



CIETSGe
Centro de Investigación y Estudios de
Trabajo Social en Gerontología



dgapa

Dirección General de Asuntos
del Personal Académico

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social
Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en
Gerontología

2° Seminario internacional y multidisciplinario de los cuidados paliativos y tanatología para la atención de personas con pronóstico corto de vida y sus familias.

**Intervención del/la profesional en Trabajo Social
en el proceso de muerte**

Lic. En T.S. Liz Marbella Rojas López

Ayuntamiento del Municipio de Temoaya

Introducción

Como seres humanos nos cuesta trabajo aceptar la muerte como un proceso natural, como el final de un ciclo de vida, por lo tanto como profesionales de la salud (Trabajo social, Medicina, Psicología, Enfermería) debemos considerar la Tanatología como la **disciplina que permite comprender la muerte y el proceso de morir de manera integral e interdisciplinaria**, a través de la cual se pretende brindar al paciente una **muerte digna y en paz**, ayudándolo a aminorar el sufrimiento que le pueda estar causando la enfermedad o algún pendiente familiar o personal.

1. Trato humano hacia los pacientes

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo primero menciona que *“todos los seres humanos nacen **libres e iguales en dignidad y derechos** y, dotados como están de razón y conciencia, deben **comportarse fraternalmente los unos con los otros**” (ONU, 1948).*

Trato profesional hacia el paciente.

El derecho que tiene de **ser escuchado, de opinar y de decidir** sobre su cuerpo, por lo que el entablar una **comunicación** es fundamental para conocer los **deseos del paciente** durante el tratamiento u hospitalización, así como conocer su estado de ánimo, evolución de la enfermedad, lo cual puede dar pauta para continuar con el tratamiento u optar por otro.

Actitud hacia los pacientes

Incluye el **trato brindado** hacia el/la paciente, el cual algunas veces solo refleja “**el deber**”, es decir el **cumplir por obligación**, que se convierte en una actitud evasiva hacia el paciente, olvidando “**el ser**”, que incluye **estar al pendiente de las necesidades** del paciente, procurando el acompañamiento y su independencia, ya que en ocasiones la actitud del paciente puede reflejar que se encuentra bien y no pedir ayuda, por mantener su dignidad y autonomía.

El trato humano no debe ser olvidado al momento de darle la **noticia de la enfermedad o de su proximidad a la muerte** tanto al **paciente como a los familiares**, ya que en su mayoría los profesionales de la salud lo hacen de forma fría.

El/la paciente **requiere**:

-Empatía por parte del profesional.

-Saber que será una lucha compartida y que no están solos.

-Brindar esperanza al paciente, la cual le generaría motivación para continuar con su tratamiento.

“No es propio de la naturaleza humana aceptar el aspecto conclusivo de la muerte sin dejar alguna puerta abierta a la esperanza” (Kübler-Ross, 2003, p. 153).

Reflexión- Trato que queremos recibir si nosotros nos encontráramos en esa situación.

2. Actitud del paciente ante la enfermedad y la muerte

De acuerdo con la Real Academia Española (2014) la **actitud** se define como la “**disposición de ánimo** manifestada de algún modo”, la cual va a estar relacionada con la **personalidad** del o la paciente, con el **ambiente** que los rodea y con la **actitud de los profesionales** que lo atienden.

La respuesta de la persona ante la enfermedad o la muerte está determinada por las cualidades, sentimientos, emociones y pensamientos que ha venido desarrollando a lo largo de su vida.

2.1. Ambiente que rodea al paciente

Incluye el ambiente familiar y el hospitalario

-El **ambiente familiar** es de gran importancia para el paciente, quien necesita de su **compañía, apoyo y comprensión**/ Se olvida que el solo hecho de sentarse un momento a su lado haciéndole compañía le ayuda a **aliviar su dolor** y a **no sentirse solo**.

En cuanto al **ambiente hospitalario** Kübler-Ross (2003) menciona el caso de un paciente al que le afectaba tener a su lado personas moribundas, lo cual representaba **estar cerca del sufrimiento** de esta persona y por lo tanto de la **muerte**, lo cual es difícil afrontar cuando se está pasando por la fase de negación de la misma.

Otro caso mencionado por la autora es el de un paciente al que no le gustaba que las paredes de su habitación estuvieran desnudas, por lo tanto, una enfermera lleva unas fotos de Suiza y las pega en la pared, situación que agrada al paciente.

Tener en cuenta la **actitud que se refleja al o la paciente**, ya que de nada sirve hacerle creer que todo va a mejorar si no es así, lo cual puede **generar enojo** en él o ella **cuando es consciente de su situación**, como sucedía con Iván Ilich, a quien su familia le decía que todo iba a estar bien, lo cual le molestaba porque sabía que no era cierto y que por lo tanto le estaban mintiendo (Tolstoi, 2011).

De igual forma algunas veces la **personalidad de los familiares no permite hablar al paciente de sus dolencias**, como era el caso de un paciente, quien al decirle a su esposa que no sabía cómo afrontar la muerte de su hija, ella le respondía "mantén la barbilla levantada, ten pensamientos positivos" señora H citada en Kübler-Ross, 2003, donde se puede ver que muchas veces **el familiar trata de imponer su personalidad al paciente**, como es el caso de esta esposa, quien al ser una mujer fuerte y optimista quiere que su esposo reaccione de la misma forma ante la enfermedad y ante la muerte de su hija, lo cual solo hace más difícil la actuación del paciente ante las mismas.

2.2. Profesionales que atienden al paciente

La **actitud** que los **profesionales** de la salud tengan **hacia la muerte o enfermedad influye directamente sobre la actitud del paciente**, como lo menciona Kübler-Ross (2003) cuando habla acerca de la enfermera de uno de los pacientes:

- Estaba tan evidentemente aterrada ante la proximidad de la muerte que tenía que defenderse contra ella eludiéndola y aislándose. Pero su deseo de que él estuviera quieto y no se moviera no hacía más que aumentara el miedo del paciente a la inmovilidad y la muerte.

De igual forma la autora hablaba de otro caso en el que las enfermeras animaban a la paciente a llorar siempre que quisiera en vez de procurar que siempre estuviera sonriendo, lo cual es muy importante porque permite al paciente **expresar sus emociones, evitando la generación de tensión** que le podría causar la acumulación de las mismas.

Asimismo, es importante **procurar la independencia del paciente**, es decir que se valga por sí mismo, pero **sin abandonarlo**.

3. Proceso de duelo

Se refiere a la conformación de **cinco etapas** por las que pasa todo **enfermo terminal** cuando es notificado sobre la **irremediabilidad de su proceso**, las cuales van desde la negación y aislamiento hasta la aceptación de su muerte.

“Son la respuesta lógica de personas orgullosas de su antigua independencia y que finalizan encontrándose impotentes y dependientes de personas y máquinas” (Frutos, M., Iglesias, J.A., Frutos, J.M. y Pardo, A. 2007, p. 10).

Etapas que, asimismo suceden en los momentos de duelo que sufren los familiares y amigos del paciente terminal.

3.1. Fases del proceso de duelo

Está conformado por cinco etapas; negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación.

3.1.1. Negación y aislamiento

Esta fase surge como defensa ante la noticia de enfermedad o muerte, y se puede ver reflejada en el paciente cuando esté creyendo que hay un error en el diagnóstico y por lo tanto busca otras opiniones médicas, las cuales pueden llevar al mismo resultado.

Por lo que como familiares y profesionales **no se debe obligar al paciente a aceptar su enfermedad o muerte**, hay que tener en cuenta que esta fase pasará en algún momento, por lo que se debe estar ahí **acompañándolo y escuchándolo**, de tal manera que el/la **paciente sienta esa disponibilidad de nuestra parte**.

De ahí que se le debe **dar su espacio para reflexionar acerca de su situación**, pero **sin permitir un aislamiento total del mismo**, lo cual a veces como profesionales o familiares se presenta como un camino para alejarse del/ la paciente con el pretexto de que quiere estar solo.

3.1.2. Ira

Es importante tratar de entender que la situación por la que pasa el paciente no es fácil, debido a que **su modo de vida ha cambiado**, ya que a causa de su enfermedad pudo **haber dejado de realizar actividades que le gustaban u otras a las que ya estaba acostumbrado/a**, así como las que tenía planeadas y que ahora piensa no va a poder realizar.

Lo cual lo lleva a **sentir ira** que puede descargar contra todos los que estén a su alrededor, pero hay que tener en cuenta que no porque la descargue sobre nosotros indica que somos culpables de su situación, por lo que hacer de esta algo personal solo propiciara que el/la paciente continúe con este comportamiento, de ahí que se debe **ser tolerante ante el mismo**, ya que “el alivio que sienten al manifestarla les ayuda a aceptar mejor sus últimas horas” (Kübler-Ross, 2003).

3.1.3. Pacto

Después de que el paciente siente enojo por la situación por la que pasa, reflexiona acerca de que tal vez si lo pide por favor esos **hechos se pueden posponer**, por lo que comienza a tener una buena conducta para tener a cambio de esta un premio o el derecho a pedir un deseo, el cual recae en prolongar su vida o no sentir dolor durante algunos días, prometiendo no volver a pedir nada, promesas que al no verse cumplidas, generan un sentimiento de culpa en el paciente, esto de acuerdo con Kübler-Ross (2003).

3.1.4. Depresión

En esta fase están presentes **dos tipos de depresión**; la **reactiva** y la **preparatoria**.

La **depresión reactiva** se da cuando la **ira es sustituida por una sensación de pérdida**, ya sea del físico, de cosas materiales, de sueños o de roles que antes de la enfermedad el/la paciente asumía, como pueden ser el cuidado de los hijos o el ser el proveedor de la familia, surgiendo así un sentimiento de culpabilidad y vergüenza en el paciente, al ya no poder seguir realizando dichas actividades.

Por lo que, el que los profesionales comprendan esta situación se hace de suma importancia para que puedan **apoyar a la familia y al paciente**, dando **alternativas de solución** ante las mismas.

La **depresión preparatoria** a diferencia de la reactiva **se da de manera silenciosa**, debido a que el **paciente se prepara a la pérdida de las cosas y personas que quiere**, por lo que como profesionales o familiares no se le puede pedir que deje de estar triste, ya que es justo la **expresión de este dolor** lo que le permite **encontrar la aceptación de su muerte** de manera más pronta, así como un **estado de paz**.

Por lo que como profesionales y familiares **no debemos anteponer nuestras expectativas ante los deseos y la disposición del paciente**, ya que esto solo le genera “mayor dolor y turbación” (Kübler-Ross, 2003).

Se dice que esta depresión se da de manera silenciosa porque **en la actuación ante ella se necesitan pocas palabras**, cobrando **mayor importancia los gestos** del paciente hacia el familiar y viceversa.

3.1.5. Aceptación

Se da cuando el paciente ha vivido las fases descritas anteriormente, por lo que **su enfermedad o proximidad a la muerte ya no le deprime ni enoja**, debido a que la fase de aceptación “**está casi desprovista de sentimientos**. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado” (Kübler-Ross, 2003, p.148), de ahí que **es la familia quien en este momento necesita mayor apoyo y comprensión**, debido a que el interés del paciente de recibir visitas ha disminuido, buscando que lo dejen solo o que no le hablen de problemas de afuera.

Por lo que en esta fase se hace importante **emplear la comunicación no verbal**, donde el silencio y los gestos cobran mayor sentido, por lo que la **presencia de familiares y profesionales** le confirma al/ la paciente que se estará con él/ella hasta el final, mostrándole que de cierta forma **aceptamos su muerte**, lo cual le permitirá **sentirse tranquilo y acompañado**.

De ahí la importancia de **escuchar lo que el paciente quiere con respecto a su muerte o enfermedad** y no verlo como un rechazo a la vida o a su familia, sino como un **progreso hacia la aceptación de su muerte**, por lo que como familiares es necesario dejar de pensar solo en uno mismo, para así tratar de **comprender por lo que está pasando el paciente**, evitando la presencia de situaciones como la que señala Kübler-Ross (2003, p.154), en donde el esposo de una paciente:

- No podía comprender que un paciente llegue a un punto en el que la muerte le parezca un gran alivio y que los pacientes mueren con más facilidad si se les ayuda a desligarse lentamente de todas las relaciones importantes de su vida.

De ahí la importancia de que tanto el **paciente como sus familiares trabajen** estas **fases de duelo** junto con el/la profesional en Tanatología.

Existen **pacientes que no han llegado a la fase de aceptación**, debido a que aún mantienen cierta esperanza, por lo que siguen luchando, dificultando así el alcance de dicha fase de acuerdo con Kübler-Ross (2003). De ahí la importancia de hacerle saber al paciente que **el aceptar la muerte no es un acto cobarde**.

Conclusiones

- Trato humano hacia el/la paciente- “El ser”- Empatía, escucha, comunicación.
- Actitud del paciente ante la enfermedad y la muerte- Personalidad del/la paciente, ambiente que lo rodea, actitud de los/las profesionales, personalidad de los familiares.
- Conocer los aspectos que se dan dentro de las fases del proceso de duelo para entender al/la paciente terminal y a los familiares/ Dirigir nuestro actuar- Brindar alternativas de solución.
- Trabajar proceso de duelo- paciente y familiares.

Referencias

- Cuadrado, D. (2010). Las cinco etapas del cambio. *Capital humano*, (241). https://factorhuma.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf
- Frutos, M., Iglesias, J.A., Frutos, J.M. y Pardo, A. (2007). La persona en el proceso de muerte. *Enfermería global*, (10). <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/208>
- Kübler-Ross, E. (2003). *Sobre la muerte y los moribundos*. España: Random House Mondadori, S.A. de C.V.
- Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. *Naciones Unidas*. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*. (23° edición). Madrid: Real Academia Española. <http://dle.rae.es/?id=0cWXkpX>
- Tolstoi, L. (2011). *La muerte de Iván Ilich*. México: Ediciones Leyenda, S.A. de C.V.



CIE**TS**Ge
Centro de Investigación y Estudios de
Trabajo Social en Gerontología



dgapa

Dirección General de Asuntos
del Personal Académico

¡Gracias por su atención!
