lugar de considerar que existe una verdad "objetiva" que puede ser descubierta reactivamente por el sujeto. Así, la persona deja de jugar un rol pasivo para convertirse en alguien que de forma activa afronta los desafíos que le plantea la pérdida. También se centra en el significado que la pérdida tiene para cada uno, en lugar de hacerlo únicamente en sus reacciones emocionales compartidas.

En consecuencia con su intención despatologizadora, no intenta prescribir lo que se considera como un duelo "normal". Asimismo, considera cómo la pérdida transformará para siempre el mundo personal en lugar de sugerir ilusoriamente una "recuperación" que permita volver a un estado previo. Finalmente, y sin olvidar que el duelo es un proceso idiosincrásico, esta conceptualización incorpora la consideración del contexto social y familiar.

En una situación de duelo es normal que se sienta:

Sensaciones físicas:

Náuseas.- Palpitaciones.- Dolor de cabeza.- Pérdida de apetito.- Insomnio.- Fatiga.-

Temblores.- Opresión en el pecho y garganta.- Hipersensibilidad al ruido.-

Falta de aire y sensación de ahogo.- Debilidad muscular y falta de energía.-

Dificultad para tragar-- Sequedad en la boca.

Pensamientos de tipo:

Incredulidad.- Confusión.- Preocupación.- Ver y oír a la persona fallecida-
Sensación de que puede regresar.

Trastornos de sueño y/o alimentación:

Conductas distraídas.- Aislamiento social.- Soñar con el fallecido.- Buscar o llamar en voz alta al fallecido.- Suspirar.- Hiperactividad.- Llorar.-Dormir poco o en exceso.- Llevar consigo las cosas que nos recuerdan al fallecido, anorexia.

TIPOS DE DUELOS

- **Duelo ausente o retardado:**

Se produce una negación del fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del fallecido, produciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución normal del duelo.

- **Duelo inhibido:**

Se produce una “anestesia emocional”, con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.

- **Duelo prolongado o crónico:**

Con persistencia de la sintomatología depresiva va más allá de los 6 ó 13 meses o más.

- **Duelo no resuelto:**

Permanece el paciente “fijo” en la persona fallecida y las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual.

- **Duelo intensificado.**

Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.

- **Duelo enmascarado:**

Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.

- **Duelo reacciones por aniversario:**

Anormalmente doloroso más allá del primer año, se supone que las

Reacciones de aniversario no deben llevar a un serio recrudecimiento de las

Emociones.

- **Duelo precautorio.**

Es el que elaboramos durante una larga enfermedad donde sabes que la

Muerte del paciente es inminente.

- **Duelo suspendido:**

En este se requiere señalar los procesos de duelo, en los que los familiares y allegados, ante la ausencia de cadáver de un ser querido, o por desconocen su suerte como en el caso de los desaparecidos; inician la elaboración del duelo, el cual no se culmina con la esperanza de que en algún momento aparezca nuevamente con vida. Solo el paso de los años se va convirtiendo en la evidencia de su muerte o al menos en una certeza que no regresará, certeza que nunca será colmada en su totalidad. El doliente vive entre la esperanza y la desesperanza.

- **Duelo Psiquiátrico:**

1. Produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico cumpliendo todos los criterios para serlo.
2. Es muy común que las personalidades de tipo narcisista sufran este tipo grave de duelo por que son particularmente sensibles a la pérdida de sus objetos amados.

Se distinguen varios tipos de duelos:

- **Histórico:**

El duelo se identifica con la persona fallecida presentando el mismo cuadro que motivo el fallecimiento.

- **Obsesivo:**

La ambivalencia emocional a la que normalmente se enfrenta la persona obsesiva crea en ella fuertes sentimientos de culpa, que suelen caer en una depresión grave y prolongada.

- **Melancólico:**

Este cuadro clínico destaca la pérdida de la autoestima y la ideación suicida. La melancolía sería equivalente a un duelo patológico. En este caso el duelo se produce ante una pérdida que puede o no puede ser real, se provoca un estado de ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, auto reproches, auto denigración, insomnio, productividad inhibida, la persona sienta un vacío interno. En el duelo, el objeto amado ya no existe más.

- **Maniático (manía del duelo):**

Se produce un cuadro de excitación psicomotor y humor expansivo que evoluciona posteriormente de un cuadro depresivo.

- **Delirante:**

Todos los trastornos mentales pueden encontrarse como manifestación del duelo patológico, en personas que no habían sufrido ninguna patología psiquiátrica previa. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el sobreviviente debería haber muerto con la persona fallecida. Tiene experiencias alucinatorias complejas y persistentes. (3)

ETAPAS DEL PROCESO DE DUELO:

1.- NEGACION Y AISLAMIENTO. Se trata de un período defensivo que permite amortiguar el impacto inicial y da oportunidad para que otros mecanismos de defensa

de la personalidad salgan a flote. Estos a veces son sanos y apropiados y a veces no lo son.

2.- IRA. Implica un proceso de proyección de sentimientos muy primitivos y de muy difícil manejo para el paciente, para sus familiares y para su Médico: rabia, envidia, resentimiento, etc. Tiene tanto un componente racional como uno irracional. Se debe ser especialmente comprensivo, paciente y prudente en esta etapa.

3.- NEGOCIACION. Es una etapa que se da por accesos, breves pero progresivos hasta que el paciente llega a liberarse de sus temores irracionales, deseos inconcientes de castigo y culpas. Es una etapa en donde el paciente necesita un acompañamiento muy dirigido y profesional.

4.- DEPRESION. Es el estado afectivo que sigue y tiene dos componentes:

- El reactivo: secundario al propio proceso y,
- El anticipatorio: pues recordemos que lo que el paciente tiene enfrente y hacia donde se dirige es hacia su propia muerte.

5.- ACEPTACION. Siempre y cuando haya tenido suficiente tiempo y haya recibido la adecuada ayuda y conducción en las fases anteriores. Cuando se llega a esta etapa habiendo vivido el paciente y el Médico con él su proceso se tiene una de las experiencias más formativas y de mayor templanza humana y espiritual que un Profesional de la Medicina pueda tener.

A partir de esta etapa se debe procurar la ayuda de los familiares que en algún tiempo más deberán empezar a vivir su proceso de duelo.

Neimeyer, Keesee y Fortner (1997) proponen seis supuestos básicos para la elaboración de un modelo conceptual constructivista narrativo del duelo:

1. La muerte, como cualquier acontecimiento, puede validar o invalidar las suposiciones que forman la base sobre la que organizamos nuestra vida, o puede constituir una experiencia nueva para la cual no tenemos construcciones.
2. El duelo es un proceso personal, idiosincrásico, íntimo e inextricablemente unido a nuestro sentido de identidad.
3. El duelo es algo que nosotros mismos hacemos, no algo que se nos hace.
4. El duelo es el acto de afirmar o reconstruir un mundo de significado que ha sido desafiado por la pérdida.
5. En el duelo los sentimientos tienen sus funciones y deben ser entendidos como señales de nuestros esfuerzos por atribuir significado.
6. Todos construimos y reconstruimos nuestra identidad como supervivientes de la pérdida en negociación con los demás.

En consonancia con lo antedicho, la definición de acontecimiento traumático que adoptan Neimeyer y Stewart (1996) es la propuesta por Sewell (1996; Sewell, Cromwell, Farrell-Higgins, Palmer, Ohlde, y Patterson, 1996) que elaboraron un modelo constructivista del trauma a partir del estudio de la forma en que definimos nuestras experiencias. Sewell (1996) considera, al igual que Kelly (1955/1991), que los individuos otorgan significado a los acontecimientos y situaciones en función de sus experiencias previas. Conforme se van experimentando nuevas situaciones, se van creando nuevos constructos que permiten relacionar la nueva situación con las que se han vivido previamente. No obstante, una experiencia traumática (tal como una pérdida significativa) puede bloquear este proceso y provocar que la situación traumática quede aislada y sin procesar. Por este motivo, Sewell (1996) considera como experiencia traumática cualquier acontecimiento o situación que resulte en esta construcción polarizada y fragmentada.

La víctima de un trauma o quien experimenta la pérdida de alguien o algo significativo siente como si su historia personal estuviera "rota" o "incompleta". Experimenta el hecho traumático y la vida después del mismo como "dolorosamente fragmentada y desorganizada" (Neimeyer y Stewart, 1996, p. 362), como si estuviera disociada o hecha añicos (Siegel, 1995; van der Hart y Brown, 1992). Esta ruptura traumática de la coherencia temporal de las narrativas personales, especialmente de la narrativa primaria (definida por Neimeyer y Stewart (1996) como la suma de la experiencia de todos los roles que desempeña una persona) es lo que se expresa como una "incredulidad en el futuro" (Rood, 1997). Este es un efecto frecuente y perturbador para quien lo experimenta. A pesar de que las narrativas son específicas para cada rol, la narrativa primaria o dominante es aquella que "proporciona una única voz que satisface la necesidad de orden y coherencia mediante la coordinación de las actividades de atribución de significado y organización" (Rood, 1997, p.6) y que, por lo tanto, proporciona continuidad temporal a la identidad. La ruptura de esta narrativa primaria como consecuencia de un hecho traumático introduce cambios significativos en la visión acerca de uno mismo y del mundo, a menudo reflejados en la invalidación de estas visiones.

Además, al experimentar la ruptura como una incapacidad de anticipar el porvenir, los posibles sí mismos futuros aparecen como inciertos y amenazantes ("No tengo ni idea de en quién me convertiré" o "Nunca volveré a ser el mismo de antes"). Quien ha sufrido una pérdida significativa en su vida experimenta este miedo a no volver a ser el mismo que era antes expresando que una parte de él o ella murió con la muerte del otro.

Según Rood (1997), esta discontinuidad temporal de la identidad puede ser lo bastante drástica como para que la persona sienta que también ha perdido su identidad pasada ("No soy el mismo de antes") y aborrezca su identidad presente ("No puedo soportar la persona que ahora veo en el espejo"). Así pues, un trauma o una pérdida significativa provocan una distorsión en la trama narrativa, introduciendo

cambios en la visión del pasado, presente y futuro. En la mayoría de casos estos cambios provienen de la invalidación de dichas visiones.

Dado que a medida que se van asumiendo distintos roles se van creando narrativas para que éstos queden entramados (Neimeyer y Stewart, 1996), juntamente con el nuevo sí mismo (el sí mismo traumático) surge también una nueva narrativa--la narrativa del trauma. La creación de este sí mismo traumático y esta narrativa del trauma colocan a la persona en un "mundo traumático". Esta noción de múltiples sí mismos conformando la identidad y sus correspondientes narrativas, se convierte en una poderosa metáfora para la comprensión del trauma y la pérdida.

Neimeyer y Stewart (1996) señalan que quien ha vivido una experiencia traumática desempeña distintos roles como, por ejemplo, el rol de "víctima", "persona herida", "persona que está de luto", "superviviente", etc. según la experiencia vivida. Estos nuevos roles llevan a adoptar una historia de vida en la que uno se considera una víctima, e incluso a participar en aquéllas relaciones con los demás que colaboren a reforzar esta nueva descripción sobre uno mismo como víctima vulnerable (Adams-Wetcott, Dafforn y Sterne, 1993) en contraste con su anterior historia de vida.

Este nuevo sí mismo se convierte en una parte esencial de la persona. Tanto es así, que llega a constreñir los otros posibles sí mismos. Según Klion y Pfenninger (1996) mientras exista este sí mismo en su forma original, los procesos psicológicos disponibles para los sí mismos previos quedan limitados por los procesos psicológicos utilizados en la creación del sí mismo traumático. Es como si este último envolviera a los demás de tal manera que la persona llega a sentir que no es quién era antes. Según Neimeyer y Stewart (1996) la existencia de narrativas tan dispares crea traumas secundarios. Esto se debe a que deben afrontarse los roles que son familiares con narrativas que han quedado constreñidas por la narrativa del trauma, potenciándose, de este modo, el sentimiento de pérdida de los sí mismos pasados.

Hasta ahora hemos visto como tras una pérdida significativa o una experiencia que se vive como traumática, aparece una disonancia en la identidad (Rood, 1997) dada la existencia de una narrativa del sí mismo pre-traumática y otra post-traumática que entran en conflicto. Ante tal situación cabe plantearse cómo tratar al cliente en terapia. Una de las opciones es ayudarlo a integrar la nueva narrativa con la anterior tal y como proponen Neimeyer y Stewart (1996). Otra es la de Rood (1997), que propone que más que defender esta unificación e integración, se debería ayudar al individuo a aceptar la disonancia con el objetivo de reconstruir el sí mismo futuro y la coherencia de la identidad.

Así, Neimeyer y Stewart (1996) consideran que debe encontrarse la manera de unir el sí mismo traumático y su correspondiente narrativa con los sí mismos anteriores y la narrativa primaria que conformaban la historia de vida del individuo previa a la pérdida o experiencia traumática. Estos autores trabajan con sus clientes en un marco desde el que consideran que la terapia debe permitir la integración de estos sí mismos y narrativas en conflicto en el momento presente.

En cambio, la postura de Rood (1997) consiste en utilizar las distintas voces de la identidad pre- y post-traumática en un intento de construir una orientación en el porvenir y un posible sí mismo futuro. Según este autor, al utilizar estas voces que pertenecen a distintos momentos temporales, la restauración de la coherencia puede empezar sin necesidad de integración. Rood (1997) refuerza su argumento utilizando el corolario de fragmentación de Kelly (1955/1991, p. 58) según el cual "una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción inferencialmente incompatibles entre sí" (véase Botella y Feixas, 1998).

MIEDOS DEL ENFERMO:

- ❖ Miedo a la propia muerte.

- ❖ Miedo a nuevos síntomas.
- ❖ Miedo al deterioro progresivo.
- ❖ Miedo a dejar hijos huérfanos.
- ❖ Miedo a no ser atendido.
- ❖ Miedo a la incompetencia medica.
- ❖ Miedo al dolor físico.
- ❖ Miedo a no poder controlar su enfermedad.
- ❖ Miedo a no recuperar nunca su salud.
- ❖ Miedo a vivir sin vivir.
- ❖ Miedo a demostrar sus miedos, su dolor y tristeza.
- ❖ Miedo a no ser lo suficientemente fuerte
- ❖ Miedo a no poder seguir siendo el sostén de su familia.
- ❖ Miedo a no poder compartir los momentos gratos familiares.
- ❖ Miedo a perder su identidad miedo a perder su trabajo.
- ❖ Miedo a no poder decir lo que siente.
- ❖ Miedo a morir sin dignidad.
- ❖ Miedo a no aprovechar el tiempo que le quede.
- ❖ Miedo a perder la paz interior, la fe y la esperanza.
- ❖ Miedo a cansar a sus familiares.
- ❖ Miedo al abandono.
- ❖ Miedo a no poder cubrir los gastos de su atención.
- ❖ Miedo a depender los demás.
- ❖ Miedo a la incomprensión de sus familiares.

En este caso la tanatología es atreverse a sentar a al lado del que sufre, ayudándole a enfrentar sus miedos y acompañarlo a atravesar los estados de agonía. Nos lleva de la mano a lo profundo y real de la espiritualidad ya que cobra su importancia ante la muerte; siendo una herramienta de apoyo para el enfermo y sus familiares.

EL PACIENTE TERMINAL.

Tanatológicamente se llama paciente terminal a toda persona que tiene pleno conocimiento de padecer una enfermedad incurable y que por lo tanto será la causa más probable de su muerte. Es claro que el tiempo entre ese diagnóstico y el momento de la muerte será muy variable y dependiente de muchas situaciones totalmente individuales.

Siempre debe empezar a conducirse a un paciente desde un punto de vista tanatológico con el mayor tiempo posible. Es claro que si se tiene algún tiempo previo para trabajar con él y sus familiares se tendrán mayores posibilidades y eficiencia en la ayuda que si se hace solo hasta el momento de encontrarlo moribundo y a un paso de la muerte. Tal es el beneficio de este concepto tanatológico de paciente terminal.

La ayuda tanatológica en el proceso de morir, cualquiera que sea el momento en el cual se empiece a intervenir, implica desde la participación médica con algún psicofármaco en el caso de ser necesario y estar indicado y por procesos de apoyo emocional, espiritual, religioso, de orientación legal, etc.

Existirá siempre el apoyo del Tanatólogo en aquellos centros en donde exista un servicio estructurado, pero el Médico en general debe conocer que existen etapas bien definidas y estudiadas con respecto al proceso de morir.

DERECHOS DE LOS ENFERMOS TERMINALES

- ❖ Tiene derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de su muerte.
- ❖ Tiene derecho a vivir independiente y alerta.
- ❖ Tiene derecho a expresar sus emociones y sentimientos en todo momento, por lo tanto le permite el manejo de su autonomía.
- ❖ Tiene derecho a tener alivio a sus sufrimientos físicos, emocionales, espirituales y sociales.
- ❖ Tiene derecho a conocer o rehusar todo lo concerniente a su enfermedad, su estado actual, su diagnóstico y su pronóstico.

- ❖ Tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- ❖ Tiene derecho a tener alivio a su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social.
- ❖ Tiene derecho el eje principal de las decisiones que incumban a sus cuidados relacionados con la etapa final de su vida.
- ❖ Tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- ❖ Tiene derecho a no morir solo.
- ❖ Tiene derecho a morir sin dolor.
- ❖ Tiene derecho a morir con dignidad tan comfortable y apaciblemente como sea posible.

En la vida hay dos hechos sumamente relevantes: el nacer y el morir en este ultimo la tanatología ayuda a los familiares y al enfermo terminal a vivir plenamente y prepararse para la muerte respetando sus derechos.

EL PROCESO DE MORIR.

Varios autores han abordado el tema. Los más destacados han sido George Engel y Weissman A., pero por su influencia dentro del ámbito tanatológico, médico y cultural en general, Elizabeth Kübler-Ross es la autora de mayor trascendencia en el tema, por lo que exponemos a continuación su postulación acerca de este proceso. Debe recordarse de que se trata de una experiencia totalmente individual, que involucra muchos procesos psicológicos que pueden dar incluso manifestaciones frecuentes de psicopatología y que debe considerarse como una guía clínica dado que no se trata de etapas que deban seguirse unas a otras en forma rígida. La experiencia del Médico ante el proceso bien conducido y esta información teórica son las guías más importantes para poder comprender el proceso y poder ayudar al paciente y sus familiares.

PROPUESTA DE CONDUCTA ANTE EL PACIENTE MORIBUNDO Y SUS FAMILIARES.

1 Manejo de la información: proporcionarla de acuerdo a la capacidad de entendimiento del paciente y sus familiares. Identificar, si es posible, dentro del grupo familiar a un líder de opinión que sirva de interlocutor y reforzador de la información en los términos de los códigos y costumbres del grupo.

No existe ninguna norma pero si la ética que obligue al médico a decir en forma inmediata toda la información. Se puede hacer en forma gradual pero lo correcto es que el paciente y sus familiares la conozcan por completo eventualmente. Debe incluirse un apartado amplio sobre los aspectos pronósticos en términos de calidad de vida y costo que implican las alternativas terapéuticas que se pueden ofrecer. Aquellas de carácter experimental deben ser claramente explicadas sin promover falsas expectativas.

Es fundamental que en este proceso de comunicación el Médico se fuerce a ser lo más sincero y abierto posible para favorecer que todas aquellas dudas que se tengan le sean preguntadas y resueltas.

1 Se debe procurar en lo posible y con los medios a la mano evitar el dolor y tratar de no afectar el estado de alerta si existe la alternativa.

2 Tratar de evitar, si es posible, el aislamiento del enfermo de su familia.

3 Siempre tratar de evitar el sentimiento de culpabilidad en la familia. Guiarlos para que se convenzan de que están haciendo todo lo posible por su paciente.

4 La prioridad siempre deberá ser mantener la dignidad humana del paciente.

5 Siempre preguntar cuando el tiempo y las circunstancias le permiten si existen indicaciones específicas del paciente con respecto a maniobras de reanimación,

técnicas de soporte vital, donación de órganos, etc. y plasmarlas por escrito con el aval de los familiares y hacerlo del conocimiento de una Autoridad.

6 la enfermera tiene derecho a tener ayuda en lo personal de apoyo profesional, psicológico, espiritual, legal etc. también. Es importante la creación de Comités de Ética y Tanatológicos que puedan auxiliar en tales circunstancias.

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA TANATOLOGIA.

La muerte no es un hecho o un instante; es un proceso que inicia desde el momento de nuestra concepción. Es un misterio inexplorado lleno de incógnitas, temores, oportunidades, angustias, opciones y es inherente a la vida, va de la mano en cada instante en nuestro largo caminar.

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

En 1858 Flórense Nightingale escribió, que nuestro objeto fundamental como enfermeras es “Situación al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe en él”.

Nuestra profesión es: Una ciencia, pero también un arte.

Hay que aceptar la muerte con humildad y humanidad, para pasar del curar al aliviar. Tenemos un compromiso ético con cada uno de nuestros pacientes, el no abandonarlos y acompañarlos aliviando los síntomas adversos durante el trayecto de su enfermedad, respetando su autonomía, permitiéndoles partir rodeado de sus seres queridos en un ambiente cálido y de amor, nosotros en su compañía.

La enfermera debe brindar calidad y calidez a sus pacientes permitiendo satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales como un ser humano que se encuentra en el lecho del dolor.

Virginia Henderson en el año de 1966 dijo:

“Ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación, a proporcionar una muerte apreciable y tranquila que, sin duda, el sujeto llevaría a cabo por sí mismo si dispusiera de las piezas necesarias y de los indispensables conocimientos, desempeñando esta función de tal manera que le ayude, además, a lograr absoluta independencia cuanto antes”.

Yura y Walsh en 1978 conciben la acción de enfermería en el moribundo como una labor enfocada al servicio del hombre como un todo y dice:

“La enfermera brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa. Esta actitud debe provenir del profundo sentido de su quehacer y su madurez, sensibilidad, confianza, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben distinguir para que esta ayuda no aparezca como algo pasivo; por el contrario ser compasivo y misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia”.

La profesión de enfermería no sólo debe basarse a su labor teórica, sino que debe de integrar su profunda experiencia a través del contacto con sus pacientes, lo cual le permitirá madurar, crear y ser cada día más sensitiva para estar atenta ante cualquier situación que se presente en cada momento

Nosotras como enfermeras ante la agonía y la muerte debemos de establecer una relación terapéutica y profesional con un gran sentido de humanidad que nos exige el hecho en primera instancia de ser personas y en segundo lugar el ser enfermeras.

Durante nuestro actuar como profesionales nos vamos dando cuenta que es importante trazarnos objetivos y planear nuestras actividades; por lo que es vital en nuestro quehacer conocer la percepción que el paciente tiene de su situación para poder establecer una relación terapéutica enfermera-paciente, de la cual dependerá en gran parte del concepto que tengamos de nosotras mismas en nuestro papel de enfermera; de nuestras propias concepciones, actitudes ante la vida, salud, muerte y de la capacidad de empatía que tengamos.

Lo primero que hay que hacer para lograr establecer es aceptarnos y conocernos a nosotros mismos.

En 1964 Windeenbach dijo: “Mientras no se logre el conocimiento de sí mismas es muy probable que la enfermera no pueda adquirir el conocimiento, habilidad y actitud que le hará posible convertirse en una influencia terapéutica para el paciente”.

Esta influencia terapéutica no sólo llega al paciente, sino que se hace extensiva a la familia, amigos y equipo de salud; ésta debe de tener un beneficio en común.

OBJETIVO DE LA ENFERMERA TANATOLOGA

Proporcionar asistencia tanatológica oportuna y eficiente al enfermo terminal y su familia, durante su etapa de duelo, a través de la participación activa del equipo multidisciplinario para que atiendan las necesidades emocionales del ser humano que enfrenta su propia muerte o la de un ser querido y la asuman como un proceso humano inevitable pero menos doloroso.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA TANATOLOGA

Definir criterios de calidad de atención tanatológica, con base en estándares, considerando el uso apropiado de los recursos institucionales, humanos, físicos y tecnológicos.

Establecer mecanismos de difusión al personal, para que conozca la organización y funcionamiento que rige a la Clínica de Apoyo Tanatológico.

Proporcionar asistencia tanatológica oportuna y eficiente a través de:

- a) Visitas de asistencia tanatológica a pacientes hospitalizados.
- b) Asistencia Tanatológica a familiares

c) Asistencia Tanatológica a pacientes hospitalizados por medio del voluntariado de la Red de Apoyo Tanatológico

d) Sesiones tanatológicas.

El personal de enfermería adscrito a la Clínica de Apoyo Tanatológico tiene como función primordial:

Proporcionar apoyo tanatológico al paciente hospitalizado o externo, familiares del paciente y personal del equipo de salud que viven un proceso de duelo por una pérdida significativa, a través de técnicas de sensibilización que permitan el desahogo de sensaciones y sentimientos.

Las bases de relación enfermera-paciente son:

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

2. La comunicación con el paciente y su familia para llegar a conocerla y comprenderla.

Un cuidado deficiente deteriora y empeora la calidad de vida en los días que le quedan a nuestros pacientes haciéndolos intolerables en lugar de ser intensos, plenos, llenos de alegría y amor.

Debemos ser muy sensibles a la comunicación verbal y no verbal tanto del paciente como de su familia, con el fin de brindar una máxima ayuda ante la enorme necesidad del momento. Nosotros debemos comprender, conocer y justificar las relaciones emocionales del ser que esta muriendo.

Nuestro principal y primordial objetivo es respetar la autonomía del paciente en su

capacidad de decisión y actuación, en nuestra relación enfermera-paciente.

Bener en 1987 clasificó en 7 campos o áreas de actividad los cuidados de enfermería ante un paciente moribundo:

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

A. Función de ayuda al enfermo

Se puede desglosar en:

1. Relación terapéutica. Se debe de crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermera-paciente; lo cual permite conocer al enfermo como un SER

INTEGRAL.

Tanto la enfermera como el paciente deben tener una idea aceptable de la enfermedad, dolor, miedo, angustia y cualquier emoción intensa o compulsiva; brindando al paciente apoyo: asistencial, social, emocional y espiritual.

2. Lograr la dignidad del ser humano frente al dolor y ante la inminencia de la muerte, proporcionando medidas de alivio enalteciendo las condiciones de vida por corta que ésta pueda ser. El personal de enfermería debe de encontrar el medio para ayudar, apoyar y consolar tanto al paciente como a sus seres queridos.

3. Permanecer al lado del paciente logrando mantener un contacto estrecho, lo que permite expresar sus emociones, aunque no sea necesario pronunciar ni una sola palabra
4. Alertar al paciente en la participación de su propia supervisión del proceso de atención a su enfermedad, cuyo fin es aumentar el dominio del paciente sobre su vida.
5. Interpretar el dolor y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento.
6. Proporcionar alivio y establecer comunicación a través del sentido del tacto; por medio de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo, aportando estímulos de bienestar físico y sobre todo de amor.
7. Facilitar el apoyo moral e informativo a la familia del paciente. Debemos de tener en cuenta las necesidades del paciente, pero también de una manera especial, la familia.
8. Orientar al paciente en el curso de su enfermedad acerca de las fluctuaciones emocionales y orgánicas que irá presentando.
9. Trazar objetivos con fines reales y terapéuticos; los cuales deben ser realistas y accesibles; orientándolos a la mejoría del comportamiento social, condición física, psicológica y espiritual.
10. Crear y mantener un equipo terapéutico en donde se puedan expresar los sentimientos, experiencias y dudas con el fin de sobrellevar la carga emocional que implica el trabajo de ser enfermera.

B. Función docente

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

1. Evaluar la disposición del paciente para recibir explicaciones.
2. Ayudar al paciente para que integre su enfermedad en su diario vivir.
3. Descubrir y entender la interpretación que hace el paciente de su propia enfermedad.
4. Explicar cada uno de los tratamientos y procedimientos que se va a realizar.

C. Función diagnóstica y de supervisión

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

1. Apreciación y documentación de cambios significativos en el estado del paciente,
2. Prevenir las crisis y/o empeoramiento antes de que sea una situación grave.
3. Evitar las complicaciones.
4. Anticipación de las necesidades asistenciales del enfermo.
5. Valoración de las posibilidades de satisfacción del paciente y su capacidad de respuesta a las distintas vías de tratamiento.

D. Acción eficaz de situaciones que cambian radicalmente.

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

E. Administración y supervisión de las intervenciones y tratamientos terapéuticos

Estas actividades pueden ayudar a:

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

F. Supervisión y garantía en cuanto a la calidad de la asistencia

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

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

a).- Establecer y mantener un espíritu de equipo, ser solidarios con nuestro gremio y los demás integrantes del equipo de salud.

b).- Ser solícitas con nuestros pacientes.

c).- Tener una actitud flexible con el enfermo, familia y equipo de salud. Debemos comprender las necesidades de nuestros pacientes, conocer sus capacidades y sus limitaciones. El cuidado de las necesidades físicas, espirituales, psicológicas y sociales de nuestros enfermos que deben ser el núcleo central de nuestra profesión ante el dolor, enfermedad, agonía y muerte. Todo paciente necesita ser considerado como ser humano, requiere de protección contra la rutina y la atención impersonal.

El paciente demanda tiempo que vaya más allá de la atención física, necesita ser

escuchado, acompañado y que sea asistido en el:

1. Control del dolor.
2. Control sintomático por sistema.
3. Soporte emocional.
4. Soporte familiar.
5. Consejería espiritual.
6. Asesoría profesional.

Debemos de agudizar nuestros sentidos para detectar todas y cada una de las necesidades de nuestros pacientes:

- Utilizar sus ojos para ver si se encuentra cómodo o si presenta signos de dolor.
- Observar su boca para ver el estado en que se encuentran las mucosas, dentadura, lengua.
- Observar la piel, ver si hay zonas de presión y el estado de hidratación.
- Observar el rostro; ver la expresión facial, la cual nos puede mostrar sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, cansancio, inviabilidad, indiferencia, miedo, etc.
- Utilizar los oídos para escuchar todo lo que el paciente nos quiera comentar o trate de decirnos, preguntar en cada una de nuestras acciones realizadas si siente mejoría o no.
- Vigilar el sueño del paciente, es importante su descanso.
- Utilizar el olfato para poder percibir olores desagradables; de dónde provienen para evitar infecciones.

Nosotros podemos hacer que el paciente esté en un medio adecuado lleno de calidad, calidez y amor. El tener a la vista objetivos conocidos pueden hacer que el paciente se encuentre más cómodo y seguro, preguntar a él y a la familia qué es lo que lo motiva más; pudiendo ser: imágenes, libros, fotos y objetos significativos; de esta forma se le concede algún control sobre su medio ya que lo ha perdido en otros aspectos de la vida diaria.

Debemos aprender a escuchar, tener tacto y no evadir conversaciones por dolorosas que sean, hay que estar ahí, escuchar al paciente, no debemos preocuparnos por

reconfortar con palabras correctas para consolar a nuestro paciente; sólo necesita la presencia, hay que usar nuestro tacto; ésta es una manera significativa de comunicación. Es vital estimular a la familia para que participe en las conversaciones, pasatiempos y actividades del paciente.

G. Coordinación en la organización del equipo interdisciplinario.

Es de vital importancia para la enfermera mantener relaciones adecuadas con todo el equipo de salud para brindar una atención de calidad a todos nuestros pacientes, manteniendo una buena comunicación con todos y cada uno de ellos.

Para terminar quisiera hacer una reflexión dada por Álvarez en 1991:

“La comunicación con el paciente es posible integrando la palabra y las varias formas del lenguaje no verbal, la mirada, el silencio, el acompañamiento, la escritura, la señales, los recuerdos y la gesticulación, pero quizá el sentido del tacto y la presión son la principal.

Fuente de comunicación. Cuando las palabras son imposibles o escasas; cuando la pena y la aflicción son tan grandes que no se encuentra cómo expresarlas, cuando la misma enfermedad imposibilita el lenguaje físico de la voz, del gesto, de la coordinación; cuando la persona está incomunicada en la fase arcaica del sufrimiento, el tacto cumple su papel humanizante; él requiere cercanía, acortamiento de la distancia, presencia corporal y espiritual; el se convierte en rompedor de silencios, distancias y en el lenguaje de la aflicción.

El contacto físico con el que sufre a través de un apretón cálido de manos, de una palmada cariñosa en el hombro, de una ligera sesión de masajes sencillos, quiere decir aquí estoy para ayudarte”.

En las organizaciones educativas y de salud a nivel mundial se comparte el hecho de que el personal médico y paramédico deben estar formados y capacitados en lo relativo a la vida, la muerte, la incapacidad y la vejez.

IV. HIPÓTESIS

H.a.:

Las pacientes con cáncer cérvico-uterino si reciben atención tanatológica del personal de enfermería en el Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán

H.o:

Las pacientes con cáncer cérvico-uterino no reciben atención tanatológica del personal de enfermería en el Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán

VARIABLES

- 1) Edad
- 2) Religión
- 3) Escolaridad
- 4) Tipos de pérdidas
- 5) Miedo al tratamiento
- 6) Miedo a la muerte
- 7) Miedo a la vida
- 8) Conocimiento de su enfermedad
- 9) Problemática familiar
- 10) Dinámica familiar

METODOLOGIA

DISEÑO DEL ESTUDIO:

La investigación que se realizó es: un estudio transversal, observacional y descriptivo.

El universo de trabajo es el Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán.

La muestra estuvo integrada por 30 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino que acudieron para su tratamiento al Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino el Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán, que acudieron a tratamiento los meses de mayo, junio, julio* y que recibieron apoyo tanatológico del personal de enfermería

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas las mujeres sin diagnóstico de cáncer cérvico uterino del Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán, que acudieron a tratamiento los meses de mayo, junio, julio* y que recibieron apoyo tanatológico del personal de enfermería.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Todas las mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino del Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán, que acudieron a tratamiento los meses de mayo, junio, julio* y que recibieron apoyo tanatológico del personal de enfermería pero que no quisieron participar en el estudio.

Los cuestionarios incompletos

La metodología fue de la siguiente manera: acudimos a solicitar la autorización del Dr. Carlos Vinicio Herrera Álvarez director médico del Hospital General Vasco de Quiroga en la CD. De Morelia, Michoacán, para trabajar con las pacientes diagnosticadas y en tratamiento oncológico de cáncer cervicouterino.

Con el permiso referido, nos presentamos los días hábiles, de los meses de mayo, junio, julio con las pacientes en las instalaciones del mismo nosocomio a la salida de sus sesiones de tratamiento. Se llevaron a cabo mediante sesiones, las pláticas de autoestima, derechos de un paciente Terminal, pérdidas y duelo, haciendo hincapié en las etapas de Elizabeth Kubler Röss, como inicio de las actividades se sensibilizó a las pacientes y después se llevaron a cabo las dinámicas de integración, relajación, aceptación y motivación de autoestima.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

De cada tres pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" una tiene conocimientos tanatológicos.

En identificar tipo de ayuda de cada tres pacientes una pide ayuda religiosa, otra ayuda tanatológica y otra ayuda familiar y psicológica

De cada cinco pacientes una siente que la enfermera la acompañó en el proceso de su enfermedad.

De cada cuatro pacientes una refiere que la enfermera estuvo pendiente sobre las necesidades de ella. Entre ellas el que le informara sobre los sentimientos que percibía como enojo y tristeza

De cada tres pacientes atendidas una de ellas comentó que la enfermera le informó a sus familiares sobre lo que siente, piensa y necesita.

De cada diez pacientes una recibió información sobre la necesidad de hablar con su familia para dejar arreglados los asuntos primordiales familiares

De cada diez enfermas que fueron atendidas por la enfermera en los aspectos físicos, psicológicos y espirituales.

De cada cuatro pacientes una recibió ayuda de enfermería para la familia durante la enfermedad, otra paciente informa que algunas veces se le proporciono ayuda a la familia y dos dijeron que su familia no recibió ayuda

De cada tres pacientes una recibió consejería tanatológica.

De cada tres pacientes dos informan que la enfermera si se comunica con ellas y una refiere que algunas veces.

De cada tres pacientes dos sintieron que con el apoyo tanatológico que recibieron les quedo claro sobre la expectativa de su enfermedad.

De cada dos pacientes dos consideran que la enfermera es sensible al dolor ajeno.

De cada cinco pacientes una refiere que la enfermera le a informado y aclarado sus dudas en cuanto a su tratamiento y estado físico para aceptar la enfermedad.

De cada cuatro enfermeras tres han respetado el proceso de comportamiento de las pacientes durante su tratamiento, tres consideran que la ayuda tanatológica les a sido de utilidad para reducir su estancia hospitalaria.

De cada cinco pacientes cuatro consideran de importancia el apoyo tanatológico que brinda el personal de enfermería.

HIPOTESIS VALIDADA

Numero 23 Chi cuadrada = a 13.333 con una significancia de .000.

Correlación de pe arzón = a .767 con una significancia de .000.

La importancia del apoyo tanatológico con la percepción de lo que sintió la enferma.

RESULTADOS

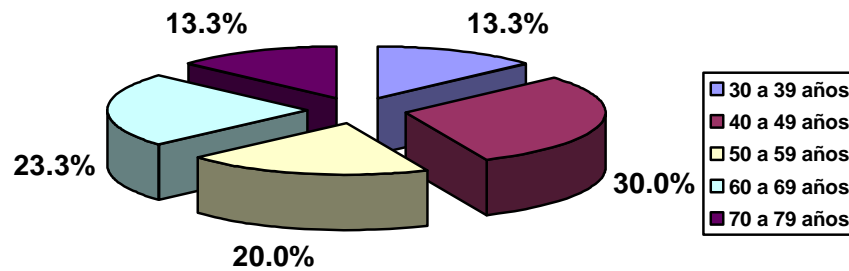
CUADRO No 1

EDAD DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO APOYO TANATOLOGÍCO QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA BRINDA A LAS PACIENTES CON CÁNCER CERVICO UTERINO DEL HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA" EN MORELIA. AGOSTO DEL 2007

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30 a 39 años	4	13.3%
40 a 49 años	9	30.0%
50 a 59 años	6	20.0%
60 a 69 años	7	23.3%
70 a 79 años	4	13.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 1



Fuente: Cuadro No 1

Interpretación: De acuerdo a la edad, el 13.3% (4) de las pacientes con cáncer que participaron en el estudio pertenecen al grupo de 30 a 39 años, el 30.0% (9) al de 40 a 49 años, el 20.0% (6) al grupo de 50 a 59 años, el 23.3% (7) al de 60 a 69 años y el 13.3% (4) al de 70 a 79 años.

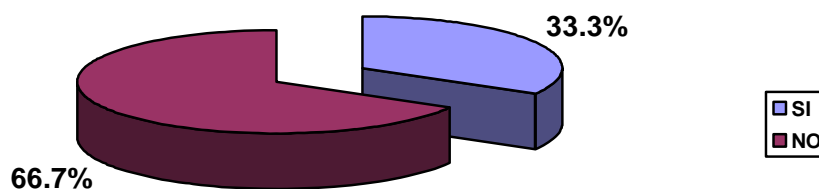
CUADRO No 2

CONOCIMIENTOS TANATOLÓGICOS DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA" EN MORELIA. AGOSTO DEL 2007

CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	33.3%
NO	20	66.7%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 2



Fuente: Cuadro No 2

Interpretación: Respecto a los conocimientos tanatológicos que tienen las pacientes con cáncer del Hospital General Vasco de Quiroga, el 33.3% (10) si sabe que estudia la tanatología, el 66.7% (20) no sabe

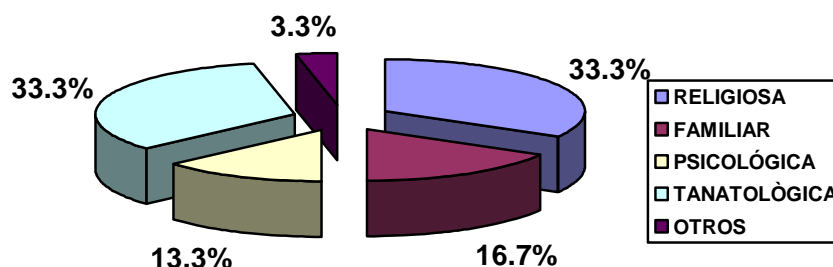
CUADRO No 3

TIPO DE AYUDA QUE DESEAN LAS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL
"VASCO DE QUIROGA" EN MORELIA. AGOSTO DEL 2007

TIPO DE AYUDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RELIGIOSA	10	33.3%
FAMILIAR	5	16.7%
PSICOLÓGICA	4	13.3%
TANATOLÒGICA	10	33.3%
OTROS	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 3



Fuente: Cuadro No 3

Interpretación: En cuanto al tipo de ayuda que desean las pacientes con Cáncer del Hospital General Vasco de Quiroga, el 33.3% (10) desea apoyo religioso, el 16.7% (5) apoyo familiar, un 13.3% apoyo psicológico (4), el 33.3% (10) tanatológico y un 3.3% (1) otro tipo de apoyo

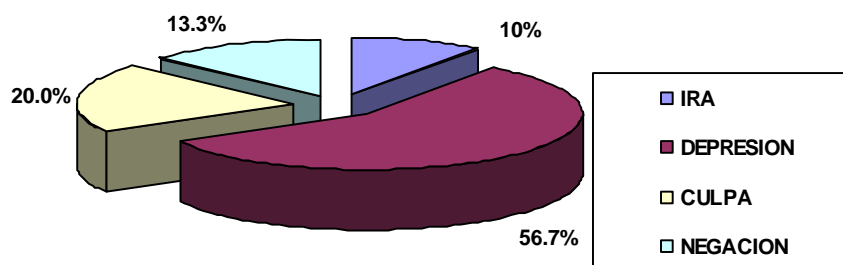
CUADRO No 4

QUE SINTIERON LAS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL “VASCO DE QUIROGA” CUANDO LES DIJERON QUE TENIAN CANCER. MORELIA, MICH. AGOSTO DEL 2007

QUE SINTIERON	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IRA	3	10%
DEPRESION	17	56.7%
CULPA	6	20%
NEGACION	4	13.3%
ACEPTACION	0	0%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General “Vasco de Quiroga” en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 4



Fuente: Cuadro No 4

Interpretación: En cuanto a lo que sintieron las pacientes con Cáncer del Hospital General Vasco de Quiroga cuando les dijeron que tenían Cáncer, el 10% (3) sintió ira, el 56.7 % (17) depresión, un 20% (6) culpa, el 13.3% (4) negación, en la fase de adaptación no se registro ningún porcentaje.

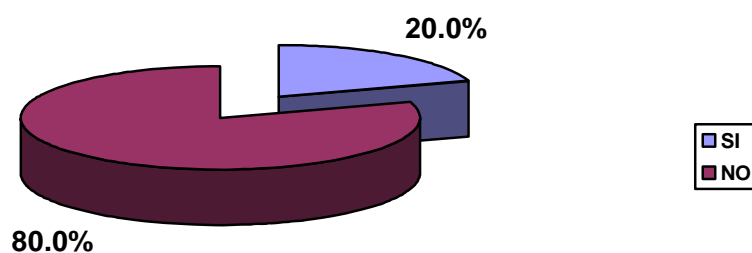
CUADRO No 5

SINTIO QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA LO ACOMPAÑO EN SU ENFERMEDAD

ACOMPAÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	20%
NO	24	80%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 5



Fuente: Cuadro No 5

Interpretación: El 80% (24) de las pacientes sintieron que el personal de Enfermería las acompañó en su enfermedad, y solo el 20% (6) de ellas sintió que no las acompañó

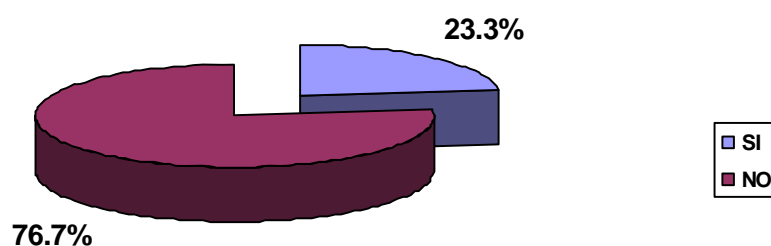
CUADRO No 6

La enfermera le pregunto sobre las necesidades que usted tiene

NECESIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	23.3%
NO	23	76.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 6



Fuente: Cuadro No 6

Interpretación: El 76.7% (23) de las pacientes dijeron que la enfermera les pregunto sobre las necesidades que tenían y solo el 23.3% (7) refiere que las enfermeras no les preguntaron por sus necesidades.

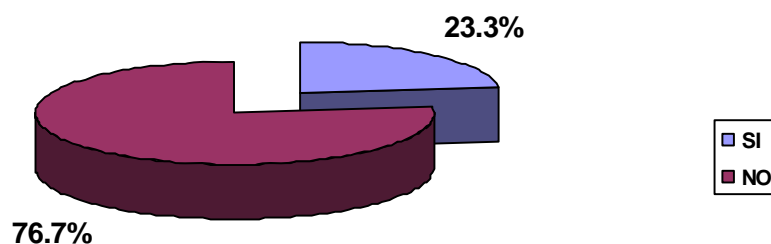
CUADRO No 7

La enfermera le pide que le diga todo lo que siente, ya sea enojo, tristeza, lo escucha y consuela.

DIGA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	23.3%
NO	23	76.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 7



Fuente: Cuadro No 7

Interpretación: El 76.7% (23) de las pacientes dijeron que la enfermera si los escucha y los consuela durante su enfermedad, y el 23.3% (7) dijeron que no.

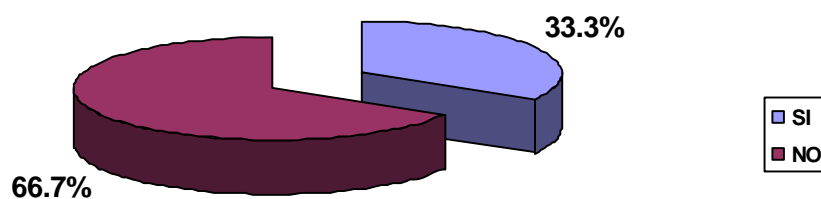
CUADRO No 8

La enfermera le informa a sus familiares lo que usted siente, piensa y necesita.

INFORMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	33.3%
NO	20	66.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 8



Fuente: Cuadro No 8

Interpretación: El 66.7% (20) de las enfermeras si le informa a los familiares lo que siente, piensa y necesita, y el 33.3% (10) no lo hace.

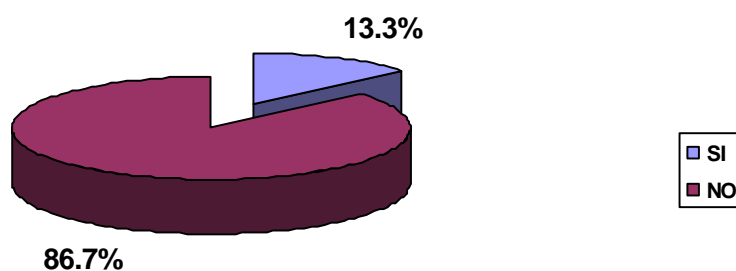
CUADRO No 9

La enfermera le informo sobre la necesidad de platicar con su familia para que sepan que desea usted dejar arreglado

PLATICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	13.3%
NO	26	86.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 9



Fuente: Cuadro No 9

Interpretación: El 86.7.7% (26) de las enfermeras le informa al paciente de la necesidad de de platicar con los familiares para dejar todo arreglado y el 13.3 (4) no lo hace.

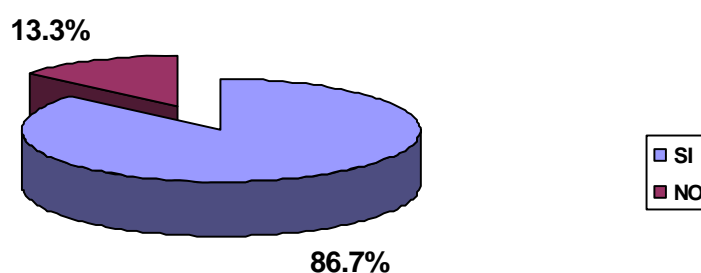
CUADRO No 10

La enfermera Proporciona alivio de los síntomas físicos, psicológicos y espirituales

ALIVIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	26	86.7%
NO	4	13.3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 10



Fuente: Cuadro No 10

Interpretación: El 86.7.7% (26) de las enfermeras proporciona alivio a los diferentes síntomas de los pacientes y el 13.3% (4) no lo hace.

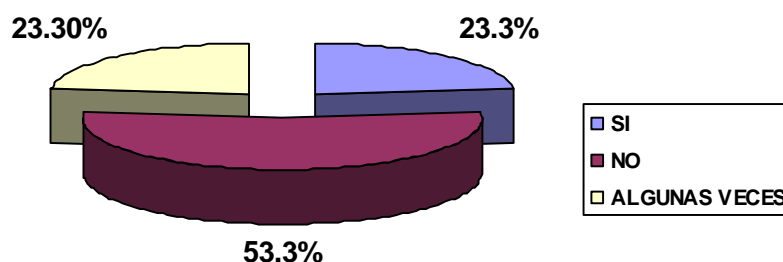
CUADRO No 11

La enfermera le proporciona ayuda a la familia durante la enfermedad y durante el proceso de duelo

AYUDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	23.3%
NO	16	53.3%
ALGUNAS VECES	7	23.3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 11



Fuente: Cuadro No 11

Interpretación: El 53% (16) de las enfermeras no proporciona ayuda durante la enfermedad y el duelo y solo el 23% (7) de las enfermeras si lo realiza y el otro 23% (7) no les es importante.

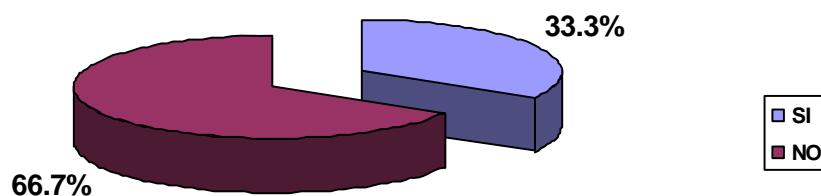
CUADRO No 12

La enfermera brindo consejería tanatológica.

CONSEJERÍA TANATOLOGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	33.3%
NO	20	66.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 12



Fuente: Cuadro No 12

Interpretación: El 66.7% (20) de las enfermeras no proporcionan consejería tanatológica, y el 33.3% (10) de las enfermeras lo realiza.

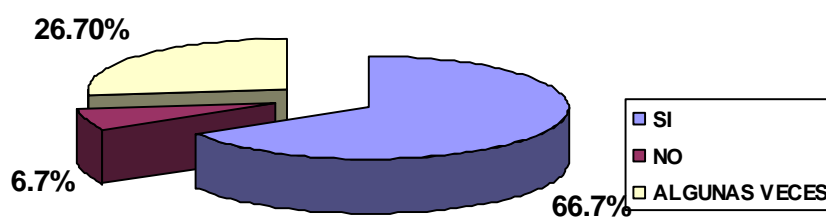
CUADRO No 13

La enfermera se comunica con usted.

SE COMUNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	66.7%
NO	2	6.7%
ALGUNAS VECES	8	26.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 13



Fuente: Cuadro No 13

Interpretación: El 66.7% (20) de las enfermeras no se comunica con los pacientes, el 26.7 (8) lo hace en ocasiones y el 26.7% (2) no lo hace.

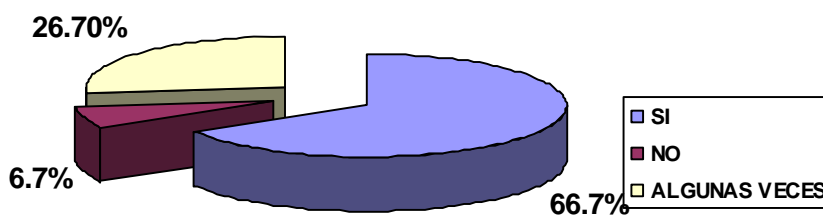
CUADRO No 14

Cambio su forma de ver la enfermedad después de la consejería.

VER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	66.7%
NO	2	6.7%
ALGUNAS VECES	8	26.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 14



Fuente: Cuadro No 14

Interpretación: El 66.7% (20) de las pacientes si lograron cambiar su visión con respecto a la enfermedad, el 26.7% (8) lo realizó en algunas ocasiones y el 6.7% (2) no lo tomo en cuenta.

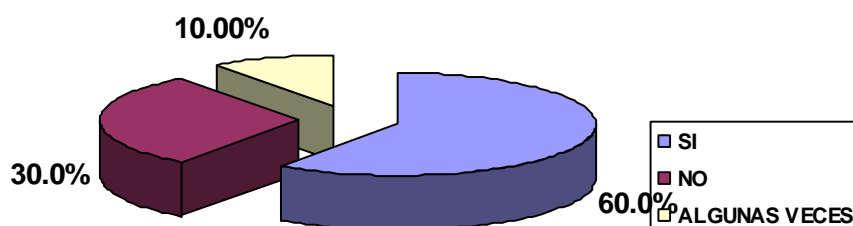
CUADRO No 15

Considera que los aportes tanatológicos por parte de la enfermera coadyuvan a darle sentido al acto del bien morir

APORTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	60%
NO	9	30%
ALGUNAS VECES	3	10%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 15



Fuente: Cuadro No 15

Interpretación: el 60% (18) de los pacientes creen que los aportes tanatológicos han coadyuvado a darle sentido al bien morir, el 30% (9) de los pacientes no lo creen así y el 10% (3) lo considera en ocasiones.

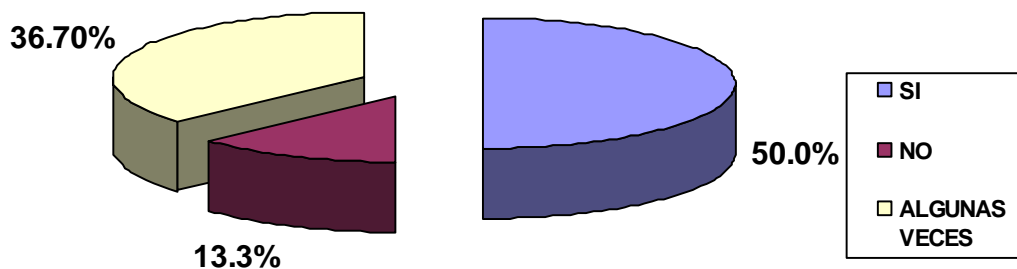
CUADRO No 16

Considera que la enfermera se encuentra sensible al dolor ajeno

SENSIBLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	50%
NO	4	13.3%
ALGUNAS VECES	11	36.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 16



Fuente: Cuadro No 16

Interpretación: El 50 % (15) de los pacientes considera que la enfermera es sensible al dolor ajeno, mientras que el 13% (4) cree que no les interesa el dolor ajeno y el 36.7% (11) de los pacientes cree que lo hace ocasionalmente.

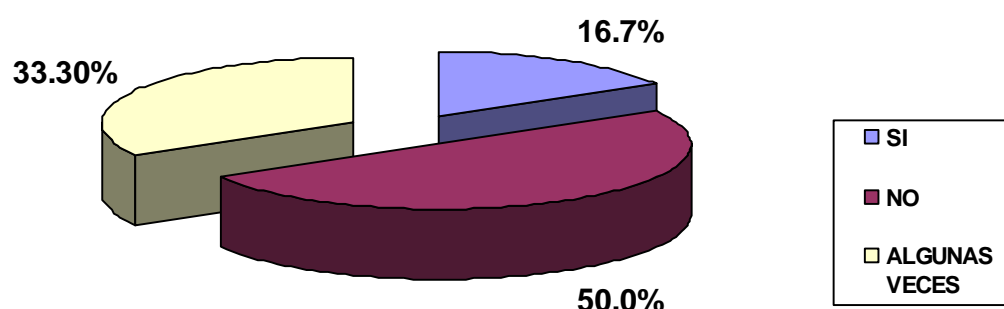
CUADRO No 17

La enfermera explico los diferentes tipos de duelo.

DUELO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	16.7%
NO	15	50.0%
ALGUNAS VECES	10	33.3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 17



Fuente: Cuadro No 17

Interpretación: El 50 % (15) de las enfermeras no les explica a las pacientes los diferentes tipos de duelo que se pueden dar, el 33% (10) solamente algunas veces y el 16.7% (5) refieren que si les explico los diferentes tipos de duelo.

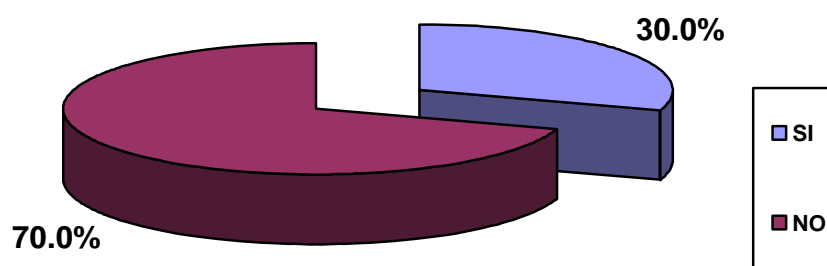
CUADRO No 18

La enfermera le informo sobre sus derechos

DERECHOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	30%
NO	21	70%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 18



Fuente: Cuadro No 18

Interpretación: El 30 % (9) de las enfermeras les informa a las pacientes sobre los derechos que tiene el paciente terminal y el 70% (21) no se los da a conocer.

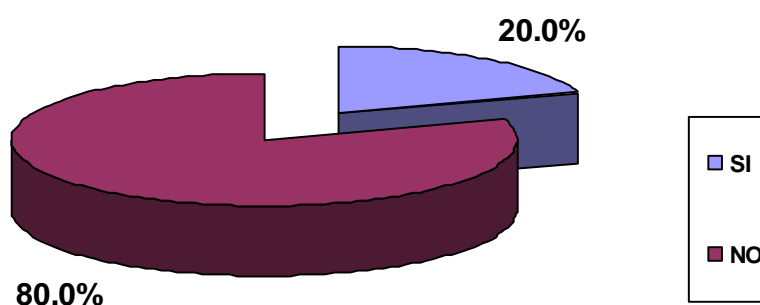
CUADRO No 19

La enfermera le informa y aclara sus dudas en cuanto a su tratamiento y estado físico y medidas para aceptar la enfermedad

ACLARA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	20%
NO	24	80%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 19



Fuente: Cuadro No 19

Interpretación: El 20 % (6) de las enfermeras les informa a las pacientes sobre su tratamiento, estado físico y aceptación de su enfermedad, mientras que la gran mayoría 80% (24) no se preocupa por esta hecho tan importante.

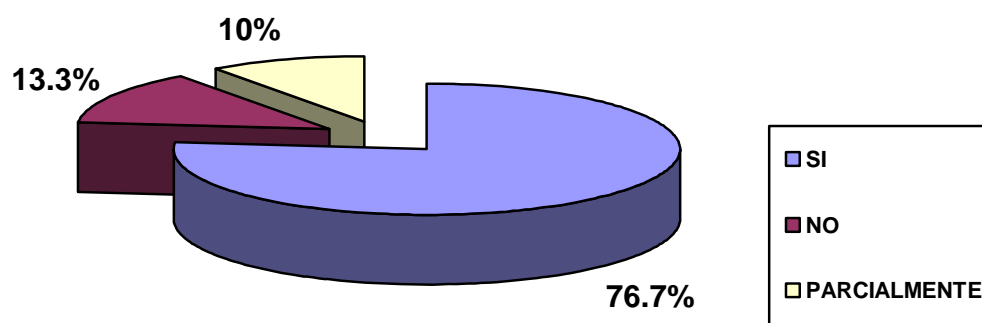
CUADRO No 20

La enfermera la comprende y respeta los procesos de comportamientos durante el transcurso de su tratamiento

RESPETA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	23	76.7%
NO	4	13.3%
PARCIALMENTE	3	10%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 20



Fuente: Cuadro No 20

Interpretación: El 76.7% (23) de las enfermeras comprende y respeta los procesos de comportamiento durante el transcurso de su tratamiento, el 10% (3) lo realiza totalmente y el 13.3% (4) no lo hace.

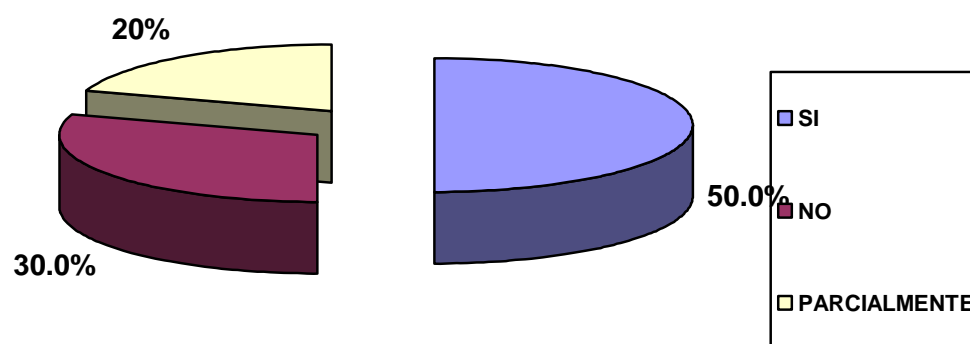
CUADRO No 21

Considera que el apoyo tanatológico disminuiría la posibilidad de conflictos en cuanto a su atención y la de su familia

DISMINUIRIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	50%
NO	9	30%
PARCIALMENTE	6	20%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 21



Fuente: Cuadro No 21

Interpretación: El 50 % (15) de las pacientes considera que el apoyo tanatológico si disminuye los conflictos de su atención y familiares, el 30% (9) considera que no sirven para nada y el 20% (6) cree que lo hace de manera relativa.

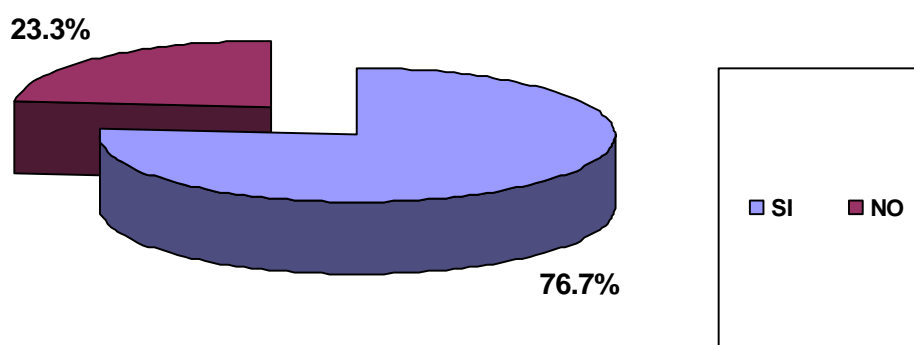
CUADRO No 22

¿Cree que su estancia hospitalaria se reduciría si la enfermera le proporciona ayuda tanatológica?

HOSPITALARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	23	76.7%
NO	7	23.3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 22



Fuente: Cuadro No 22

Interpretación: el 76 % (23) de los pacientes considera que si se reduciría su estancia hospitalaria mientras que el 23.3% (7) considera que eso es irrelevante.

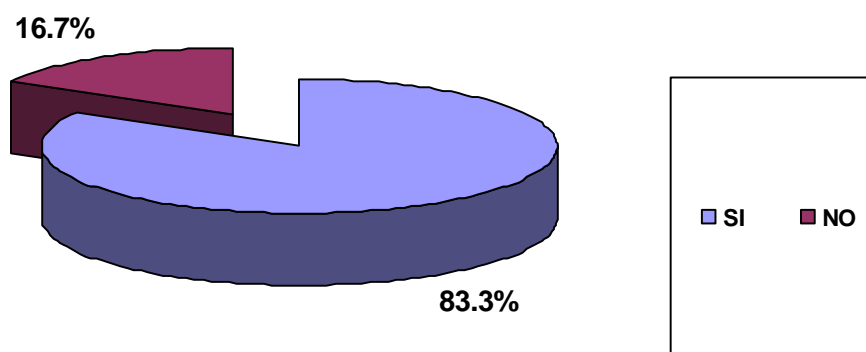
CUADRO No 23

Considera importante que la enfermera le brinde apoyo tanatológico

BRINDE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	83.3%
NO	5	16.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 23



Fuente: Cuadro No 23

Interpretación: el 83.3 % (25) de los pacientes si considera importante que la enfermera le brinde apoyo tanatológico mientras que el 16.7% (5) refiere que no.

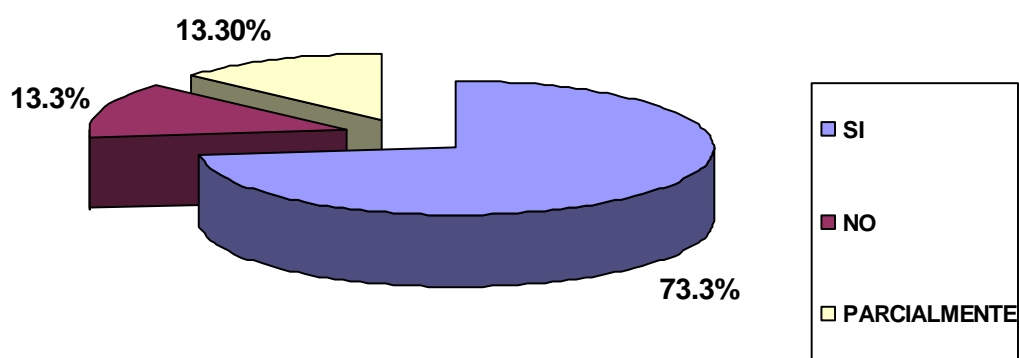
CUADRO No 24

Considera correcto que la enfermera le permita tomar decisiones respecto a su tratamiento

DECISIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	22	73.3 %
NO	4	13.3%
PARCIALMENTE	4	13.3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del Hospital General "Vasco de Quiroga" en Morelia. Agosto del 2007

GRÁFICA No 24



Fuente: Cuadro No 24

Interpretación: el 73.3 % (22) de los pacientes considera correcto que la enfermera le permita tomar sus propias decisiones, mientras que el 13.3% (4) no lo considero y un 13.3% lo hizo de manera parcial.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se observa que el personal de enfermería acepta la disciplina de tanatología como una herramienta importante en el desempeño diario de sus labores.

La capacidad transformadora del ser humano, particularmente en los últimos cincuenta años, en el terreno de la ciencia ha producido transformaciones sociales asombrosas para bien y para mal. Han surgido cambios climáticos drásticos, avances tecnológicos asombrosos, en cambio existen aspectos de la condición humana que no han avanzado paralelamente y que lejos de mejorar se han estancado. El mundo moderno que nos invade no ha podido producir una fórmula mágica para hacer de un duelo un proceso como parte inherente a nuestra existencia.

Si bien, la Tanatología es una disciplina relativamente nueva que nos da la oportunidad de adquirir conocimientos multiprofesionales en lo relativo a los cuidados al final de la vida, orientada a promover la educación en la muerte, el acompañamiento en el morir, el abordaje del duelo y el ofrecer cuidados a quienes mueren (paciente, familiar y amigos). Como disciplina posee un área interdisciplinaria, ya que su escenario de acción abarca el ámbito hospitalario y/o domiciliario.

Es importante mencionar que en las instituciones de salud en México tanto públicos como privados existe la necesidad de que dentro de sus profesiogramas exista el tanatólogo, ya que en la formación académica de los profesionales que laboran en estas instituciones existe un gran vacío formativo en torno a la muerte y el morir, los cuidados al final de la vida de las personas.

Ya que, se requiere que todos los profesionales afines a la salud posean conocimientos tan diversos desde el punto de vista social, cultural, biológico

psicológico, afectivo, ético y religioso para así poder hacer uso de esta información y encontrar una explicación al mundo que nos rodea.

En especial, el tanatólogo es la persona especializada que debe mantener una actitud tolerante, empática, sin críticas ni juicios de valor y tratando en todo momento de disminuir la angustia del doliente; en donde lo guiará para brindarle opciones que le clarifiquen, que es lo único que puede y debe hacer.

El paciente debe estar acompañado, tener una clara visión de su estado de salud, participar en la toma de decisiones, tener una comunicación constante y honesta, mantener su autoestima, identidad personal y en un momento dado rechazar o aceptar medidas extraordinarias que favorezcan su estado y calidad de vida.

1. La enfermera ante todo es un Ser Humano que debe aceptarse, conocerse y amarse.
2. Como persona tenemos que estar en equilibrio en nuestro aspecto: intelectual, Espiritual, social y físico; logrando a través de esto la salud.
3. Es importante que la enfermera tenga nociones de la tanatología para pasar del curar al aliviar.
4. Permitir que nuestros enfermos mueran rodeados de sus seres queridos cuando sea posible; para que el ambiente que lo rodea sea de calidez y familiar.
5. Debemos tener presente siempre: Curar algunas veces, aliviar con frecuencia y consolar siempre.
6. Cada caso al igual que cada ser es diferente y que la vida como la muerte pertenecen a todos y son inevitables.
7. Que la muerte es natural, cotidiana, universal, radical, única, indeterminable y es un proceso total-mente garantizado.
8. Todo paciente tiene derecho a su autonomía y a morir con dignidad.
9. En tu forma de vivir estará tu forma de morir

PROPUESTAS

Con base a los resultados y conclusiones de la presente investigación, las propuestas son las siguientes:

1. Que la presente investigación tenga seguimiento y se agregue en el curso taller sesiones que informen a la paciente sobre qué es el cáncer cervicouterino y lograr así eliminar su percepción de que es una enfermedad mortal.
2. Abrir un módulo de apoyo tanatológico en el Hospital General Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán, para la atención tanatológica de sus pacientes y difundir a través de carteles intramuros el objetivo y las funciones de dicho módulo.
3. Implementar un curso taller para todo el personal de salud en el Hospital General Vasco de de Morelia, Michoacán, para que sean capaces de dar apoyo tanatológico inicial y detecten a tiempo a aquellas pacientes que requieran de una ayuda mas especifica, canalizándolas al módulo.
4. Trabajar con las pacientes desde la perspectiva tanatológica sobre el temor a la muerte, para que cambien ese aspecto de una manera positiva para sus vidas y sus familiares, preparándose de la mejor manera en todos los aspectos de su vida.
- 5.-Que se implemente en los mapas curriculares de las escuelas de enfermería la materia de tanatología.

GLOSARIO.

Cáncer: alteración celular que propicia el crecimiento anormal de las células hijas.

Duelo.- son los cambios y reacciones físicas, emocionales e intelectuales que ocurren durante el proceso de recuperación de una pérdida.

Tanatología.- Etimológicamente se define como el estudio o tratado de la muerte se deriva de las raíces griegas thanatos que significa muerte y logos estudio o tratado. Es el estudio del moribundo de la muerte especialmente de las medidas para aliviar el sufrimiento físico y psicológico del enfermo terminal, así como de los sentimientos de culpa y pérdida de los familiares.

Muerte: Es la separación del cuerpo y el alma.

Dolor.- Es el mecanismo de defensa que se expresa mediante una sensación desagradable.

Apoyo tanatológico.- Realizar actividades que propicien tranquilidad y bienestar ya sea físicos o emocionales al enfermo terminal.

Acompañamiento tanatológico.- Es la actividad que consiste en estar con el enfermo, aun cuando se tenga una actividad pasiva.

Consejería tanatológica.- Es un proceso de corto plazo en donde se intercambian ideas experiencias y emociones entre dos o mas personas.

Enfermo terminal.- Es toda persona que tiene conocimiento de su enfermedad y que su muerte es a corto plazo debido a que su enfermedad no puede ser curada.

Religión.- Conjunto de creencias o dogmas, acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración o temor hacia ella de prácticas rituales como la oración y el sacrificio.

Alma.- Del griego psyche y del latín anima. Soplo, vida. Lo que le da aliento y fuerza a una cosa.

Ética.- Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre.

BIBLIOGRAFIA

Kübler-Ross E. On Death and Dying, Collier Books, NY, 1969.

Morin E. El hombre y la muerte, Editorial Kairós, Barcelona, 1974.

Ziegler J. Los vivos y la muerte, Siglo XXI editores, México, 1976.

Botella, L., y Feixas, G. (1998). Teoría de constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica. Barcelona: Laertes.

Merton, T. (1962). Los hombres no son islas. Barcelona: EDHASA.

Neimeyer (1997). Meaning reconstruction and the experience of chronic loss. In K. J. Doka and J. Davidson (Eds.), Living with grief: When illness is prolonged. Washington, D.C.: Hospice Foundation of America.

Neimeyer, R.A., Keesee, N.J., & Fortner, B.V. (1997). Loss and meaning reconstruction: Propositions and procedures. In S. Rubin, R. Malkinson and E.

Ricoeur, P. (1991). Life in quest of narrative. In D. Woods (Ed.), On Paul Ricoeur: Narrative and interpretation. London: Routledge.

Rood, L. (1997, July). Identity dissonance in trauma and loss. Paper presented at the XII International Congress on Personal Construct Psychology, Seattle, Washington.

Sewell, K. (1996). Constructional risk factors for a post-traumatic stress response following a mass murder. Journal of Constructivist Psychology, 9, 112-134.

Vogel, D. (1994). Narrative perspectives in theory and therapy. Journal of Constructivist Psychology, 7, 243-

ANEXOS

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

El presente cuestionario tiene como finalidad determinar el apoyo tanatológico que el personal de enfermería brinda a las pacientes con cáncer cérvico uterino del Hospital General vasco de Quiroga.

El presente cuestionario será aplicado por el encuestador, quién hará la pregunta y subrayará la respuesta dada por la encuestada.

1.- ¿Que edad tiene Usted? _____

2.- ¿Sabe que es la tanatología?

a) Si b) no

3.- ¿Que tipo de ayuda desea tener en este momento?

a) religiosa b) familiar c) psicologica d) tanatologica
e) otros especifique _____

4.- ¿Que sintió cuando le dijeron que tenía cáncer cérvico uterino?

a) ira b) depresión c) culpa d) negación e) aceptación
f) otros especifique _____

5.- ¿sintió usted que el personal de enfermería le acompañó en su enfermedad?

a) Si b) no

6.- ¿La enfermera le pregunta sobre las necesidades que usted tiene?

a) Si b) no

7.- La enfermera le pide que le diga todo lo que siente, ya sea enojo, tristeza, ¿lo escucha y consuela?

a) Si b) no

8.- ¿La enfermera le informa a sus familiares lo que usted siente, piensa y necesita?

a) Si b) no

9.--¿La enfermera le informó sobre la necesidad de platicar con su familia para que sepan que desea usted dejar arreglado?

a) Si b) no

10.- ¿La enfermera le proporciona alivio de los síntomas físicos, psicológicos y espirituales?

a) Si b) no

11.- ¿La enfermera le proporciona ayuda a la familia durante la enfermedad y el proceso de duelo?

a) Si b) no

