



*“De los Cuidados Paliativos a una Muerte Digna”*

**Diplomado en Tanatología**

**Tesina presentada por:**

**Socorro González de Morales**

**Alfonso Valdovino Rangel**

**2011 – 2012**



**ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDUCACIÓN CONTINUA Y A DISTANCIA**

*León, Gto., 14 de Enero de 2012*

*Dr. Felipe Martínez Arronte  
Presidente de la Asociación  
Mexicana de Tanatología.*

*Por medio de la presente le informo que revise y aprobé la tesina que  
presentaron:*

*Socorro González de Morales  
Alfonso Valdovino Rangel  
Integrantes de la Generación 2011 – 2012*

*El nombre de la Tesina es:*

***“DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A UNA MUERTE DIGNA”***

*Atentamente  
Directora de Tesina*

---

*Mtra. Silvia Guadalupe Retana González*

# DEDICATORIAS

A Dios

Por ser el principio y el fin de todo lo creado



Al Doctor Felipe Martínez Arronte.

Por ser el Presidente de la Asociación Nacional de Tanatología, y

Por aceptar ser el asesor de la Tesina.

A las Tanatólogas, Coordinadoras del Diplomado

Mtra. Silvia Guadalupe Retana:

Por su constancia y dedicación.

Por su pasión incansable para que haya mas tanatólogos

Mtra. Marcela I. Feria Ochoa:

Por su Inspiración intelectual al exponer.

Por su amor incondicional a los enfermos

## *C o c o*

*A mi esposo: Por ser mi compañero en este viaje, Pepe es un placer vivir contigo, por tu respeto y paciencia durante este Diplomado*

*A mis hijos: Cecilia y Cristian, Oscar y Zanyi, Paola y Mario Cesar.*

*A mis nietos: Mariana, Marcelo, Paolo y André.*

*A mi Papa, a mi Mama y a mi hija Paulina, que ya cruzaron el umbral del dolor y están en la paz de Dios.*

## *P o n c h o*

*Mi Esposa: M. de los Ángeles Landín Torres.*

*Por su apoyo, comprensión y compañía.*

*A mi Hijo: José Daniel Valdovino Landín.*

*Por su lealtad y amistad.*

*A todos mis compañeros del grupo con quien compartí momentos inolvidables, Gracias por todo.*

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| DEDICATORIAS .....  | 3  |
| JUSTIFICACIÓN .....   | 7  |
| OBJETIVOS.....  | 8  |
| ALCANCES.....   | 9  |
| INTRODUCCIÓN.....   | 10 |
| <br>  |    |
| I.- HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....                            | 11 |
| 1.- INTRODUCCIÓN.....   | 11 |
| 2.- LOS HOSPICIOS, OBJETIVOS Y DEFINICIÓN .....                         | 11 |
| 3.- SU HISTORIA.....  | 12 |
| 4.- DESARROLLO DE HOSPICES EN LONDRES .....                             | 14 |
| 5.- LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN CANADÁ, ESTADOS UNIDOS Y ESPAÑA. ....    | 15 |
| 6.- CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO. ....            | 16 |
| 7.- DRA. CICELY SAUNDERS PIONERA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. ....       | 18 |
| 8.- MINISTROS DE LA BUENA MUERTE: SAN CAMILO DE LELIS.....              | 21 |
| 9.- EL ORIGEN DE LA BUENA MUERTE Y LAS ARTES MORIENDI. ....             | 24 |
| 10.- CONVERGENCIA DE ENFERMEDADES, FINES Y ENFOQUES.....                | 25 |
| <br>  |    |
| II.- ANTECEDENTES TEÓRICOS.....   | 25 |
| 1.- DEFINICIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....                          | 26 |
| 2.- PRINCIPIOS SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. ....                      | 26 |
| 3.- FUNDAMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....                      | 27 |
| 4.- EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS, UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO..... | 29 |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| III.- LA RELACIÓN ENTRE TANATOLOGIA Y BIOÉTICA.....  | 36                                   |
| 1.- ABORDAJE BREVE ENTRE ESTAS DOS CIENCIAS.....   | 36                                   |
| 2.- AXIOLOGÍA Y PSICOLOGÍA; PUNTOS DE CONGRUENCIA.....   | 39                                   |
| 3.- CONCEPTOS GENERALES EN TORNO A LA MUERTE DIGNA Y LA EUTANASIA.....                               | 41                                   |
| 4.- LOS MIEDOS ALREDEDOR DE LA MUERTE: Paciente, Familia, Equipo de Salud. ....                      | 44                                   |
| 5.- MORIR EN CASA: VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....   | 47                                   |
| 6.- ESPIRITUALIDAD Y SUFRIMIENTO .....   | 49                                   |
| IV.- LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA .....  | 56                                   |
| Nueva Ley de VOLUNTAD ANTICIPADA se propone un “Decálogo de los derechos del enfermo terminal” ..... | 57                                   |
| DEBATE SOBRE LA EUTANASIA:.....  | 57                                   |
| REFLEXIÓN:.....  | 58                                   |
| TESTAMENTO DE MI ÚLTIMA VOLUNTAD EN MUERTE INMINENTE. ....   | 59                                   |
| CARTA POSTUMA .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| CONCLUSIONES.....  | 61                                   |
| ANEXOS .....   | 62                                   |
| POEMA .....  | 62                                   |
| M U E R T E.....   | 63                                   |
| LA ORACIÓN DEL TANATÓLOGO .....  | 66                                   |
| LA PRESENCIA CONFORTADORA DEL QUE ACOMPAÑA AL MORIBUNDO .....  | 68                                   |

## JUSTIFICACIÓN

La elección de este tema de tesina se debe a que dentro del mapa curricular de materias que llevamos en el diplomado, es el que más nos llamó la atención por ser novedoso, práctico y actualizado teóricamente, hacen falta muchas cosas por hacer en esta área.

Al estudiar el tema y analizar nuestra actividad ante la pérdida de un familiar, nos damos cuenta que de haber tenido un poco mas de información, nuestra participación en estos eventos hubiera sido diferente. Al abordar uno este tema de alguna manera se está preparando para este momento final.

“Si he aprendido a dejar ir, no necesito temer morir”

(Lao-tse)

# OBJETIVOS

El desarrollo del presente trabajo tiene los objetivos siguientes:

- Δ Analizar los principios y bondades de los cuidados paliativos.
- Δ Describir algunos de los aspectos que abarcan los cuidados paliativos.
- Δ Compartir información con personas interesadas en el tema.
- Δ Reflexionar sobre la fragilidad de la vida.
- Δ Difundir la importancia del tema.
- Δ Aprender otro enfoque de la tanatología.
- Δ Actualizarse para realizar un trabajo mejor y competente.



## **ALCANCES**

La investigación de este tema es de carácter analítico, reflexivo, práctico y administrativo.

Esperamos aplicarlo en nuestra área de trabajo a través de la psicoterapia y de la extensión educativa cultural ya que sus autores son Psicóloga y Pedagogo.

Ojalá sea de utilidad para alguien y sirva de inquietud para nuevas investigaciones sobre cuidados paliativos desde otros enfoques.

*Aspira a inspirar. . . . Antes de expirar.*

# INTRODUCCIÓN

“LOS VERDADEROS FILÓSOFOS HACEN DEL MORIR SU PROFESIÓN”

(FEDON)

El estudio de la Tanatología es realmente emocionante porque en un principio todo nace como Cultura y a través de su evolución se ve como se va transformando en disciplina, ciencia y arte.

Es digno de admirarse como se van correlacionando las leyes de la naturaleza con lo mitológico, religioso, espiritual y científico que redundan en la actividad del ser humano. Tal es el caso de la Tanatología en su enfoque de los cuidados paliativos cuyo objetivo es dar calidad de vida hasta el último momento al paciente moribundo o en fase terminal

Para poder brindar buena calidad en estos servicios es necesario que todos los profesionales de la salud se formen, informen y apliquen las tecnologías de punta que hay al respecto, pero sobre todo que aprendan a trabajar en equipo Médicos, – Familiares, – Paciente y todo el equipo de salud tratando a las personas con calidad humana hasta alcanzar una buena muerte o muerte digna, todo esto en un ambiente de respeto, confort y comunicación.

## **I.- HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

### **1.- INTRODUCCIÓN**

“Después de los siglos de huir de la muerte, hace falta fomentar en nosotros el arte morir”  
(José Ortega y Gasset)

Con esta sencillez, tan propia de su versátil, rigurosa y bella prosa, José Ortega y Gasset expresaba en un artículo su arraigada creencia de que no se puede definir la vida sin la muerte. Los expertos dicen que morir con dignidad es un don que depende, sobre todo, de cómo se haya abordado, en medio de la vida, la cuestión de la muerte, el dolor y la enfermedad. ¿Se tiene miedo a la muerte o simplemente miedo a morir?

Estos asuntos no suelen ser tema de conversación, hasta que de pronto, un médico comunica al enfermo que su mal es irreversible y fatal, incluso con una medida casi exacta de los meses que le restan por vivir. En este momento es cuando las preguntas surgen y debe de, entrar una de las disciplinas que ha ganado más terreno en los últimos años que es la Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. Es una nueva forma de enfrentar las situaciones al final de la vida.

### **2.- LOS HOSPICIOS, OBJETIVOS Y DEFINICIÓN**

Los hospicios son definidos en muchos países como espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su enfermedad terminal. El objetivo de estos lugares es que sus pacientes puedan disponer de los meses o días que les restan con una gran calidad de vida; mantenerlos libres de dolor, conscientes y controlar los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad en sí. Se busca que el ambiente sea lo más parecido

a su hogar y que puedan también estar rodeados de sus seres queridos para continuar con su vida familiar y morir con dignidad.

En los hospicios se practican los cuidados paliativos, estos no alargan la vida, tampoco la aceleran, simplemente la atención del paciente se realiza con personal especializado, que trata no sólo de cubrir las necesidades de salud; también se ocupan de la problemática espiritual y psicológica por la que atraviesa el paciente y su familia.

Dicha atención tiene que continuar después del fallecimiento, ya que resulta fundamental para el bienestar de los familiares y amigos. Esta es la filosofía que da inicio al movimiento relativamente joven de hospice y cuidados paliativos, cuando en la década de los sesenta Cicely Saunders funda el St. Christopher's Hospice en el sur de Londres.

### **3.- SU HISTORIA**

Los movimientos de hospice, según Robert Tywcross, pueden ser comparados con los hospicios medievales de fines de siglo XIX. Por esas fechas el desarrollo de la ciencia médica y los nuevos descubrimientos terapéuticos para curar enfermedades que hasta entonces eran letales, provocaron en los médicos un cambio profesional; hasta entonces el médico fungía como un gran cuidador, y con estos avances cambia para asumir un papel autoritario y paternalista, pues los pacientes ya no estaban en “manos de Dios”, sino de las suyas.

Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia, ya que no se podía hacer nada por ellos. Los médicos de épocas anteriores atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar. La mayoría de las personas morían en casa. Los vivos estaban familiarizados con los muertos y con la idea de su propia muerte. La muerte era un hecho de vida cotidiano y como tal, era vivido con naturalidad. Saunders explica que si nos trasladamos unos siglos atrás podemos ver que los primeros hospices aparecieron en el mundo bizantino.

En Europa, desde el siglo IV, existieron instituciones cristianas y fue en el periodo de Constantino donde se les da el nombre de hospitales y hospicios. En Roma, Fabiola, una discípula de San Jerónimo, funda el primer hospital en el año

400 con el fin de atender a todos los peregrinos que llegaban a Ostia, puerto de Roma, que recibía gente de África, Asia y el Este. En la Edad Media las personas llegaban a los hospicios por comida y alojamiento. Ahí los enfermos eran cuidados, pero como la medicina no estaba tan adelantada muchos morían, y sólo se les proporcionaba ayuda espiritual. Estos hospicios estaban instalados en rutas transitadas; atendían a viajeros, huérfanos y peregrinos; se enfocaban más en lo caritativo que en lo curativo; no eran lugares enfocados sólo para enfermos. En el siglo XII San Bernardo ya utilizaba la palabra hospice para señalar el lugar donde llegaban los peregrinos. San Vicente de Paúl, entre 1581 a 1660, crea hospicios en toda Francia destinados a gente de escasos recursos. En el año de 1842, el término hospice fue utilizado por primera vez para referirse al cuidado de pacientes terminales en Lyon, Francia. Dicha palabra tiene sus raíces del latín y proviene de hospes que significa huésped.

Otra persona que continúa con este movimiento es Mme. Jeanne Garnier, con la institución York. Anne Blunt Storrs funda el Calvary Hospital. En la actualidad esta institución continúa atendiendo a pacientes terminales de cáncer, utilizando los cuidados paliativos. Una hermana Irlandesa de la caridad abre en Dublín Our Lady's Hospice, en el año de 1879. Para 1948 se instalan casas protestantes en Londres, el St. Luke's Home for the Dying Poor es una de ellas. En este lugar Cicely Saunders trabaja durante siete años de voluntaria. Existen dos profesionales claves en el surgimiento de esta ciencia: Cicely Saunders y Elizabeth Kubler Ross.

Cicely Saunders nació el 22 de Junio de 1918, en Barnet al sur de Londres. Provenía de familia acomodada donde no era bien visto que se estudiara enfermería, por lo que inicia sus estudios en Oxford de Política, Filosofía y Economía. En 1939, con la separación de sus padres y el inicio de la segunda Guerra Mundial estudia enfermería y concluye sus estudios en el año 1944, en la escuela del St. Thomas's Hospital Nightingale School en Londres.

Siempre fue una excelente enfermera, pero esta actividad resultaba perjudicial para su salud, ya que tenía problemas de espalda. Los médicos le aconsejaron que realizara otro tipo de tareas; de tal forma que decide ingresar de nueva cuenta a Oxford, esta vez para estudiar trabajo social. En este ramo conoce en 1947, a David Tasman, un polaco judío que se encontraba en fase terminal con un cáncer avanzado. David contaba en esas fechas con 40 años de edad. Se enamoran, él da un sentido más a su vida, ya que se encontraba solo. Juntos comenzaron a pensar que hacia falta un sitio diferente a un hospital para atender a pacientes

terminales, tratar el dolor; y donde fueran cuidados con más amor, ayudados por personal capacitado para atender sus necesidades.

Al morir David, Cicely pone en marcha el proyecto que tenían en mente. Continúa su labor de trabajadora social en el Hospital St. Luke's, dedica su tiempo en las lecturas de memorias del centro, recopilando información del Dr. Howard Barret, quien fuera el fundador de dicho lugar. El doctor Barret le propone a Cicely estudiar medicina, por lo que a los 33 años ingresa a St. Thomas's Hospital School. Termina sus estudios en 1957. Durante siete años se dedica a la investigación del cuidado de pacientes terminales con la finalidad de hacer algo para solucionar la situación de abandono en la que se encontraban estos enfermos en los grandes hospitales.

En esa época se da cuenta que los pacientes utilizan opiáceos en promedio cada cuatro horas, comienza a escucharlos y a tomar nota de sus necesidades. Este método se fue aplicando en el Hospital St. Lukes's, a través de capacitación al personal del cuidado y atención a este tipo de pacientes. De inmediato se ve su eficiencia, por lo que se difunde rápidamente entre el personal dedicado a la salud.

En 1961 nace la fundación St. Christopher's Hospice, pero es hasta el año 1967, en el mes de julio, cuando se abre el primer hospice en Sydenham, al sur de Londres, con el nombre de St. Christopher.

Posteriormente pone en marcha el “movimiento hospice” que daría lugar a lo que hoy se conoce como “cuidados paliativos” que proporciona: atención integral, activa y continuada a los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinario; no con la finalidad de alargar a toda costa la supervivencia del paciente terminal, sino de mejorar su “calidad de vida” y cubrir todas sus necesidades.

#### **4.- DESARROLLO DE HOSPICES EN LONDRES**

En 1996 comienzan a surgir nuevos centros con el nombre de movimiento hospice, ya que esta modalidad fue rápidamente imitada en el Reino Unido, para estas fechas había 217 unidades hospitalarias con una capacidad de 3,215 camas,

sólo para enfermos terminales. Desde 1970 tres hechos importantes determinan los Cuidados Paliativos:

- 1.- La visita domiciliaria.
- 2.- El cuidado al paciente en centros de día.
- 3.- Equipo de soporte en hospitales.

La fundación Macmillan Cáncer Relief promovió desde sus inicios equipos especializados en el tratamiento en Cuidados Paliativos. Para 1997 se contaba con un equipo de 1,500 enfermeras y 160 médicos que atendían a 16,000 enfermos de cáncer. Esta fundación también cuenta con profesorado como médicos oncólogos.

Otra formación es Marie Curie Cáncer Care, dedicada al soporte social. Las enfermeras de Marie Curie atienden al 40% de los enfermos con Cáncer en el Reino Unido: siendo alrededor de 20,000 pacientes y cuentan con 11 hospitales. En 1987 la Medicina Paliativa es reconocida como especialidad, no sólo en el Reino Unido, sino también en Austria, Polonia y Canadá.

## **5.- LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN CANADÁ, ESTADOS UNIDOS Y ESPAÑA.**

Canadá. Se describe el concepto de hospice ligado a la estructura física de una institución. En los setentas Winnipeg y Montreal introdujeron el concepto de Unidad de Cuidados Paliativos dentro de los hospitales para enfermos terminales. Belfaur Mount abre la Unidad del Royal Victoria Hospital en Montreal.

España. En los años ochentas se desarrolla la Medicina Paliativa con profesionales que toman conciencia que se puede cuidar de otra forma al paciente terminal. La primera Unidad de Cuidados Paliativos fue promovida en 1982 por Jaime Sanz Ortiz y en 1987 se construyó la Unidad del Hospital de la Santa Creu de Vic en Barcelona.

## **6.- CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO.**

El fundador de las “Clínicas de Dolor” en la ciudad de México es el Dr. Vicente García Olivera, quien fue entrenado en Estados Unidos por el Dr. John Bonica. A su regreso a México, el Dr. García aplica su aprendizaje en la apertura de Clínicas de Dolor y a su vez realiza entrenamiento a nuevos médicos en el ámbito de dolor.

1972. Inicia la Clínica de Dolor en el Instituto Nacional de Nutrición Cd. De México, bajo la responsabilidad del Dr. Ramón de Lille Fuentes. El Dr. Vicente García Olivera en el Hospital General de México, entrena al Dr. Ricardo Plancarte Sánchez quién toma la responsabilidad en el Instituto Nacional de Cancerología de México, D.F. (INCAN). El Dr. Plancarte capacita al Dr. Jorge Jiménez Tornero, quien inicia esta práctica en Guadalajara, Jal., en el Hospital General de Occidente (Zoquiapan) junto con la Dra. Dolores Gallardo Rincón. En Jalisco esta modalidad continúa en el Hospital Civil de Guadalajara (Hospital Belén) con el Dr. Oscar Sierra Álvarez.

1988. Termina su especialidad la siguiente generación en el Instituto Nacional de Cancerología, México (INCAN). Egresan: el Dr. Gustavo Montejo Rosas, Dr. Guillermo Aréchiga Órnelas y la Dra. Silvia Allende Pérez.

1992. En el Hospital Civil de Guadalajara (Juan I Dr. Menchaca) se instala la primera “Unidad de Cuidados Paliativos” por el Dr. Gustavo Montejo Rosas. El Dr. Guillermo Aréchiga Órnelas en Hospital General de Occidente (Zoquiapan). La Dra. Silvia Allende Pérez en el Instituto Nacional de Cancerología. Otras Clínicas de Dolor y escuelas de más reciente formación en Cd. De México “Federico Gómez”.

1999. En Guadalajara, Jalisco da inicio el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, bajo la dirección de la Dra. Gloria Domínguez Castillejos. Auspiciado por la Universidad Autónoma Guadalajara.

2000. Inicia el proyecto del Instituto con el Dr. Guillermo Aéchiga Órnelas que pertenece a la Secretaria de Salud Jalisco.

2002. En agosto abre sus puertas “Hospice Cristina”, Institución privada primera en su tipo en la República Mexicana. Utiliza en todo su contexto el movimiento hospices creado por Cicely Saunders; es único en su género. Fue fundado por la



enfermera Beatríz Montes de Oca Pérez, actual directora. Cuenta con un equipo interdisciplinario para “cuidar” los síntomas presentes de la enfermedad, incluye el apoyo de Médicos Algólogos Paliativistas y ayuda Psicológica, Tanatológica y Espiritual, la cual se brinda tanto al paciente como a la familia. Ofrece “Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo” en estancia y visita domiciliaria.

2004. En diciembre abre sus puertas Hospice México, asociación hermana del Hospice Cristina, pero con sede en el Distrito Federal. Ambas instituciones comparten los mismos principios de atención al enfermo terminal y su familia. Hospice México es parte de una empresa privada dedicada a la medicina del dolor y cuidado paliativo, atención a enfermos terminales, oncológicos. Cuenta con una Fundación con atención a pacientes de escasos recursos económicos y otra dedicada a la educación e Investigación Médica.

### ES BUENO SABER QUE . . .

El equipo paliativo está integrado por : Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Tanatólogos, Trabajadoras Sociales y Guías Espirituales. La creación de unidades de tratamiento del dolor y manejo de enfermos terminales, donde solo se les puede dar cuidados paliativos a través de los años, ha sido una respuesta a esa otra parte de la medicina donde no se cura, sino que se hace algo probablemente más importante: mitigar el sufrimiento y dar alivio al ser humano en todas las áreas que lo constituyen. Esta visión tiene que ir en aumento aunado al cambio en las pirámides poblacionales, a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas calidad de vida. Por lo que, la población en general debe estar enterada de esta alternativa viable para mitigar el sufrimiento.

## 7.- DRA. CICELY SAUNDERS PIONERA DE LOS CUIDA PALIATIVOS.



Cicely Saunders, mujer que transformo el cuidado de los moribundos, Cicely Saunders (1918-2005), fallecida el 14 de julio a los 87 años. Fue la culminación de una vida dedicada al cuidado de los moribundos, coincidentalmente murió el día en que se venera a San Camilo de Lelis; Santo Patrono de los enfermos terminales y moribundos. Su logro fue empezar en 1967 el moderno movimiento Hospice.

Dame Cicely (en 1980 recibió el título de Dama del Imperio Británico) demostró que era posible morir en paz y sin grandes dolores. Debido en parte a su influencia, los cuidados paliativos han llegado a ser reconocidos como una especialidad médica. Dame Cicely sabía que cuidar a los moribundos no se reduce a tratar el dolor. Por eso desarrolló la teoría del “dolor total” , que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. “La experiencia total del paciente comprende ansiedad, la preocupación por la pena que afligirá a la familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en que confiar.

Estudió Enfermería y Social, en 1945 sus padres se divorciaron y ella se convirtió de agnóstica en cristiana evangélica. “ Rezo para saber cómo servir mejor a Dios ”

## TRES POLACOS EN SU VIDA

La respuesta vino al año siguiente cuando se enamoró de un judío polaco moribundo llamado David Tasma, el primero de sus tres amores polacos. “David necesitaba ponerse en paz con el Dios de sus padres y tiempo para resolver quién era, recordaba Dame Cicely. Cuando Tasma murió, legó a Saunders 500 libras, una suma no pequeña en aquellos días, para empezar un hospicio. Ahora estaba clara su misión en la vida: una casa donde los moribundos recibieran el mejor cuidado médico, junto con afecto y comprensión. Un médico le dijo que la gente no haría caso a una enfermera, así que a los 33 años empezó la carrera de medicina. En 1957 obtuvo el título y una beca para investigar el tratamiento del dolor en los enfermos incurables; a la vez, trabajaba en un hospicio para moribundos pobres llevado por las Hermanas de la Caridad. Allí encontró al segundo polaco de su vida. Antonio Michniewiez, quien le enseñó cómo podía ser la muerte cuando está rodeada de cuidado amoroso. Él le inspiró el nombre de su futuro hospicio para personas en el tramo final del viaje de su vida. San Cristóbal, patrón de los viajeros.

### EL PRIMER “ Hospice”

En 1967 se abrió St. Christopher’s en Londres. Tres años después de la muerte de Antoni, vio un cuadro de la Crucifixión en una galería y pensó que quedaría bien en el hospicio. Contactó con el artista, el polaco Marian Bohusz-Szyszko, y terminó enamorándose de él, aunque era 18 años mayor que ella. Era un ferviente católico que todavía mantenía a su esposa de la que estaba separado y no se casó con Dame Cicely hasta que enviudó. Ella tenía 61 años y él 79 y una salud frágil.

Dame Cicely le proporcionó cuidados constantes, hasta que Marian terminó sus días en St. Christopher’s en 1995. Dame Cicely nunca dejó de trabajar, aunque abandonó su participación activa en St. Christopher’s en 1985.

En 2002 constituyó la Cicle Saunders Foundation, para promover la investigación en cuidados paliativos. Según una nota necrológica del “Times” de Londres, hace muchos años dijo que prefería morir de cáncer, pues le daría tiempo para reflexionar sobre su vida y poner en orden sus asuntos materiales y espirituales. Y así ocurrió. Murió en St. Christopher’s de cáncer de mama. Mujer de convicciones cristianas.

Desde el punto de vista médico, Cicely Saunders seguramente será recordada por un método relativamente novedoso para aliviar el dolor: administrar sedación continua para dejar al paciente en una situación estable en la que esté consciente y tenga una razonable calidad de vida, en vez de una sedación intermitente ante cada aumento del dolor. Se opuso a la eutanasia, argumentando que todo el mundo tenía derecho a morir bien, sin dolor y con dignidad, y que la muerte podía ser una experiencia positiva.

Fue también una mujer de convicciones cristianas profundas, cuyos hospicios estaban abiertos a personas de todas las creencias y a las que no tenían ninguna. Era capaz de hablar de la muerte con una parte natural y positiva de toda una vida, traduciendo algunos rasgos de su propio enfoque cristiano a un lenguaje profano. “Los que trabajan en cuidados paliativos han de tener en cuenta que también ellos deben encarar esta dimensión para sí mismos.

Algunos cuidadores como pacientes, viven en una sociedad secularizada y carecen de lenguaje religioso. Por supuesto, algunos tienen raíces religiosas y encontrarán ayuda para sus necesidades espirituales en una devoción, una liturgia o un sacramento. Pero otros no. En este caso, sugerencias bien intencionadas pero faltas de sensibilidad pueden no ser bien recibidas. “Sin embargo, si ponemos en juego no sólo nuestra capacidad profesional sino también nuestra común y vulnerable humanidad, no necesitaremos palabras, sino solo una escucha atenta. Para aquellos que no desean compartir sus preocupaciones interiores, el modo en que se les cuida puede llegar a lo más profundo de su intimidad. Sentimientos de miedo o culpabilidad pueden ser inconsolables, pero muchos de nosotros hemos advertido cuándo ha tenido lugar un viaje interior y si una persona próxima al final de su vida ha encontrado la paz. En ese momento pueden crecer o restablecerse relaciones importantes y desarrollarse un nuevo sentido de autoestima”.<sup>1</sup>

Las voces que hoy se oyen más en los debates sobre la eutanasia son a menudo las de sus defensores. Pero a la larga será la voz suave y más humana de Dame Cicely Saunders quien ayudará a muchos a morir en paz: “Importas porque eres tú, me importas hasta el último momento de tu vida”.

---

<sup>1</sup> [www.muertedigna.com](http://www.muertedigna.com)

## 8.- MINISTROS DE LA BUENA MUERTE: SAN CAMILO DE LELIS.



(1550 – 1614)

Nació en Italia, se le considera el santo patrono de los enfermos terminales y trabajadores de la salud. Su día se celebra 14 de julio.

Fue religioso capuchino de la orden de San Francisco de Asís dirigida por San Felipe Neri.

Fundo la comunidad de “Siervos de Cristo” para atención de enfermos, que después dio origen a la congregación de los CAMILOS en Roma y posteriormente se extendió por todo el mundo.

Su oración era : “Señor, dame tiempo para hacer penitencia” antes de morir sacó la llave del hospital que atendía y dijo : “Esta es la llave que me abrirá el reino de los cielos”. Sus vestimentas religiosas son de color oscuro con una cruz roja en el pecho.

San Camilo de Lellis fue canonizado por el Papa Benedicto XIV en 1746.

## ES BUENO SABER QUE . . .

En la edad media se encuentra por primera vez el término hospice; el nombre correspondía a los lugares donde los peregrinos, en su camino a Tierra Santa, encontraban confort y hospitalidad. En 1846 Mary Alkenhead, fundadora de las hermanas de la caridad Irlandesas, recoge el término hospice para los lugares donde su congregación trata de dar respuesta a las necesidades y cuidados de los enfermos en etapa terminal. esto ya lo pusieron arriba

Uno de los mas famosos fue el de Santiago en Roma, fundado el 8 de Diciembre de 1591 en el cual estuvo asistido San Camilo por uñas en los pies que se le abrían constantemente.

Al estar ahí San Camilo se enamoró de la actividad y posteriormente descubrió su verdadera vocación: servir a sus semejantes a través de los enfermos y moribundos. Después fundó su congregación que se extendió por todo el mundo.

Al llegar a México la congregación de los Padres de la Buena Muerte, conocida en la Nueva España como Clérigos Regulares Ministros de los Enfermos Agonizantes de San Camilo de Lelis, se fundó en 1584 bajo el título de : Casa del Sagrado Corazón de Jesús y de San Camilo de Lelis.

Posteriormente fundaron su convento en la Ciudad de México el 2 de junio de 1756. Uno de sus principales lemas es: “Nadie tiene mayor amor que el que da la vida por sus amigos” (Jn 15,23).

En la actualidad tienen la capacidad de atender en sus consultorios y visitas a domicilio a más de dos mil personas. Conventos las Hijas de San Camilo, fundados por el beato Luis Tezza y por la beata Josefina Vannini.



Los Camilos tienen como misión: “Servir a los enfermos con humanidad y competencia, especialmente a los más desfavorecidos y promover la salud y una nueva cultura de la vida”.

Uno de sus principales representantes en la actualidad es el Dr. Arnaldo Pangrazzi docente en el Instituto Internacional Camilianum de Roma, ha impartido cursos sobre el duelo, el suicidio, cuidados paliativos. Entre algunos de sus libros podemos citar “ Hacer bien el bien” “suicidio” ( consultar videos en you tube con titulo Arnaldo Pangrazzi) por varios años en Estados Unidos, grupos de mutua ayuda para las personas afectadas por el cáncer, padres que han perdido un hijo, viudos y viudas, familiares de personas que se han suicidado o han querido suicidarse. Con la experiencia adquirida, ha promovido la metodología de los grupos de mutua ayuda a través de cursos dados en varios países.

Aquí en México la Comunidad de Religiosos Camilos, tienen su domicilio en

Av. Pablo Casal # 2983

Col. Prados Provincia C.P. 44670

Guadalajara, Jal., Mex.

Tel. 01-33-36-40-40-90

## 9.- EL ORIGEN DE LA BUENA MUERTE Y LOS ARTES MORIENDI.

Los Artes Moriendi son libros muy antiguos que tuvieron una gran fama entre los años 1450 y 1540. Llevan como título *El arte de morir* y como subtítulo *Apuntes sobre la Buena Muerte*.

Estaban destinados a las personas que acompañaban a los moribundos, sacerdotes o laicos y tenían por objeto ayudar a los cristianos a bien morir, o sea, a morir cristianamente.

Los diez capítulos sus grabados exponen e ilustran las cinco pruebas que el moribundo debe vencer para morir bien y llegar al cielo. Las tentaciones sutilmente presentadas y que la clínica contemporánea las confirma ampliamente son: la tentación de la ira, de la desesperanza, la del apego a las cosas del mundo y la del orgullo o de la vanagloria. Los textos son cortos pero compactos. Definen específicamente, para cada tentación, sus causas más frecuentes y ponen las maneras más comunes de ser explicadas. Por ejemplo: la desesperanza es el fruto combinado del dolor, y la indiferencia de los sobrevivientes; la duda puede minar tanto la fe en Dios, como la confianza en sí mismo, etc.

El primer grabado representa al moribundo en su cama recibiendo los Santos Óleos, lo que satisface a su ángel guardián y desconcierta al diablo. Los siguientes representan al agonizante, aún en su cama, y se le ve a veces atacado y acosado por los diablos, y a veces tranquilizado y consolado por los ángeles. El doceavo y último muestra el maravilloso desenlace de tan terrible combate: el Bien ha derrotado al Mal. Los ángeles han ganado y los demonios, despavoridos, huyen hacia los cuatro cardinales.

Pero también representa esta victoria vista desde el ángulo del moribundo de manera muy significativa y muy sutil: el hombre sigue en su lecho, muerto ya para el mundo visible, pero, por su boca, da a luz en el mundo invisible, a un niño que es recibido, alabado, aclamado por los ángeles, que están llenos de felicidad. Este último grabado es la imagen de la *Buena Muerte*.



## **10.- CONVERGENCIA DE ENFERMEDADES, FINES Y ENFOQUES.**

Resulta realmente interesante ver como las disciplinas científicas y las actividades del ser humano tienen sus puntos de convergencia y divergencia.

En este caso al analizar el quehacer de la tanatología, cuidados paliativos y religión nos llevan al servicio del ser humano como algo total, integral Bio-psico-social y espiritual.

Se ve como las actividades en los conventos y hospitales tienden hacia un mismo fin: “Curar el dolor de la muerte y el de la desesperanza”

Los fines son los mismos; los enfermos y los medios son diferentes. El servidor público es el medio; el bienestar del paciente es el fin.

Algo muy curioso que sucedió al realizar este trabajo fue la coincidencia de la fecha 14 de julio, día que se celebra a San Camilo de Lelis y exactamente en un día igual fallece la pionera de los cuidados paliativos la Dra. Cicely Saunders.

“La muerte no es más que un cambio de misión” (León Tolstoy)

## **II.- ANTECEDENTES TEÓRICOS**

**“Como la muerte logra permanecer en la mente de aquellos que continúan viviendo” (Cicely Saunders)**

## **1.- DEFINICIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.**

¿Qué son los cuidados paliativos?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el “cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”. Destacaba que los cuidados paliativos no deben limitarse a los últimos días de la vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

Se estableció que el día 10 de Octubre se celebre el día de los Cuidados Paliativos, por lo cual es importante dar a conocer sus beneficios. Cabe señalar que los cuidados paliativos no aceleran ni retrasan el curso de la enfermedad, únicamente disminuyen los síntomas dolorosos y su aplicación ayudaría en gran medida a que los enfermos en la situación terminal vivan de la mejor forma posible.

## **2.- PRINCIPIOS SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.**

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.

- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y después en el duelo.
- Utilizan un equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

“SER: Es Libertad hacia la muerte” (Heidegger).

### **3.- FUNDAMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.**

Sin duda alguna todo el pensamiento y actividades del ser humano están orientadas hacia un fin y sustentadas en algunos principios científicos que sirvan como referencia de consulta para ampliar información.

Se acompañan con algunas máximas que hacen referencia al enfoque y quehacer de los cuidados paliativos sobre la vida y la muerte.

En Psicología se puede notar una íntima relación con la corriente Humanista de Abraham Maslow (con su jerarquía de necesidades o pirámide) y Carl Rogers (con su creatividad de desarrollo de sus potencialidades para ser feliz). También está en el Pragmatismo de Willian James (El cual dice que hay que hacer práctica la teoría).

Hablando de Filosofía es ahí donde mas se fundamentan los cuidados paliativos por que todo se centra en el ser (ontología) en sus valores (axiología) en el absoluto (Dios) en le hombre (antropología) en el orden (lógica y ética) en el conocimiento (epistemología).

Nos permitimos hacer mención de algunos el Filósofos con algunas de sus frases celebres, con la finalidad de que sirvan de motivación para todo el personal que trabaja en el área de cuidados paliativos.

Sócrates: “Conócete a ti mismo”.

Platón: “El cuerpo es la cárcel del alma”

Aristóteles: “El hombre es bueno por naturaleza porque proviene de origen divino (Eudemonismo)”

San Agustín: “La fé le da sentido a la vida y a la muerte”.

Séneca: “Hay que meditar constantemente en la muerte, para no temerla”.

“La ceniza iguala a los hombres”.

“La muerte es un don que Dios nos ha dado para regresar a él”.

Marco Aurelio: “El hombre es un alma que arrastra a un cadáver”.

Victor Frankl: “Si el dolor es malo, sufrirlo sin encontrarle un sentido es todavía peor”.

En el campo de la Epistemología, los cuidados paliativos se encuentran incluidos en el devenir del materialismo dialéctico.

En cuanto a la Sociología se puede decir que está en influencia con el estructural funcionalista de Emilio Durkein.

Los cuidados paliativos tienen como:

Objetivo: control del dolor y sufrimiento psicológico y espiritual.

Meta: calidad de vida hasta el final de la vida.

Filosofía: trabajar más por el vivir que por el morir. Trabajar más por la vida que por la muerte.

#### **4.- EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS, UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**



“Es mas deseable una hermosa muerte, que una larga vida” (Lucio Anneo Séneca)

**LOS CUIDADOS PALIATIVOS TIENEN COMO OBJETIVO:**

- a) Aliviar el dolor y el sufrimiento.
- b) Mejorar la calidad de vida y muerte.
- c) Manejo integral de la persona.

Por supuesto que nos estamos refiriendo al Dolor Total, al Humano, que no es únicamente dolor físico. Cassel opina que el sufrimiento toma fuerza siempre que se ven amenazados algunos de los aspectos de la Persona, sea nuestro cuerpo

biológico, o nuestro papel dentro de la familia, o nuestra visión acerca del futuro inmediato o mediato, o nuestra habilidad para trascendernos a nosotros mismos.

Esto significa que, para que el Paciente pueda ser entendido y comprendido de una manera adecuada para él, los miembros del Equipo de Salud deberían ser capaces de intervenir apropiadamente en cada uno de estos campos: el físico, el psicosocial y el espiritual: cualquiera que sea el que esté provocando el dolor; lo que nos exige tener una pericia y un conocimiento especiales.

Sin embargo debemos tomar en cuenta dos cosas: por una parte, es prácticamente imposible que un solo individuo domine los asuntos del cuerpo, de la psique, los sociales y los religiosos y espirituales. Y por otra, debemos fijarnos que los pacientes se relacionen con otras personas de manera individual.

En verdad, un auténtico Equipo de Salud Interdisciplinario estará formado por individuos que tienen, cada uno, diferentes estudios, propios de una distinta disciplina científica; la visión conjunta de todos ellos podrá hacer que se llegue más fácilmente a la meta propuesta, que es, sencillamente, aumentar la Calidad de Vida del Paciente.

#### DEFINICIÓN DE UN EQUIPO.

Un Equipo es un grupo de personas, con un propósito común, que trabajan juntos. Cada individuo tendrá una profesión, o un entrenamiento y una experiencia particulares.

Por otra parte, se logra llegar a la meta común teniendo reuniones frecuentes, en las que participen todos los sujetos que forman el Equipo, en las que puedan comunicarse la información necesaria y en las que se discutan abiertamente los planes para una acción futura y se tomen decisiones en conjunto. Esto exige a cada uno de los miembros que subordine sus necesidades y deseos personales en miras al bien total, y sean capaces de abrirse para aceptar buenamente las contribuciones de los demás, los que también son parte del equipo.

## LOS MIEMBROS DE UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Un Equipo multi e interdisciplinario, podrá estar compuesto de muy variadas maneras, dependiendo del grado de desenvolvimiento de los programas, de sus objetivos y de los recursos que estén a la mano.

En el centro del Equipo deberá estar siempre, en primer lugar, el Paciente, y en seguida, su familia cercana.

## EL PACIENTE Y SU FAMILIA.

Tanto el Enfermo Terminal como su familia, deben ser considerados como miembros del Equipo de Cuidados Paliativos. La información que ellos pueden dar acerca de cómo se van sintiendo, tanto física como emocionalmente, y de cuál ha sido la respuesta del paciente al tratamiento, es fundamental para hacer un buen plan de trabajo, en el que ellos, enfermo y familia, deben participar abiertamente. De esta manera el paciente queda bien informado sobre lo que está sucediendo y tiene la oportunidad de platicar con alguna persona, miembro del equipo de salud, que le haya inspirado confianza, y le pueda escuchar, atender y así podrá estar seguro que lo comprenderá.

El paciente y su familia deben participar en lo posible con el equipo médico en las decisiones terapéuticas. Al fin de cuentas se trata de la vida del enfermo. Y éste podrá así expresar libremente sus sentimientos y lo hará sin miedo al regaño o a la incomprensión, ni tampoco, a provocar un mayor sufrimiento a los suyos; se evita de esta manera una probable represión que pueda tener y que lo obligue a callar por cualquier causa. Por otra parte, únicamente el propio paciente será el que diga cuál de todos sus problemas es el que, en ese momento, tiene más importancia a lo que el Equipo de Cuidados Paliativos había identificado como la principal o más urgente. Al mismo tiempo el enfermo y su familia son los que pueden decir cuál es el papel que ellos están dispuestos a jugar en la situación que se avecina.

Recordemos que se dice que los pacientes son nuestros mejores maestros, siempre y cuando seamos capaces de escucharlos.

## EL MÉDICO.

Cuando el dolor es incontrolable y surgen los otros síntomas, todo lo demás es secundario. Curar los síntomas físicos es la base de los Cuidados Paliativos . De aquí se sigue que el médico es el que juega el papel central en el Equipo Multidisciplinario de los Cuidados Paliativos.

Los Médicos Paliativistas deben ser competentes en lo que se refiere a la medicina general, pero también en todo lo relacionado al Cuidado Tanatológico. Menos mal que ya, en muchas partes, se hace el entrenamiento especial de Algólogos y Paliativistas. Estos deben tener un conocimiento básico de muchas especialidades, entre ellas, cirugía, anestesia, medicina familiar, oncología, psiquiatría y medicina interna. Su principal compromiso es mejorar la calidad de vida de su enfermo y la de los familiares cercanos, por lo que se debe creer en la filosofía de la medicina que ve al Paciente Total. Él está llamado a curar a la Persona Total. Por eso, además de sus conocimientos profesionales, debe tener las siguientes cualidades: compasión (del latín, sufrir con), paciencia, madurez y confianza Durante todo el proceso hasta la muerte

## ENFERMERA

Las cualidades que todos los pacientes y familiares esperan que tenga toda enfermera, son las mismas que se esperan en la que trabaja en el campo de los Cuidados Paliativos.

Ella es, dentro del equipo, la que está más con el paciente y con la familia, incluso en los Hospitales. Este prolongado y cercano contacto da a la enfermera una oportunidad única de conocer al paciente y de saber qué es lo que le da alivio y qué es lo que se lo quita. Por esto, es la que pondrá más atención a los detalles de la atención física: baño, cuidado de la boca, la vejiga y de los intestinos, de la dieta y de los fluidos corporales, entre otros. Igualmente podrá organizar el ambiente del paciente para minimizar las pérdidas de control.



## TRABAJADORA SOCIAL

Su función principal es ayudar, tanto al paciente como a su familia, a lidiar con los problemas personales y sociales que traen consigo la enfermedad la impotencia y la Muerte. Uno de sus objetivos deberá ser aliviar el dolor que nace del conocimiento del diagnóstico, del pronóstico y de las expectativas que pueden ser muy negativas tanto para el enfermo como para la familia; lo mismo que de todos esos problemas que se presentan por una enfermedad terminal. La Trabajadora Social puede ser verdadera ayuda al Equipo de Cuidados Paliativos especialmente cuando hay problemas familiares y económicos.

## MINISTROS RELIGIOSOS

Digo Ministros Religiosos, y no simplemente Capellán, porque en muchos hospitales, al menos en México, no existen capellanes, y sí hay, en cambio, Ministros de las diferentes religiones o sectas que existen en el País, que visitan con regularidad a los enfermos hospitalizados, o que van al domicilio del paciente cuando éste, o la familia, los llama.

El Ministro Religioso es un miembro del Equipo que tiene un papel clave. Sus conocimientos, su sensibilidad y sus palabras son las que podrán dar respuesta profunda al Sentido de la Vida y del sufrimiento del Paciente y de la Familia, quienes continuamente se enfrentan a estas preguntas. Podrá quitar los sentimientos de culpa que suelen aparecer ante la cercanía de la Muerte y que, si no se quitan, serán sus más fieles y dolorosos compañeros cuando ésta ocurra. Limpiar la conciencia de los pecados cometidos, a los que sólo el Sacerdote puede absolver. O fortalecer la Fe del paciente que a lo mejor está debilitada, a pesar de que poco antes parecía muy firme. Será el que pueda ofrecer el recurso de los Sacramentos, lo que es esencial para las familias católicas. Y es quien podrá decir esas palabras de consuelo, de luz, de guía y de Esperanza Real.

Quien quiera formar parte del Equipo de Cuidados Paliativos, deberá ser un Ministro Religioso muy comprometido con su propia Religión y Espiritualidad, al mismo tiempo, debe ser tan flexible como sean las necesidades de los que recurren a él.

Mirando hacia adentro del Equipo, podrá servir de consultor en cuestiones éticas y de facilitador cuando haya situaciones de estrés y de conflicto.

## EL TANATÓLOGO

Dentro del Equipo de Salud su misión es la propia del Especialista en Enfermos Terminales y en Fase Terminal, y en sus familiares. Su razón de ser es única: Curar el Dolor de la Muerte y el del Desesperanza. Por eso su papel es crucial dentro del Equipo.

Para lograr su cometido debe tener un conocimiento auténticamente profesional de lo que es el Proceso de Morir, lo que es la Muerte y la Trascendencia, y cuáles son las necesidades del Enfermo y de la familia en cada uno de los momentos que crucen a lo largo de dicho proceso, y cuáles las emociones que se entremezclan dentro de cada uno de los involucrados en el Proceso. El Tanatólogo debe ser el confidente, el que esté con el Enfermo cuando éste, o cualquier familiar, lo necesiten, aquel que con su presencia diga un sincero: “Estoy contigo” al enfermo y a los miembros de la familia, y el que debe llegar a ser el otro significativo para los sufrientes.

Se necesita una formación psicológica especializada, tener los conocimientos médicos pertinentes sobre la enfermedad y los tratamientos, un profundo entendimiento de la Espiritualidad y de la Religión; la Religiosidad del paciente y su familia, una gran capacidad para escuchar y para decir la palabra adecuada en el momento oportuno, un sexto sentido que le ayude a discernir y descubrir las necesidades reales del enfermo, un sentido del humor que sepa llevar la sonrisa en donde se encuentra solamente dolor, humildad para aprender, saber trabajar en Equipo, y un amor verdaderamente incondicional.

## VOLUNTARIADO

Los Voluntarios que trabajan en Equipo de Cuidados Paliativos, son los que proveen tanto al staff médico como el paramédico, de todas aquellas cosas que puedan

proporcionar una mejor calidad de vida al paciente y a su familia. Una de sus funciones es la de extender el potencial del programa de Cuidados Paliativos, por lo que su primera tarea es la de dejar claras, ante la comunidad, las metas de los programas del Equipo, y de descubrir los recursos con los que se pueda contar. Por supuesto que se necesita un Coordinador del Voluntariado.

Algunas de sus funciones serán fuera del Hospital, como por ejemplo, sacar a pasear el perrito del Hospitalizado o regar el pasto del jardín de la casa del enfermo; labores simples, sí, pero que harán que el Enfermo se encuentre mejor en el Hospital sabiendo que ni su mascota, ni sus plantas van a sufrir por su ausencia. Otras serán dentro del mismo Hospital, dependiendo éstas de las necesidades del paciente.

### CARACTERÍSTICAS DE UN EQUIPO EFICIENTE.

Todo Equipo constituido por seres humanos, para que sea efectivo, deberá tener al menos las siguientes cualidades; pero si esto es cierto para todo Equipo Humano, lo es con mayor razón si se trata de un Equipo de Cuidados Paliativos:

1. Un Equipo es orgánico: en él, el Todo es mayor que la suma de los individuos que forman parte del mismo.
2. Es interdependiente: sus miembros, o triunfan juntos, o juntos fallan.
3. Es Alegre. Sus miembros deben gozar de un sentido de pertenencia y de camaradería.
4. Es Civilizado y Estructurado. Sus miembros aprenden a supeditar sus intereses personales a favor de un objetivo mayor y, al mismo tiempo, aprenden a compartir y a interactuar.
5. Los miembros del Equipo saben hablar entre ellos, tanto de sus problemas y de aquello que los hace sentir más vulnerables, como de sus cualidades y de aquello que los hace sentirse con más fuerza y más vigor.
6. Cuando un tema de conversación es difícil de tratar, o es conflictivo, los miembros del Equipo pueden encararlo cara a cara, con respeto mutuo pero con toda sinceridad.
7. El intercambio de ideas, conocimientos, experiencias de los que forman el equipo, derivan necesariamente en el crecimiento profesional de cada uno de sus miembros.

“La manera como muere el paciente, queda en la mente de los sobrevivientes”

(Cicely Saunders)

### **III.- LA RELACIÓN ENTRE TANATOLOGIA Y BIOÉTICA.**

“La muerte es el mejor invento” (Steve Jobs)

#### **1.- ABORDAJE BREVE ENTRE ESTAS DOS CIENCIAS.**

El título lo cambie en el índice, hay que cambiarlo para que quede igual hablando filosóficamente la Tanatología es la ciencia integral y multidisciplinaria que se encarga de encontrar y de darle sentido a los procesos de la vida y la muerte. La vida y la muerte son las dos caras de la misma moneda, donde no se puede hablar de una sin contemplar a la otra. No se pueden concebir de forma separada; son complementarias y suplementarias donde la vida lleva a la muerte, y ésta a su vez lleva a la primera.

Para ejemplificar un poco lo anterior nos permitimos enunciar algunos pares de palabras para reflexionar en su relación y complementación: Nacer-morir, Amor-odio, Tristeza-alegría, Pérdida-ganancia, Liberar-reprimir, Día-noche, Muerte-sueño, Absoluto-relativo, Ideal-real, Teoría-práctica, Sensible-latente, Salud-enfermedad, EROS-THANATOS.

Al respecto la Dra. Elizabeth Kübler Ross decía que tanatología es una instancia de atención a los moribundos. Refiriéndose al religioso de San Camilos de Lelis el Dr. Arnaldo Pangrazzi dice que la tanatología es el arte de acompañar con sensibilidad e interés a enfermos terminales, personas en duelo o personas que trabajan con enfermos.

#### **OBJETIVOS DE LA TANATOLOGIA-**

- Se centran en la calidad de la vida del paciente, pues deben evitar la prolongación innecesaria de la vida, así como también su acortamiento deliberado.

Es decir, deben propiciar una “Muerte Digna” que se pueda definir como aquella en la cual hay:

- a) Persistencia de las relaciones significativas del enfermo.
- b) Intervalo permisible y aceptable para el dolor.
- c) Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo.
- d) Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre.
- e) Consumación en la medida de lo posible, de los deseos predominantes y de los instintivos del enfermo.
- f).- Creencias del enfermo en la oportunidad.
- g).- Todo lo anterior será dentro del marco ideal del ego del paciente.

- Fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes y estudiantes de medicina para enfrentar con éxito la difícil pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la “Cultura de la Muerte” mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad.

En lo que se refiere a Bioética se puede decir que es la fusión de dos ciencias (Biología – Ética). Este término surgió hace unos 20 años, por Van Reusselaer Potter. Debido a su importancia esta materia curricular se ha incluido en las licenciaturas del área de salud y ciencias médicas.

La Bioética es la aplicación de las ciencias biológicas a la salud y a la calidad de vida. Es lo moral, de los actos relacionados con la vida y la salud. (E.S. Greccia)

La Bioética es la nueva ética médica que expresa la crisis y la reforma que está ocurriendo.

Abordando un poco más sobre la Ética se puede decir que del griego Ethos=costumbre, moral, relacionada con el carácter. Es una rama de la Filosofía que se encarga de estudiar los valores morales del hombre. Está en íntima relación con la Lógica, Teología, Axiología, Ontología y Psicología.

Hablar de Ética nos conlleva a mencionar a la moral y la virtud.

La primera es una ciencia práctica del buen vivir para con Dios, con el prójimo y con nosotros mismos. La segunda, proviene del Latín “vir” que significa hombre enérgico, hombre de carácter.

Las virtudes se dividen en dos:

1. Teologales o divinas: Fé, Esperanza y Caridad.
2. Morales o del hombre. Son las que mueven a ordenar nuestras costumbres conforme a la recta razón, ilustrada por la fé.

Las virtudes morales son cuatro:

1. La Prudencia (discreción, docilidad, circunspección, diligencia)
2. La Justicia (Piedad filial, respeto, obediencia, gratitud, veracidad, etc.)
3. La Fortaleza (confianza, paciencia, magnanimidad, perseverancia)
4. La Templanza (sobriedad, castidad, clemencia, mansedumbre, humildad, modestia, etc.)

Creíamos necesario ampliar un poco la terminología ética, para lograr su comprensión al juntarla con la Biología y formar el término Bioética, la cual al juntarla con la tanatología se puede apreciar que las tres juntas buscan el bienestar del hombre, luchando y respetando la vida en todas sus formas y manifestaciones.

. “ La Fe le da sentido a la vida y a la muerte” (San Agustín).

### SABIAS QUE . . .

- Paliativo – son acciones que pretenden encubrir, disimular, mitigar, aminorar, suavizar, calmar, atenuar una dolencia física o moral.
- La Escatología es el conjunto de creencias y doctrinas referentes al destino último del hombre y del universo.

## 2.- AXIOLOGÍA Y PSICOLOGÍA; PUNTOS DE CONGRUENCIA.

“Los valores se derivan del concepto que se tenga del hombre”

(A.V.R.)

Si analizamos lo que se ha venido explicando con anterioridad del quehacer y fundamento de la filosofía, tanatología, epistemología y bioética en referencia a los cuidados paliativos creemos conveniente ahora introducir algo referente al campo de acción de la axiología y de la psicología humanista de Abraham Maslow, para ver como todas concuerdan en su quehacer humano en que lo conciben como un ser bio-psico-social con necesidades humanas que tienden a elevarse cada vez más de lo material a lo espiritual hasta llegar a la autorrealización que le permitan estar bien con Dios, con sus semejantes y consigo mismo para alcanzar con gusto una muerte digna.

En la siguiente página, se muestra un cuadro jerárquico de las escalas de valores. En él se puede observar como eleva el nivel A\_B\_C\_D.

Es un cuadro de doble entrada, donde se tiene que interrelacionar el lado vertical con el horizontal.

Max Scheler (1874 – 1928) aplicó la fenomenología al campo de los valores, del hombre y de Dios.

Los Cuidados Paliativos descansan en una fundamentación psicológica de la corriente humanista de Abraham Maslow, por lo cual se agrega su pirámide de necesidades en la cual se puede apreciar igual que la anterior como su punto máximo al que se aspira, es la “AUTORREALIZACIÓN”

“¡Vida nada me debes! ¡Vida estamos en paz!”

(Amado Nervo)

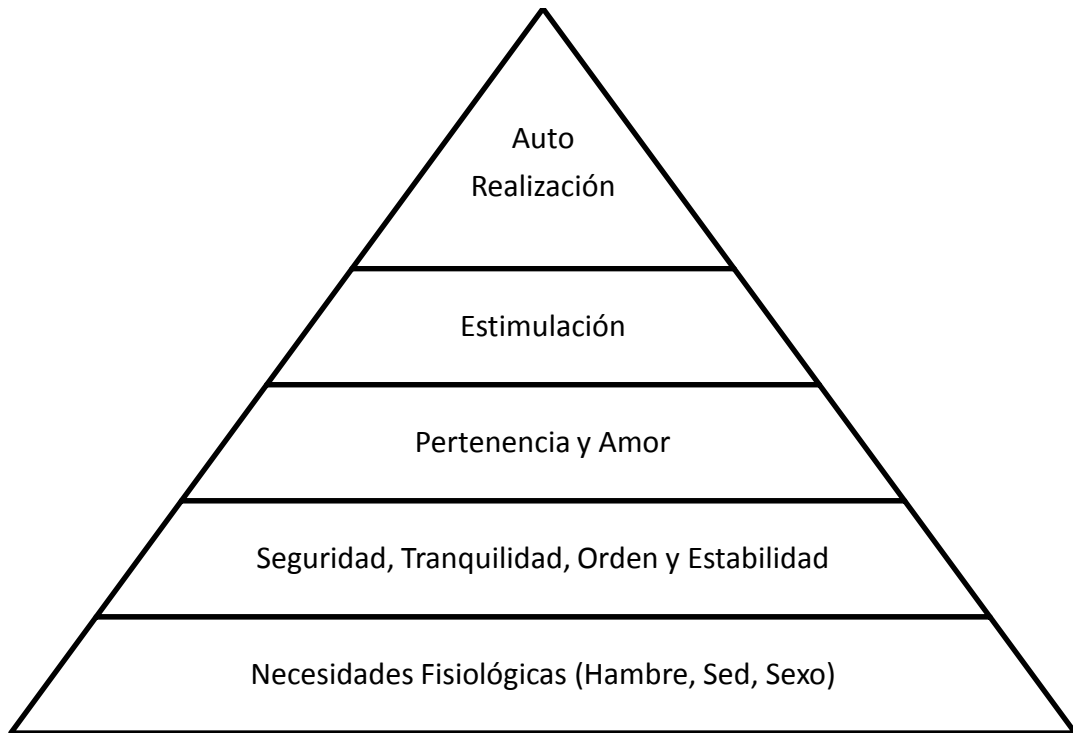
## CUADRO DE AMBITOS DE VALORES

| CATEGORIA O NIVEL | ESFERA DE VALORES | FIN OBJETIVOS            | FIN OBJETIVOS       | ACTIVIDADES  | QUE INTERVIENEN CON PREPONDERANCIA          | NECESIDADES QUE SATISFACE | TIPO DE HOMBRE                     | CIENCIA QUE LA ESTUDIA |
|-------------------|-------------------|--------------------------|---------------------|--|---|---------------------------|------------------------------------|------------------------|
| <b>D</b>          | RELIGIOSO         | DIOS                     | SANTIDAD            | CULTO INTERNO, VIRTUALES SOBRENATURALES                    | TODA LA PERSONA DIRIGIDA POR LA FE          | AUTO REALIZACIÓN          | SANTO                              | TEOLÒGIA               |
|                   |                   |                          |                     | VIRTUDES HUMANAS   | LIBERTAD DIRIGIDA POR LA RAZÓN              |                           |                                    |                        |
| <b>C</b>          | ESTÈTICOS         | BELLEZA                  | GOZO DE ARMONIA     | CONTEPLACIÓN CREACIÓN INTERPRETACIÓN                       | TODA PERSONALIDAD ANTE ALGO MATERNAL        | AUTO REALIZACIÓN          | ARTISTA                            | ESTÈTICA               |
|                   |                   |                          |                     | ABSTRACCIÓN Y CONSTRUCCIÓN                                 | RAZÓN                                       |                           |                                    |                        |
| <b>C</b>          | INTELLECTUALES    | VERDAD                   | SABIDURIA           | MANIFESTACIÓN DE CARIÑO, TERNURA, SENTIMIENTOS Y EMOCIONES | EFFECTIVIDAD                                | DEL YO SOCIALES           | SENSIBLE                           | PSICOLOGÍA             |
|                   |                   |                          |                     | RELACIÓN CON HOMBRE, MASA, LIDERAZGO POLITICA CORTESIA     | CAPACIDAD DE INTERACCIÓN Y ADAPTACIÓN       |                           |                                    |                        |
| <b>B</b>          | SOCIALES          | AMOR                     | GRADO AFECTO PLACER | HIGIENE  | CUERPO                                      | DEL YO SOCIALES           | CIVILIZADO O FAMOSO LIDER POLITICO | SOCIOLÒGIA             |
|                   |                   |                          |                     | ADMINISTRACIÓN   | COSAS A LAS QUE SE DA UN VALOR CONVENCIONAL |                           |                                    |                        |
| <b>B</b>          | FÍSICOS           | SALUD                    | FAMA PRESTIGIO      | ADMINISTRACIÓN   | COSAS A LAS QUE SE DA UN VALOR CONVENCIONAL | SEGURIDAD FISIOLÒGICAS    | HOMBRE DE NEGOCIOS                 | ECONOMÍA               |
|                   |                   |                          |                     | CONFORT  | BIENES NATURALES RIQUEZA                    |                           |                                    |                        |
| <b>A</b>          | ECONÒMICOS        | BIENES NATURALES RIQUEZA | CONFORT             | ADMINISTRACIÓN   | COSAS A LAS QUE SE DA UN VALOR CONVENCIONAL | SEGURIDAD FISIOLÒGICAS    | HOMBRE DE NEGOCIOS                 | ECONOMÍA               |

Prof. Alfonso Valdovino Rangel.



## JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES



PIRÁMIDE DE ABRAHAM MASLOW

### 3.- CONCEPTOS GENERALES EN TORNO A LA MUERTE DIGNA Y LA EUTANASIA.

“Morir es el destino común de los hombres; morir con alegría es el privilegio del hombre virtuoso”  
(Isòcrates)

Para poder continuar es necesario partir de las definiciones de EUTANASIA Y ORTOTANASIA.

La primera implica la muerte sin sufrimiento, sus raíces etimológicas provienen del Griego EU que significa bueno y de THANATOS que significa muerte, y su interpretación sería muerte sin dolor sin sufrimiento.

Y la segunda significa la muerte justa la muerte exacta dejando que la muerte llegue por sí misma.

Aún antes de que se acuñaran estos términos los pueblos primitivos ya practicaban lo que hoy se conoce como eutanasia eugenésica es decir.- eliminaban a aquellos individuos subnormales para supervivencia del grupo.

En los tiempos históricos de Grecia se hace referencia a la eutanasia en el juramento Hipocrático en donde afirmaban la santidad de la persona y el verdadero bienestar del paciente por esa razón hizo que los médicos juraran que nunca usarían su conocimiento para matar incluso ante la solicitud del paciente.<sup>2</sup>

En cambio Platón decía “Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo” (La Republica 422 – 337 A.C ) Séneca por su parte mencionaba “Es preferible quitarse la vida a una vida sin sentido y con sufrimiento” Epicteto predicaba la muerte como una afirmación de la libre voluntad.

En la época actual hay un sin número de casos que han manifestado el deseo de morir antes de continuar con un estado de vida deplorable y con sufrimiento emocional dolores físicos insoportables. Además de un pronóstico malo y con deterioro gradual en la salud.

Tenemos el caso del español Ramón Sanpedro un hombre tetrapléjico desde hace 30 años, quién llevaba más de 25 años exigiendo a la justicia su derecho a poner fin a su vida con la eutanasia.- el 12 de enero de 1998 murió y a los pocos días se descubrió ante la conmoción mundial que había fallecido tras un suicidio asistido con cianuro, ayudado por amigos en forma anónima.

**Muerte Digna:** es la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles. También se denomina ortotanasia.

Pretenden algunos identificarla con la muerte “a petición” , provocadas por el médico, cuando la vida ya no puede ofrecer un mínimo de confort que sería imprescindible; sería para éstos la muerte provocada por eutanasia.

Es tener calidad de vida total hasta el último momento de su vida. Es morir sin conflicto, consciente de su finitud y aceptando su partida.

---

<sup>2</sup> Frecuente que al verse desahuciado el paciente pida a su médico que le ayude a morir.

**Ortotanasia:** es la muerte en buenas condiciones, con las molestias aliviadas. Se refiere a la decisión de dejar morir al enfermo sin aplicarle tratamiento que prolonguen su sufrimiento, pero brindando todos los Cuidados Paliativos posibles. Significa “Muerte Correcta”.

**Eutanasia activa:** es la eutanasia que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente.

**Eutanasia pasiva:** es la eutanasia por dejar morir intencionalmente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que son necesarios y razonables. Esta expresión -eutanasia pasiva- se utiliza en ocasiones indebidamente para referirse, en una buena práctica médica, a la omisión de tratamientos desproporcionados que son contraproducentes indeseables o muy costosos.

No se debe hablar de ningún tipo de eutanasia en esos casos, puesto que fomenta la ambigüedad y contribuye a difuminar los límites entre el correcto ejercicio de la medicina y la eutanasia. Es lo que intentan los partidarios de esta práctica.

Conviene, sin embargo, mantener la expresión y el concepto específico de **eutanasia pasiva**, pues, en ocasiones, se acaba así con la vida del paciente, por indicación médica: negándole cuidados que son necesarios y razonables.

**Eutanasia voluntaria:** la que se lleva a cabo con consentimiento del paciente.

**Eutanasia involuntaria:** practicada sin el conocimiento del paciente.

**Encarnizamiento terapéutico:** (también o ensañamiento terapéuticos): la de tratamientos inútiles; o, sí son útiles, desproporcionadamente molestos o caros para el resultado que se espera de ellos. Es un intento de retardar lo más posible la muerte, gracias a una intervención médica (dionigitetlamanzi). Es el uso exagerado de técnicas biomédicas llamadas anteriormente de “reanimación” y hoy de prolongación de vida.

**Distanasia:** es la muerte en malas condiciones, con dolor, molestias, sufrimiento... Sería la muerte con un mal tratamiento del dolor, o la asociada al encarnizamiento terapéutico.

**Sedación terminal:** es la correcta práctica médica de inducir el sueño del paciente, para que no sienta dolor, en los ya muy raros casos de dolor rebeldes a todo tratamiento. Una sedación suave acompañando a los analgésicos, que los potencia manteniendo la conciencia del paciente, es muy recomendable.

**Enfermo desahuciado:** el que padece una enfermedad para la que no existe un tratamiento curativo y que es mortal, aunque no necesariamente a corto plazo.

. “Es muy dulce llegar a la muerte, mecido por las plegarias de un hijo”

(Friedrich Von Shiller)

SABIAS QUE . . . .

**PLAÑIDERAS.-** Es el nombre que reciben las mujeres que cobran dinero por ir a llorar a los funerales. Esta costumbre es muy antigua y se hacía para resaltar y darle importancia al cortejo y al difunto.

#### **4.- LOS MIEDOS AL REDEDOR DE LA MUERTE: Paciente, Familia,**

##### **Equipo de Salud.**

“La vida es un lapso de tiempo que transcurre entre un milagro de nacer y un misterio de morir”  
(A.V.R.)

Los momentos de la muerte son: diagnóstico, enfermedad y muerte.

Ante la cercanía de la muerte surge la angustia, la desesperanza y miedos que paralizan la razón y entendimiento del enfermo y de todos los que lo rodean.

A continuación se hará mención de algunos de estos miedos que invaden a todos los involucrados:

#### PACIENTE

- A la propia muerte.
- A lo desconocido.
- A no ser bien atendido.
- A no poder vivir más.
- A la soledad.
- Al dolor y sufrimiento.
- A no poder controlar su enfermedad.
- A no poder controlar su cuerpo.
- A perder la salud.
- A no poder recuperar nunca la salud.
- A perder la libertad de ser y hacer.
- A no poder perdonar.
- A dejar deudas.
- A haber desperdiciado la vida.
- A perder la paz interna.
- A conservar a sus familiares.
- A ser olvidado.
- A las despedidas.
- A perder su identidad e imagen.
- A que no le digan lo que sienten.
- A no tener muerte digna.

#### FAMILIA

- De perder a un ser querido.
- De que el ser querido sufra.
- De que el ser querido tenga miedo.
- A no poder ayudarlo.
- A no poder estar cerca de él.
- A no tener esperanzas.
- A no hacer lo correcto.
- A no poder decir la verdad.

- A los gastos.
- Al futuro impredecible.
- A la soledad.
- Al desamparo.
- A que el tratamiento no sea el adecuado.
- A tener que demostrar sus miedos.
- A no ser suficientemente fuerte.
- A no participar en su cuidado.
- A no poder perdonar al enfermo.

## EQUIPO DE SALUD

- A sentirse culpable.
- A llorar.
- A sentir la posibilidad de su propia muerte.
- A la muerte de sus seres queridos.
- A involucrarse emocionalmente.
- A demostrar su dolor y tristeza.
- A demostrar sus miedos.
- A su incapacidad técnica.
- A que lo culpen.
- A que le afecte demasiado.
- A tomar decisiones equivocadas.
- A la frustración.
- A la impotencia.
- A no saber usar las palabras adecuadas.
- A no poder ayudar a los familiares.
- A sentirse mal consigo mismo.
- A no saber consolar.
- A perder su omnipotencia.
- A reconocer su finitud.

## SABIAS QUE . . .

Los aforismos son axiomas, máximas, sentencias doctrinales breves generalmente aplicadas a la filosofía y medicina.

Los aforismos de Hipócrates gozan de fama universal:

“El médico debe trabajar a la cabecera del paciente, puesto que cada uno presenta un problema distinto”

“Médico cúrate a ti mismo”

“Mente sana en cuerpo sano” (Juvenal)

“Gobierna a tu mente o ella te gobernará a ti” (Horacio)

“Polvo eres y en polvo te convertirás” (Génesis 3,19)

### **5.- MORIR EN CASA: VENTAJAS Y DESVENTAJAS.**

“La muerte es el momento en que el alma abandona la morada del cuerpo”  
(Hipócrates)

Con anterioridad la gente moría en casa porque no había los hospitales y atenciones suficientes. Era común ver morir a los enfermos rodeados de sus seres queridos y vecinos. También ahí se realizaba el velorio y los ritos culturales del funeral.

Al hacer mención de esto, nos permitíamos parafrasear una cita del Doctor Felipe Martínez Arronte que dice: Si la casa del hombre es un castillo. Durante la vida debe permanecer ahí, cuando esté llegando la muerte”.

Para morir en casa es necesario que la familia se organice cómo va a una atención adecuada al enfermo para lo cual es deseable considerar algunos aspectos como.

- Adaptarle un espacio limpio, confortable y silencioso.
- Que la familia se encuentre unida compartiendo responsabilidades.
- Que no se le deje la carga total al cuidador primario.
- Que el costo de las atenciones materiales sean absorbidas por todos los miembros.
- Estar pendiente que el enfermo tenga todas las atenciones psicológicas y espirituales necesarias.
- Hacerse cargo de su alimentación y aseo personal.
- Procurar que tome sus medicamentos en la dosis y horario indicado.

#### VENTAJAS

- La familia y el paciente tienen la oportunidad de vivir juntos una experiencia sin restricciones hasta el último momento.
- El costo es más económico.
- El paciente y la familia tienen el control de la situación.
- Las visitas de familiares, vecinos y amigos son flexibles.
- No está tan sólo y desatendido.
- Los procedimientos de prolongación de vida no están accesibles, aunque las puedan obtener si se necesitan.
- Los alimentos y las actividades están más apegados al estilo de vida o a las preferencias del enfermo.
- El paciente puede despedirse cara a cara con cada familiar.
- Se sentirá acompañado al momento de su partida.

#### DESVENTAJAS

- Los familiares no entienden que el cuidado de estos pacientes requiere a veces las 24 horas.
- La familia puede sentirse abandonada por el equipo de salud.



- La familia no está preparada técnicamente para el cuidado del paciente.
- Sentirse que murió en la soledad y con visitas restringidas sobre todo si es de noche.
- No tener la suficiente confianza con el equipo de salud.
- No poder vivir y compartir al 100% su espiritualidad.
- Puede ser que al momento de su muerte sólo se encuentre un familiar presente.

### SABIAS QUE . . .

“La conspiración del silencio es cuando todos los médicos y familiares le ocultan la verdad total al paciente para evitarle dolor y sufrimiento”.

Estas son sólo algunas anotaciones que quedan para su análisis y reflexión para en su momento dar alguna opinión u orientación.

“La vida es corta; Viviendo todo falta, muriendo todo sobra” (Lope de Vega)

“Ante la muerte reflexiono ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? Será mi encuentro con Dios”

(A.V.R.)

## 6.- ESPIRITUALIDAD Y SUFRIMIENTO

“Si el dolor es malo, sufrirlo sin encontrarle un sentido es todavía peor”

(Victor Frankl)

“La vida es un comienzo que nos lleva hacia un destino final. Todos sabemos que llegar allí es nuestro desafío. Hay muchas formas de conseguirlo. Sin embargo, existen algunos caminos que son parada obligada” (Jorge Bucay)

Hablando tanatológicamente es muy importante abordar este tema porque es algo muy íntimo y personal a cada ser humano, ya que por naturaleza es un ser

ontológicamente espiritual. El término espiritualidad (del Latín spiritus, espíritu) puede tener diferentes significados, dependiendo en el contexto en que se use.

Tradicionalmente se relaciona s con la religión en la perspectiva de la relación entre el ser humano y un ser superior (Dios) y de la salvación del alma. Desde el punto de vista filosófico, hace referencia a la oposición entre materia y espíritu, o entre interioridad y exterioridad. También hace referencia a la búsqueda del sentido de la vida, de esperanza o de liberación, y enfoques relacionados (iniciación, rito, Nueva Era). Igualmente puede entenderse de forma separada de la Fé en Dios, refiriéndose a una “Espiritualidad sin Dios” . A veces, en el ámbito literario, el término obedece sólo a aspectos estéticos estilísticos.

Al retomar un poco el enfoque religioso se hace necesario definir algunos términos como: “Religión” La cual Sto. Tomás de Aquino la define como: “La relación del hombre con Dios”. Mausbach la precisa diciendo: Religión es aquella virtud por la que rendimos a Dios, nuestro Creador y Señor absoluto, el honor debido y le manifestamos nuestra sumisión.

Otro término es Misticismo el cual se entiende como sentir y manifestar la presencia de Dios en nuestras vidas.

Otra palabra clave es la oración, la cual se le considera como una plática abierta y sincera con Dios. La oración es una forma sencilla de llegar al corazón del hombre. De sentir sus deseos, sus miedos, su agradecimiento, sus enojos; es la mejor manera de expresar los anhelos y de manifestar los mas profundos sentimientos.

Entendiendo y comprendiendo los términos anteriores, toda persona enferma podrá dar el siguiente paso: aceptar la verdad del dolor y sufrimiento, porque, por la meditación, habrá descubierto que estos tienen un sentido trascendental . Hallará que no está prediciendo un castigo de Dios, por lo que perderá el miedo. Reconocerá que, al contrario su sufrir lo está uniendo a El, y llegará a experimentar que, estando con Dios lo tiene todo.

Volviendo a la espiritualidad se puede decir que ser espiritual es estar conscientes de que Dios vive en nosotros siempre y no sólo en momentos determinados. La espiritualidad eleva la habilidad de descubrir la belleza en las cosas, el reconocer la verdad en los significados y la bondad en sus valores.

La espiritualidad no se nos regala, es producto de nuestro trabajo personal, esfuerzo, carácter y voluntad para aflorar nuestro yo interno y servir a los demás.

Ser espiritual es encontrar a Dios en todas las cosas que nos rodean, en todas las situaciones que vivimos porque no es necesario ver a Dios con los ojos de la carne, para discernirlo a través de la visión facultada por la Fé de la mente espiritualizada. Cuando encontramos a Dios en nuestra alma nos damos cuenta que conocer a nuestro prójimo, es entender sus problemas y aprender a amarlos es la suprema experiencia de la vida, porque en nuestro corazón solo hay cabida para el amor, la empatía y la comprensión. Ser espiritual significa tener unificado todo nuestro ser, porque la verdad y la bondad son realidades divinas.

Volviendo a las definiciones iniciales, en el enfoque filosófico, que sin duda alguna son las mas profundas, sólo se hará mención muy ligeramente de algunos filósofos, para aterrizar un poco más amplio en lo que hace referencia a la búsqueda del sentido de la vida; de Victor Frankl.

En este apartado llaman la atención Platón, Séneca, Hipócrates, Marcos Aurelio, etc. Que hacen mención de que el hombre está compuesto de cuerpo y alma; que al morir cada quien vuelve a su origen.

En el enfoque científico nos llamó la atención una frase de Alberto Einstein que dice: “La ciencia sin religión es coja, y la religión sin ciencia es ciega”.

Algunos datos y características de Victor Frankl:

|                |                                      |
|----------------|--------------------------------------|
| Nacimiento:    | 26 de Marzo de 1905 Viena, Austria.  |
| Fallecimiento: | 2 de Septiembre de 1997              |
| Campo:         | Neurología, Psiquiatría - Judío.     |
| Conocido por:  | Logoterapia, psicología existencial. |

Creó un nuevo enfoque terapéutico llamado “Logoterapia” (Psicoterapia centrada en la búsqueda de sentido) que constituye tres principios básicos: “La voluntad de sentido” “El sentido de la vida” y “La libertad de volición”. Para Frankl el ser humano es libre, posee la capacidad de elegir. . . “El ser humano se halla sometido a ciertas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, pero dependerá de cada persona, el dejarse determinar por las circunstancias o enfrentarse a ellas” La logoterapia también llamada “Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia”, se centra en el sentido por parte del ser humano; de acuerdo con esta, la primera fuerza

motivante del hombre es la lucha por encontrarle sentido a su vida (voluntad del sentido) en comparación de la voluntad del placer.

La logoterapia considera que “La esencia de la existencia estriba en la capacidad del ser humano para responder responsablemente a las demandas que la vida le plantea en cada particular”. La autorrealización no se logra a la manera de un fin, más bien como fruto legítimo de la propia trascendencia. Siguiendo la logoterapia, se puede descubrir o realizar el sentido de la vida a partir de 3 modos diferentes:

- Realizando una acción.
- Acogiendo las donaciones de la existencia.
- Por el sufrimiento (Padecer un dolor físico o moral) realizando una acción.-  
Es hacer obras de servicio a los demás para que te ayuden ser útil.

## EL SENTIDO DEL AMOR

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

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

## EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

Al enfrentarse a la noticia de una enfermedad incurable, la vida ofrece la oportunidad de realizar un valor supremo de cumplir el sentido más profundo que es: aceptar el sufrimiento. El valor no reside en el sufrimiento en si, sino en la actitud frente al mismo, en actitud para soportarlo. “El sufrimiento deja de ser

sufrimiento, en cierto modo, en cuanto encuentra un sentido, como suele ser el sacrificio.

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

La Logoterapia fundamenta su técnica denominada intensión paradójica en un doble principio: por un lado el miedo provoca precisamente aquello que se teme; por otra parte la hipertensión estorba la realización del efecto que se desea. Por la intensión paradójica se invita al paciente fóbico a realizar precisamente lo que teme, al menos por un momento o una vez.

Este procedimiento consiste en invertir la actitud del paciente: su temor se ve reemplazado por un deseo paradójico. “El” neurótico que aprende a reírse de si mismo puede estar en el camino de gobernarse a si mismo, tal vez de curarse. Esto también es útil en la neurosis obsesivo-compulsivas. El hombre no se limita a existir, sino que decide como será su existencia.

La libertad es una parte de la historia y una parte de la verdad. La libertad es la cara negativa de cualquier fenómeno humano, cuya cara positiva es la responsabilidad. Entre otras características de este enfoque se pueden mencionar:

- El hombre se destruye por sufrir sin sentido.
- El gozo y la esperanza son la sonrisa del amor.
- Es bueno el sufrimiento por amor; no amor por sufrimiento.
- Las tres capacidades principales de la existencia son:
  - a) Experimentar la fuerza del espíritu para vivir por un sentido.
  - b) Asumir su responsabilidad.
  - c) Instituir su libertad.
- La gente ante el sufrimiento puede adoptar actitudes negativas, masoquismo, escapismo, apatía, autocompasión, etc.
- La existencia auténtica es la que se caracteriza por escoger posibilidades reales, una conciencia lúcida y asume la angustia ante la presencia de la muerte.

- El hombre auténtico es un “ser-para-la-muerte”, es decir, vive su contingencia su finitud, su limitación, se anticipa a ella y le da sentido real a cada instante que vive.
- Mira la vida desde la perspectiva de la muerte, induce al hombre a una actitud realista, dispuesto a vivir cada instante en la plenitud de su sentido.  
Para concluir este tema nos permitimos transcribir lo que dijo el Papa Juan Pablo II en su Carta Apostólica:

### EL SENTIDO CRISTIANO DEL DOLOR

- “Cuando el hombre sufre, se pregunta por qué, y sufre de manera más profunda si no encuentra una respuesta satisfactoria. Quien sufre no hace esta pregunta al mundo, sino que la hace a Dios. El sufrimiento y la muerte están para conducir al hombre hacia el futuro de su propia trascendencia, y éste es el único modo de entenderlos. Cuando el cuerpo está gravemente enfermo, se ponen en evidencia la madurez interior y la grandeza espiritual”
- “Cristo no explica abstractamente las razones del sufrimiento, sino que dice, “Ven, sígueme”. El sentido salvador del sufrimiento desciende desde la cruz al nivel humano y se hace respuesta personal de cada hombre ante su dolor. Entonces el hombre encuentra en el sufrimiento la paz interior e incluso la alegría espiritual.

“Señor: Enséñame a conocer la sonrisa del dolor ” (A.V.R.)

“Si en verdad me quieren, dejenme ir con amor” (A.V.R.)

### SABIAS QUE . . .

Las últimas palabras antes de morir de algunos personajes famosos fueron:

Jesucristo

“Padre en tus manos encomiendo mi espíritu”

S.S. Juan Pablo II

“Ya déjenme ir a la casa del Padre”

Madre Teresa de Calcuta a sus religiosas

“Dios está aquí, y me espera allá. ¿Qué temer?”

Santa Teresa de Jesús

“Y tan alta vida espero, que muero porque no muero”

Galileo Galilei

“Y sin embargo se mueve”

Thomas Hobbes, filósofo racionalista inglés

“Estoy a punto de tomar mi último viaje; un salto aterrador a la oscuridad”

Oscar Wilde (Escritor Inglés)

“Estoy muriendo como siempre he vivido: fuera de mis posibilidades”

Ledwig Van Beethoven

“Así que esto es morir, ¿eh? Pues está bien, lo acepto”

El dramaturgo François Revelais

“Ya voy en búsqueda del gran “Quizá”. Bajen el telón. La comedia ha terminado”

Elvis Presley, hablando a dos empresarios que lo visitaron:

“Estoy muriendo, sacios, ya me voy; espero no haberlos aburrido”

San Francisco de Asis

“ Bienvenida hermana muerte “

Y TU...                    *¿Cuáles serian tus últimas palabras?*

#### **IV.- LEY DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.**

“La tanatología clínica se interesa mas por la vida que por la muerte”

El pleno de la Asamblea Legislativa aprobó el 4 de Diciembre del 2007 por unanimidad la Ley de VOLUNTAD ANTICIPADA del Distrito Federal, la cual impulsa la Ortotanasia que reconoce el derecho de los enfermos terminales y desahuciados a decidir si quieren ser sometidos a tratamientos médicos para mantenerse con vida.<sup>3</sup>

Con la aprobación de esta iniciativa quedó atrás la posibilidad de aplicar la Eutanasia en la ciudad de México, que consiste en provocar la muerte o suspender la ayuda médica a un enfermo en etapa terminal.

Esta Ley promueve por primera vez, el documento de Voluntad Anticipada donde una persona puede manifestar su petición consciente y firme de no someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos que propicien el ensañamiento terapéutico, o que en vez de salvar su vida, alargara su sufrimiento.

Este oficio deberá ser avalado por un notario público, un juez cívico o dos testigos, los cuales no podrán ser familiares hasta en cuarto grado y que no sean menores de edad.<sup>4</sup>

Establece que cuando un desahuciado se encuentre impedido para manifestar por sí mismo su voluntad, su cónyuge o concubina, sus hijos mayores de edad o adoptados, sus padres, sus nietos o sus hermanos podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada.

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

---

<sup>3</sup> [www.jccm.es/sanidad/volprinci.html](http://www.jccm.es/sanidad/volprinci.html)

<sup>4</sup> [www.infodisclm.com/documentos/DOCM/2005/ley-voluntades-anticipadas.htm](http://www.infodisclm.com/documentos/DOCM/2005/ley-voluntades-anticipadas.htm)



**Por este tipo de situaciones y con la Nueva Ley de VOLUNTADES ANTICIPADAS se propone un “Decálogo de los derechos del enfermo terminal”**

1. Ser tratado como persona humana hasta el fin de su vida.
2. Recibir una atención personalizada.
3. Participar en las decisiones que afecten los cuidados que se necesitan.
4. Que se apliquen los métodos necesarios para combatir el dolor.
5. Recibir respuestas adecuadas y honestas que el paciente pueda asumir e integrar.
6. Mantener una jerarquía de valores y no ser discriminado porque sus decisiones puedan ser distintas a las de sus cuidadores.
7. Mantener y expresar su fé.
8. Ser tratado por profesionales competentes y capacitados que puedan ayudarle a enfrentar la muerte.
9. Recibir el consuelo de su familia y amigos que desee le acompañen en el proceso de su enfermedad y muerte.
10. Morir en paz y con dignidad.

**DEBATE SOBRE LA EUTANASIA:**

Los debates que se llevan a cabo sobre la eutanasia generalmente terminan enredados en posiciones morales, religiosas y emocionales, pero en realidad sin cuestionar los diferentes puntos de vista, la pregunta es siempre el derecho a la vida y a la calidad de vida de un individuo.

Los grupos pro-vida que se oponen al aborto generalmente se oponen también a la eutanasia, pero aborto y eutanasia son diferentes, el problema del aborto versa sobre la muerte antes de una vida plena, la eutanasia sobre la muerte después de que la vida plena ha terminado.

### **REFLEXIÓN:**

La dignidad humana es el derecho que tiene toda persona a que se le reconozca y se le respete como ser dotado de fin propio y no como un simple medio para los fines de otro. (Encic-Espasa)

Con la preparación, experiencia y sensibilidad el Tanatólogo es el especialista indicado para ayudar al paciente terminal y a su familia dando apoyo, orientación e información sobre los recursos que puede tomar de acuerdo a lo que la Ley en su momento y tiempo establezcan brindándole una **muerte digna**.

P.D. “Para morir en paz es necesario ser libre del mundo material” (PARKES).

## TESTAMENTO DE MI ÚLTIMA VOLUNTAD

Considerando mi derecho humano a que me es lícito ética y moralmente someterme a tratamiento que beneficien mi salud, pero renunciar a terapias inútiles que:

1. Aumenten la condición penosa de mi enfermedad ante la inminencia de la muerte.
2. Que sean desproporcionadas en relación de los riesgos que presentan contra los beneficios que ellos se obtiene, y
3. Que prolonguen la agonía más que ofrecer expectativas de curación.

Hago este Testamento.

En este Testamento expreso, desde ahora que estoy en pleno uso de mis facultades intelectuales y de decisión, mi última voluntad para que se cumpla cuando ya no tenga yo capacidad mental para manifestarla.

Determino, ahora que Dios me concede aún la facultad de pensar y decidir por mí mismo, que cuando dentro de mi enfermedad postrera no haya ya esperanzas razonables para mi recuperación, se me permita morir naturalmente, sin utilizar en mi organismo medios artificiales con el pretendido fin de prolongarme por más tiempo las funciones orgánicas ya de por si detenidas.

Expreso en este testamento que no se efectúen en mi persona maniobras invasivas para introducir en mi organismo instrumentos o tecnología de cualquier índole que activen de manera artificial aquel o aquellos órganos o sistemas que ya no funcionen de manera natural.

Rehusa también a que, ante la inminencia de mi muerte inevitable por el padecimiento de una patología ya irreversible me sometan al conjunto de medidas de tratamiento médicamente desproporcionado, conocido como “encarnizamiento terapéutico”.

Renuncio, en fin, a tratamientos cuyo propósito sea la procuración de un estado de vida orgánica no natural que me provoque una agonía prolongada sin obrar beneficio hacia la curación de mi enfermedad.

Para llevar a efecto la ejecución de este Testamento,

Doy poder a mis familiares \_\_\_\_\_

Y/o a mi médico, Dr. \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Testador \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

## CARTA POSTUMA

León, Gto., 21 de Diciembre del 2011

Sra. Ma. Dolores Núñez L.

P r e s e n t e.

Querida vecina:

Recibe un abrazo solidario en estos momentos de duelo, donde quizá lo más conveniente sería el silencio y la compañía de todas las personas que sentimos la muerte de tu hija, nuestra amada angélica.

Solo te escribo unas cuántas líneas para expresarte mi apoyo incondicional en estos momentos difíciles donde la mente y el corazón no entienden de razones, solo le exigen una explicación a Dios para entender la realidad. Aceptarla es cuestión de fé, de esperanza, de tiempo, aunque siempre en nuestra mente permanecerán vivos todos los momentos felices que disfrutamos con ella y que se han hecho inmortales con su propia muerte.

Espero que de hoy en adelante nuestras relaciones fraternales se estrechen aún más, ya que las penas y alegrías se hicieron para compartirse.

Que la existencia tan efímera de tu hija Angélica sea el motivo de una amistad perdurable.

Con afecto, tu vecina que te estima.

Sra. Socorro González de Morales.

# CONCLUSIONES

Al término del presente trabajo se puede concluir lo siguiente:

- Nada se ha terminado, apenas hemos empezado a escribir un poco de los cuidados paliativos.
- Los temas, al igual que la ciencia, cultura y tecnología se encuentran inmersos en un materialismo dialéctico en constante transformación.
- Mientras no se haga práctica la teoría, todo lo que se diga será en vano y quedará en el estancamiento del discurso teórico.
- Las personas, al igual que las ciencias debe aprender a trabajar en equipo y de una forma grupal e interdisciplinaria, como si fueran cuerpo humano. Hay que atender al paciente terminal en todas sus esferas (física, mental, familiar, social y espiritual) ya que solo en ocasiones sólo lo atendemos parcialmente.
- Nos llamó la atención como muchos términos y acciones médicas están estrechamente ligadas con la religión, leyes de la naturaleza y lo pagano.
- Para ser buen profesional de la salud, aparte de la preparación es deseable tener buen sentido del humor, sentido común, buena intuición espiritualidad y empatía.
- Cicely Saunders, decía refiriéndose al paciente terminal “Tú eres importante, porque eres tú; tú eres importante hasta el último momento de tu vida, nosotros haremos lo posible por ayudarte a aliviar todos los síntomas pero también para que vivas hasta que mueras”.
- Nos quedamos con la inquietud de seguir aprendiendo más sobre el tema.

. “Haced lo que de verdad importa... sólo así podréis bendecir la vida cuando la muerte está cerca”

(Elizabeth Kubler Ross)

# ANEXOS

## POEMA

TE INVITO A ACOMPAÑARME, A ABRIR LOS OJOS Y DEJAR LOS  
PROCEDIMIENTOS A UN LADO.

TE INVITO A CONOCERTE A MI LADO, A COMPARTIR. . .

A COMPARTIR LO QUE SIENTO, Y A MIRAR MÁS ALLÁ DE ESTE  
CUERPO.

TE INVITO A COMPRENDER MI MOMENTO Y A QUE A TRAVÉS DE MIS  
OJOS VEAS EL DOLOR QUE HAY EN MI ALMA.

TE INVITO A TENER PACIENCIA, YA QUEDA POCO TIEMPO. . . .

NO TE PIDO QUE SIENTAS EL MISMO DOLOR QUE ME AFECTA.

NO TE PIDO QUE SUFRAS CONMIGO

TAMPOCO TE PIDO QUE DES ESPERANZAS.

NI QUE CREAS EN LO QUE YO CREO

MI MANO, A SER MI ALIADO EN ESTA TRAVESÍA.

TE INVITO A AYUDARME A OLVIDAR POR UN INSTANTE,

QUE CADA DÍA QUE PASA, ES UNO MENOS DE MI VIDA.

TE INVITO A AYUDARME A SENTIR QUE CADA DÍA QUE PASA,  
ES UN DÍA MENOS DE DOLOR.

VEN CONMIGO UN MOMENTO, SIÉNTATE A MI LADO

MÍRAME A LOS OJOS Y COMPRENDE LO QUE HAY EN ELLOS.

NO ES TAN SOLO EL DOLOR, NO ES TAN SOLO EL SUFRIMIENTO.

ES MI VIDA LA QUE SE VA, ES UNA HISTORIA, UNA FAMILIA, UN  
CORAZÓN QUE NO QUIERE

DEJAR DE LATIR. . . .

Fragmento del poema del Autor

“Tríptico de la vida pequeña, de la muerte y de la vida eterna”

## M U E R T E

Capítulo final.

Ya tal parece que todo ha terminado

Para aquel que se fue.

Crespones en morado, un ataúd;

Afónicos respuestas funerarios.

Negra la pena...largo el sufrimiento...

Frases de formulismo: “Cuanto siento”

“Mi pésame mi amigo;

Quiero que sepas cuanto lo lamento”.

Y saber que tan sólo tres o cuatro viven ese dolor...

Pensar herido por el duro trance;

Tropel de pensamientos sin alcance.

Y de uno y cien recuerdos sin olvido

que hieren más... y más...

Tragos amargos de silencio y lágrimas,

en la noche sin horas...

Y mientras tanto, el ser querido duerme:

llegó al final del viaje de su vida

ya cansado de andar, y quiso reposar.

Más nada terminó: su espíritu, andante infatigable,

llegó del infinito al nacimiento

y ya se fue de nuevo al infinito para nacer de nuevo

a una vida sin término de tiempo.

De lo humano que, teniendo un principio originado en lo  
Divino y un final destinado al no morir ya nunca, deja en  
ridículo la barbarie de las especialidades médicas que alejan  
al hombre de su verdadera dimensión vital.

Y del derecho a una muerte tan sencilla y natural como un  
acto más de su vivir.

Aunque sea el último .

Razón de más para respetarlo, dejando que el polvo vuelva  
Mansamente al polvo.

Descansa pues; reposa sin temor, duerme sereno;  
no importa que el humano llame “muerte” a tu sueño;  
son conceptos, palabras inventadas por el hombre  
que no entiende los hechos  
y no ve más allá de un cuerpo inerte.

Duerme mientras el llanto de dos ojos deshechos  
te ven bajar a tierra de sepulcro.

Sueña tranquilo en lo que no sabemos;

sueña con infinitos que no vemos...



¡sueña con Dios, feliz mortal dichoso  
que lo estas viendo ya!

No cabe amargura.

Ante el acontecer de tu partida

se aclara toda duda:

el hombre lleva su alma revestida

de carne que se oxida en el camino

y de pronto, morimos.

Dejamos la gastada vestidura

Para lucir la que es definitiva.

¡El alma va al estreno de la vida!

¡Vive con Dios, alma inmortal gozosa

que estás con él! ¡Allá!

Bien está todo así, sigue dormido;

No importa que el humano

Llame “muerte” a tu sueño. Son conceptos.

¡Tú que del infinito ya eres dueño,

tú que ya estás con Dios en vida eterna

ve la vida pequeña,

de quienes tanto amaste aquí e la tierra

y que a través de ti, ¡Dios nos bendiga!

Fin

## LA ORACIÓN DEL TANATÓLOGO

Antes de intentar acompañar a un hermano  
en su aflicción por su cercanía de la muerte,  
Permíteme sentir tu amor dentro de mí, para poder  
verlo en su verdadera y más profunda dimensión.

Ayúdame a sentir serenidad para que este hermano que  
Visito su familia, puedan percibir Tu paz y Tu amor.  
Mantenme a salvo de cualquier pensamiento negativo  
Como son el miedo, la desesperanza y la impotencia.

Que mi presencia sea cálida, reconfortante, y lleve y  
paz

Y benevolencia, para aquellos que sufren del dolor ante  
la muerte.

Cobíjame dentro de tu manto de luz, para lograr

Que la fe y la tranquilidad inunden los corazones.

Protege la luz que ilumina mi interior,

Y ayúdame a encender su propia luz, para que él te  
pueda

Percibir como fuente de Paz, serenidad y consuelo,

En sus peores momentos de miedo, de dolor y de  
tristeza.

Permíteme llevar la voz de tu consuelo, el sonido de tu amor,

De tus manos la caricia suave, de tus labios la sonrisa dulce.

Y que estas sublimes sensaciones acompañen sus tristezas,

Y les brinde fuerzas y esperanzas para continuar

Su jornada de aflicción y pena.

Ayúdame a decirle que su corazón requiere soltar todo:

El rencor y el odio, a través de perdón sincero de su alma.

Para que cuando llegue a tu presencia,

Su paz refulgente vibre acorde con tu hermosa luz de amor.

Ayúdame a que poco a poco comprenda,

Que la muerte no es más que el retorno a tu lado,

Y que tú, ansioso estas de recibirlo cuando el momento llegue,

Y abrazarlo, y cobijarlo con tu amor paterno e infinito

## **LA PRESENCIA CONFORTADORA DEL QUE ACOMPAÑA AL MORIBUNDO**

Y siempre la misma inquietud:

¿Y qué le digo al que sufre, al que llora?

¿Y como puedo yo ayudar?, ¿Qué puedo hacer por él?

Tú puedes hacer mucho, mucho más de lo que crees.

Solo regalándole tu presencia confortadora y compasiva,

Que lo llenara de amor, de paz y de empatía.

Solo estando junto a él.

Solo estando junto a él de corazón.

Solo viéndolo a los ojos con ternura.

Solo escuchando sus dolores.

Solo tocándolo suavemente si él te lo permite.

Solo respirando suavemente a su ritmo junto a él.

Solo acompañando su pena con dulzura.

Solo acompañando su pena con tu paz.

Solo acompañando su pena con amor incondicional, sin juicios

Solo acompañando su pena con total aceptación.

Solo acompañando su pena enviándole calor desde su pecho  
Solo pidiéndole al cielo por su paz  
Solo sabiendo que tu presencia lo conforta  
Las palabras: pocas, muy suaves y muy dulces.

No te arriesgues por tratar de decir algo oportuno  
Tu presencia amorosa vale más que mil palabras  
Solo intenta ser una presencia confortadora.

Solo relájate en tu paz interna,  
Para que pueda él percibirla en medio del torbellino de su dolor  
Solo trata de ser siempre una luz serena,  
Que llene de paz y armonía  
El dolor en el corazón de los que sufren.

## BIBLIOGRAFÍA

- ARRANZ ILAR, BARBERO JAVIER, BARRETO PILAR BAVES RAMON  
Intervención Emocional en Cuidados Paliativos.- Modelo y Protocolos.- Ariel  
Ciencia Médica.- Editorial Planeta. España 2009
- BLANCK – CERREJIDO FANNY, CERREJIDO MARCELINO  
La muerte y sus ventajas.- La ciencia para todos 156.- Fondo de la Cultura  
Económica. México
- BUCAY JORGE .- El camino de la espiritualidad: llegar a la cima y seguir subiendo.  
Editor Knopf Doubleday Publishing
- BUCAY JORGE .- El camino de las lágrimas. Colección hojas de ruta. Editorial  
Océano. México
- Diálogos de Platón. - Fedón o del Alma Ed. Porrúa. México
- FRANKL VICTOR. E.- El hombre en busca de sentido. Ed. Herder. 1990
- FRANKL VICTOR. E.- En el principio era sentido. Reflexiones en torno al ser  
humano. Ed. Ibérica, S.A. 1ª Ed. 2001
- FRANKL VICTOR. E.- Psicoanálisis y Existencialismo.- De la Psicoterapia a la  
Logoterapia. Fondo de la Cultura Económica. 1997
- GACÍA, DIEGO.- Ética de los Confines de la Vida. Colombia. Ed. El Búho. 1998
- GUEVARA V.- “Evolución de los Cuidados Paliativos en México” .- Medicina del  
Dolor y Paliativa intersistemas. U. Guevara, México. 2003
- JUAN PABLO II.- Actas y Documentos Pontificios N° 50.- El sentido Cristiano del  
Sufrimiento Humano. 17ª Edición 2011 Ediciones Paulinas
- KÜBLER – ROSS ELISABETH.- La Muerte un amanecer. Ediciones Luciérnaga.  
Barcelona, España

- KÜBLER – ROSS ELISABETH.- Sobre la Muerte y los Moribundos.- Editorial Grijalbo Mondadori. Barcelona, España
- LONGACKER CRISTINE.- “Afrontar la Muerte y Encontrar Esperanza” Ed. Grijalbo, 1997
- LUKAS ELISABERTH.- También tu Sufrimiento tiene Sentido.- Colección Sentido 1ª Ed. 2000
- MARINA DAVID BUZALI.- Valores y Virtudes.- Editorial Panorama 1ª Ed. 1997
- Revista Internacional de Tanatología y Suicidio. Volumen IV, N° 1 Año 2004 Pág. 23, 24, 25, 26, y 27.
- SANCHO GÓMEZ MARCOS.- “Avances en Cuidados Paliativos” 1. III Ed. Gatos 2003
- TABOADA R. PAULINA.- El Derecho a morir con dignidad. Año VI, N° 1 Acta Bioética 2000
- <http://www.infodisclm.com/documentos/00cm/2005/ley-voluntades-anticipadas.htm>
- <http://www.muertedigna.org/textos/euta437.html>.
- <http://www.revista.UNAM.mxvol7/art.23/art23.htm>.
- <Http://www.comilos.es>
- <http://www.paliativos2010blogspot.com>