

La muerte y el morir

Jorge Hernán Calderón Ocampo, M.D. Psiquiatra. MSP
Profesor Universidad de Caldas
Jefe Sección Salud Mental
Dirección Seccional de Salud de Caldas

"... La muerte como fin de la vida se interioriza y se humaniza; el hombre no puede ya encontrarse sino con lo humano; no hay ya otro lado de la vida, y la muerte es un fenómeno humano, es el fenómeno último de la vida, vida todavía".

Jean Paul Sartre

1. Introducción

La muerte es el hecho más común, universal, esperado e inevitable pero que en ocasiones no aceptamos, ni comprendemos y sobre la cual debemos adaptarnos y clarificar nuestra posición frente a las creencias, naturaleza y modalidades del morir.

Es necesario reconocer que la muerte es la última etapa del crecimiento y del desarrollo, es algo normal, algo que forma parte de la existencia humana y que es temida como cualquier acontecimiento que pueda ser amenazante para la existencia.

La confrontación con la propia muerte posee un significado personal, es una situación límite que posee la capacidad de provocar un cambio radical en la manera de vivir. "El hombre es un ser para la muerte".

Hoy en día la muerte ha pasado de ser un hecho natural y familiar cercano a lo cotidiano para convertirse en un fenómeno técnico y medicalizado. La parafernalia del luto ha desaparecido para dar paso al luto ligero (light),

empujados por razones de tipo sanitario, social y económico. El ocultar o maquillar la muerte lleva a 2 tipos de riesgos:

- Tener una peor preparación para la propia muerte y afrontar la muerte de los demás.
- Menos catarsis ante la muerte y la creación de problemas mentales a través de duelos mal elaborados, duelos reprimidos y duelos pospuestos.

La muerte para el hombre es portavoz de lo incierto, del vacío, de la inesperado y de lo desconocido, ante lo cual hay una angustia fundamental que acompaña a la existencia del humano. Se manifiesta como realidad a través de la experiencia de la muerte ajena.

Ella hace referencia al último momento de la vida y del carácter mortal de la existencia. La muerte es un hecho cierto que presenta dimensiones muy diversas y va desde el plano biológico y social a lo personal que da lugar a innumerables perspectivas del morir. La muerte para nuestra cultura es un hecho oculto y ocultable. (5.2.1.7.)

2. Definiciones

La muerte es una experiencia individual como el vivir.

Las definiciones de la muerte obedecen a 3 tipos de preocupaciones:

- a. El interés legítimo en delimitar el objeto de la muerte.
- b. La urgencia práctica basada en normas jurídicas que permiten llevar a cabo extracción de órganos, realizar funerales y asegurar la transmisión del patrimonio.
- c. El interés filosófico, antropológico y religioso de ubicar el hombre frente a la muerte.

Bernat define la muerte humana como el "cese permanente del funcionamiento del organismo como un todo".

En 1969 la Academia Suiza de Ciencias Médicas definió que un ser humano debe considerarse muerto cuando se da alguna de las dos condiciones siguientes:

1. Detención cardiorrespiratoria o paro cardíaco irreversible que corresponde al concepto clásico de muerte.
2. Paro cerebral o falla completa o irreversible de las funciones cerebrales, es el momento de la muerte cerebral.

Alrededor de este criterio se centra gran discusión y se dan una serie de criterios para la formulación de la muerte.

DEFINICIÓN	CRITERIO	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Cese permanente del flujo de los fluidos vitales.	No Encefálico.	No esfuerzos respiratorios. No pulso.
Cese permanente de la integración del funcionamiento del organismo como un todo.	Todo el encéfalo.	Ausencia de reflejos de tronco encefálico. No esfuerzos respiratorios. No movimientos voluntarios.
Pérdida irreversible de la capacidad para la conciencia, combinada con la pérdida irreversible de la capacidad para respirar (y de mantener un latido cardíaco espontáneo).	Tronco encefálico.	No reflejos de tronco encefálico. Apnea.
Pérdida permanente de lo que es esencial para la naturaleza del hombre.	Formulación neocortical.	No respuesta a estímulos. No movimientos voluntarios.

Calixto Machado Curbelo 1988

Para Machado Curbelo (1998) la definición de muerte debe pasar sobre una nueva formulación que implica la cesación de la conciencia.

DEFINICIÓN	CRITERIO	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Pérdida irreversible de la conciencia ya que provee los atributos humanos esenciales y es la función más integradora del organismo.	Conexiones córtico-subcorticales para la generación de ambos. Componentes de la conciencia (capacidad y contenido).	No respuestas de despertar a estímulos (capacidad), no funciones cognitivas ni afectivas (contenido).

Antes de definir la muerte, debemos entender y definir lo que es la vida. "Se entiende la vida primero como un hecho o fenómeno físico (bios) que se autorregula en su propio desarrollo. La vida biológica es un proceso, un movimiento que encierra en sí mismo la dinámica de la reproducción, desarrollo y extinción. La vida humana no es solamente bios, es también conciencia, interioridad. La conciencia es la autopresencia del sujeto o de la persona en dicho movimiento y capacidad refleja no sólo de sentirse afectada por él (vida afectiva y emocional). Esta última es el fundamento de la libertad (Gerardo Rermolina, citado por Cely Galindo, 1998). De la extinción de la vida se deduce la muerte quedando sólo el moribundo o el cadáver. (12. 5. 3. 1.. 9.)

La muerte encefálica se toma como el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de funciones del tallo encefálico comprobado por examen clínico y va basado en los siguientes signos:

- Ausencia de respiración espontánea.
- Pupilas persistente / dilatadas.
- Ausencia de reflejos pupilares a la luz.
- Ausencia reflejo corneano.
- Ausencia reflejos oculo vestibulares.
- Ausencia reflejo faríngeo.

Como producto biológico de la muerte se da el cadáver que se define como: El cuerpo de una persona en la cual se ha producido la muerte encefálica (cese irreversible de funciones vitales cardiorrespiratorias).

3. Características

La muerte tiene múltiples características a saber:

- Forma parte de un fenómeno marcadamente individual y personal.
- Hace parte de una situación real y cierta.
- Es un acto humano y una acción plenamente personal que tiene extensa y continua relación con la vida humana.
- Es inseparable de la naturaleza humana.
- Es cierta en su ocurrencia e incierta en el tiempo a darse.
- Es de "uno mismo", nos morimos solos (es un acontecimiento solitario).

- Es un hecho intransferible (nadie puede morir por mí).
- Es una realidad incompatible (nadie puede participar conmigo el instante final).
- Es una experiencia inmodificable (nadie la puede cambiar).
- Es un fenómeno incomunicable (nadie comunica semejante fenómeno).
- La muerte es susceptible de ser acompañada (la presencia del "otro").
- Es una parte inseparable de la vida (siempre muere alguien vivo).

El pensamiento de la muerte aporta, al hombre las siguientes enseñanzas:

- a. Pensar en la muerte ayuda al hombre a valorar lo que tiene.
- b. Nos ayuda a manejar las ambiciones y las metas vitales.
- c. Nos enseña a no posponer las cosas de la vida, la vida no es ilimitada, hay que vivir el aquí y el ahora, nos lleva a vivir mejor, ("saber estar", "tener capacidad de vivir para tener capacidad de morir").

La muerte es un acontecimiento de la vida, es un suceso de carácter social que según Philippe Aries se celebra con un ceremonial que tiene 3 momentos claves:

1. Aceptación por parte del moribundo del papel activo y protagónico.
2. La despedida de los seres queridos ("la ceremonia de los adioses").
3. Las manifestaciones de dolor.

La muerte puede ser:

1. Inesperada (repentina o catastrófica).
2. Intencional (suicidio).
3. Involuntaria (enfermedad o trauma).
4. Subintencional (alcohólicos, fumadores).

También la muerte puede ser individual o colectiva:

MUERTE INDIVIDUAL

En el hombre que muere, la muerte no es sólo la cesación de la vida biológica, sino la destrucción de la existencia humana. El morir forma parte de la estructura de la muerte donde se siente que se pierde el cuerpo, la libertad, las ganancias personales y se adquiere un sentido de irreversibilidad, asimismo se siente la experiencia de finitud dolorosa e inevitable que se niega a través del sentimiento de inmortalidad.

La muerte individual implica la desaparición del individuo vivo y la reducción a cero de su tensión energética y cesación irreversible de las funciones vitales, especialmente cerebro, corazón y pulmones. La muerte opera a nivel de la célula, del organismo y de la persona en su unidad y especificidad, la muerte es natural y universal, no obstante, ello se presenta como una lesión y se percibe como un accidente arbitrario y brutal. La muerte coincide con la detención de la actividad vital del organismo y con la destrucción del individuo como sistema viviente autónomo. En la existencia de la muerte lo que se percibe con mayor realidad es el moribundo o el cadáver.

MUERTE COLECTIVA

Las formas colectivas de la muerte son muchas, fuera de las pandemias y catástrofes naturales o provocadas, está la guerra a través de la cual se satisfacen pulsiones agresivas. De la guerra se dice que es una institución social altamente mortífera, ejercida por órganos sociales diferenciados y que persigue finalidades polivalentes en especial la destrucción del patrimonio demográfico. Esto lleva a múltiples situaciones de pérdida en las personas, generando depresiones, síndromes postraumáticos y problemas psiquiátricos graves de los cuales muchos no se recuperan. (6,3,5)

4. Proceso de muerte

La muerte como última etapa del ciclo vital en su parte involutiva, tiene un proceso y una significación diferente para cada persona (para unos es un descanso, para otros significa miedo extremo). La muerte puede sobrevenir de forma repentina (sorpresa) o gradual habiéndose previsto.

La muerte presenta en un contexto cultural y social y dentro de este medio se dan las costumbres que conciernen, al duelo, los funerales y luto que simbolizan sus reacciones frente a la pérdida.

En la muerte que sobreviene gradualmente, el enfermo pasa por cinco etapas que han sido descritas por Elisabeth Kubler-Ross en su trabajo con pacientes terminales. Luego del choque frente al desenlace inevitable y del estupor y la agitación que se dan, aparecen como mecanismos de defensa la negación, la cólera, el regateo y la depresión, para dar paso a la aceptación final. Con ello se da una mezcla de conflictos o reacciones

alternas que son afectadas por la edad, el sexo y la personalidad, entre otros; estas etapas son: (10, 11, 9, 3)

❖ FASE DE NEGACIÓN

El enfermo niega la realidad que se pone ante sus ojos y rechaza o duda del diagnóstico.

❖ FASE DE IRA

Hay una agresividad manifiesta dirigida a los seres queridos o al personal que lo atiende. Se siente signado por un destino dañino como si no existiera Dios.

En esta fase se puede rechazar a los médicos y a las personas que los cuidan por sentirse víctima de una gran injusticia que lo ha designado para morir pronto, experimentado sentimientos de frustración, de cólera y agresividad frente a cuanto lo rodea, se torna quejoso frente a la familia, el hospital, contra Dios y contra sí mismo.

❖ FASE DE NEGOCIACIÓN

El enfermo pide plazos, retoma el elemento religioso y se vuelve hacia la fe, ofreciendo promesas para cumplir o propósitos de enmienda, si lo que teme no sucede.

❖ FASE DE DEPRESIÓN

El enfermo pierde interés por el mundo, hay un sentimiento de postración, se disminuye su capacidad de lucha, calla por largo rato y corta su comunicación.

❖ FASE DE ACEPTACIÓN

El enfermo asume y acepta su situación, mejora su actitud y se ayuda mejorando con ello su posibilidad de manejo.

Hay una serie de vivencias fantaseadas que se han conocido en los límites extremos de la vida y que hablan de la experiencia frente al umbral de la muerte y son relatados como gran angustia, percepción de ruidos desagradables, sensación de recorrer un largo túnel oscuro, y posteriormente una sensación de ternura, rodeados de luminosidad, visión de parientes fallecidos, y sensación de desencarnación, además de la visión de entes

espirituales que le dan acogida. Lo anterior es descrito por los entendidos como mecanismos de defensa subterránea contra la muerte.

Otros autores narran la llamada vivencia de la muerte como un proceso en cuatro fases a saber:

- **Rechazo:** Fase en que se niega su existencia no quieren oír o escuchar sobre ella, hay incapacidad para asumir su destino y buscan afanosamente cambiar el rumbo definitivo de la vida (diagnóstico y pronóstico).
- **Autocompasión:** Asume el hecho con sentimientos de autocompasión, presenta sentimientos de ira, culpabiliza de su enfermedad a otros.
- **Rebelión:** Intenta vencer o frenar el advenimiento de la muerte (enfermedad), hay actitud de combate, necesita y requiere de la ayuda de los seres queridos.
- **Aceptación:** Hay una actitud de espera y aceptación, hace balance de su vida e intenta vivir sus últimos momentos con serenidad y resignación. Formaliza arreglos y se dispone a morir.

Otro de los productos de la muerte es la modificación del ámbito psicosocial y que se expresan a través de:

El Duelo: Frente a una pérdida significativa, se presenta un sentimiento subjetivo con un abanico de emociones que se expresa como llanto, hipoactividad, inestabilidad, entre otros. Suele durar entre seis meses a dos años.

Proceso de duelo es el proceso que presenta el ser humano para superar sus respuestas emocionales a la pérdida y con reacciones normales y sanas (duelo, luto, aflicción).

Lo anterior sirve para toma de conciencia frente a la pérdida, valorar, comprender y reconocer la pérdida y la muerte.

Luto: Proceso mediante el cual se revuelve el duelo. Es la expresión social de la conducta y prácticas posteriores a la pérdida. Es el proceso de

superación o resolución de la propia sensación de duelo. Hay manifestaciones de dolor (ropa negra, ceniza).

Aflicción: Es el estado emocional y conductual de sentimientos, pensamientos y actividades que aparece y sigue a una pérdida.

Trabajo de duelo: Proceso psicológico para deshacer los vínculos y elaborar el dolor de pérdida.

Duelo Normal: Respuesta natural ante una pérdida con sentimientos de aturdimiento y perplejidad. Tiene cuatro fases:

1. Fase temprana de intensa depresión (sentimiento abrumador de pérdida).
2. Intensa añoranza (se aglutinan los recuerdos, intenso, vacío y sufrimiento).
3. Fase de intensa desorganización y desesperación (individuo se demora y a veces es incapaz de realizar tareas cotidianas).
4. Etapa de reorganización y reincorporación a la vida (concentra sus energías en vivir sin el objeto perdido).

Duelo no resuelto: (disfuncional o aflicción complicada): Surge cuando el proceso de duelo se prolonga o impide la actividad normal durante un tiempo excesivo, se evidencia la ineficacia del duelo. Hay alteraciones en la alimentación, el sueño y modificación en el nivel de actividad. Hay alteraciones psicológicas (depresión) y alteración de la autoestima.

5. Muerte en el ciclo vital

La muerte se presenta en cualquier instancia del ciclo vital prevista o de repente, dada por enfermedades o propiciada por situaciones de violencia (asesinato), y en cada fase del ciclo vital la persona representa situaciones de tipo cultural y psicosocial que afectan su entorno familiar o comunitario. Se da más frecuente como: (3,2,10,13)

MUERTE DEL BEBÉ

El bebé significa vida y un inicio pleno de promesas y en este lapso de tiempo del inicio puede cobijar desde la gestación, la pérdida por aborto

que suele estar dada por razones médicas y sociales o el mortinato donde la pérdida se produce por situaciones de enfermedad, malformaciones o problemas derivados de circunstancias especiales de la madre. Ambas situaciones producen gran sensación de pérdida y duelos de difícil manejo, cuando el niño muere por tener problemas graves o ser prematuro. En ellos y con referencia a la pérdida se produce una situación de desazón, miedo, gran frustración, ante lo cual la madre busca explicaciones y con ello se dan en muchas ocasiones duelos no resueltos adecuadamente. Ante la angustia de los padres por la pérdida del hijo, pueden perturbarse las relaciones médico-paciente. Dentro de esta situación, una de las áreas demás difícil manejo es la comunicación de la noticia.

MUERTE DEL NIÑO

Los niños participan continuamente de la muerte a través de la televisión, cine, periódicos, entre otros. Se calcula que los niños pueden ver hasta 13.000 y 15.000 muertos antes de llegar a la pubertad y ello influye en los juegos representando la muerte. Una de las maneras como los niños hablan de sus problemas o temores es a través de sus juegos o sus dibujos. Frente a la muerte al niño se le debe hablar honestamente, en términos simples y claros, colocando comparaciones con el dormir, ir o perderse. Generalmente los niños recuerdan de por vida estos sucesos y se les debe ayudar a crear buenos recuerdos en los momentos de mayor sensación de pérdida o tristeza, teniendo presente la circunstancia que sucedió.

MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA

La pérdida de un miembro de la familia puede tener efectos catastróficos para el resto de la familia y la naturaleza o tipo de la muerte, afecta de alguna manera a los parientes, generando:

- Incapacidad para manejar sentimientos intensos, tensión crónica, confusión y agotamiento.
- Trastornos del sueño con pesadillas e insomnios.
- Dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales.
- Capacidad disminuida en su eficiencia laboral.

MUERTE EN LA ADOLESCENCIA

La muerte en la adolescencia está ligada a la violencia. En general entre

nosotros las muertes entre los 14 y 24 años está dado por accidentes, homicidios y suicidios, lo que reflejan el estilo de vida.

Los adolescentes tienden a tener ideas altamente románticas acerca de la muerte, no les importa el aniquilamiento si no ser héroes, toman cualquier clase de riesgo sin tener en cuenta el peligro. Son sorprendentes y contradictorios en la manera de enfrentar la muerte. Muchos muestran su disgusto frente a la injusticia de la muerte.

ADULTO

Ante la muerte se sienten inmensamente frustrados ante la imposibilidad de conocer sus sueños. A veces se vuelven difíciles ante la enfermedad por la gran crisis de ira que genera la cercanía de la muerte.

ANCIANO

Se prepara para recibir la muerte, están menos ansiosos ante la muerte, a medida que pierde amigos y parientes va aceptando su posibilidad de morir y reorganiza sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia muerte.

6. El hombre y su conducta frente a la muerte

El hombre puede tener diversas actitudes frente a la muerte:

1. **La muerte rechazada:** lo que está vinculado al miedo y a la culpa.
2. **La muerte rehabilitada:** cada vez la muerte es más aceptada como hecho natural, universal y necesario.
3. **La muerte social:** desconexión de su entorno o como forma de discriminación.

MORIR: Es una experiencia individual como el vivir, es un proceso vivido de modo singular que tiene un actor: el moribundo.

EL MORIR: Significa un hecho humano relacionado con la culminación de la vida y el ir más allá de sí mismo. Es un proceso vivido de manera singular y cada vez menos consciente por la persona afectada. Algunas veces tiene participación activa como en el caso del suicidio o en sus formas disimuladas como la anorexia, la drogadicción, entre otros. El

morir se da a través de la situación del moribundo hasta el último hálito de vida. (3,5,9)

Hay dos modos de morir:

- a) La muerte humanizada, "dulce".
- b) La muerte deshumanizada, "la muerte cruel, anónima".

El morir humano tiene una doble dimensión:

- El proceso existencial de morir.
- La dimensión trascendente y misteriosa hacia el más allá.

Pero en nuestros días el acto de morir:

- Se ha prolongado.
- Se ha hecho científico.
- Se ha hecho pasivo.
- Se ha hecho profano.
- Se ha hecho aislado.

El hecho de morir está acompañado de una angustia existencial al perder una existencia conocida, pasar del "ser" al "no ser", acompañado del sentimiento y la especulación, generándose en ello una serie de miedos:

1. Miedo a la transformación de vivo en muerto (cuerpo-cadáver).
2. Temor al vacío, a la temporalidad desconocida.
3. Angustia de separación, sensación de abandonar a veces con el componente de culpa.
4. Miedo al vacío y a la soledad, a ser enterrado vivo, miedo al deterioro percibido, a la autodestrucción.
5. Miedo al olvido.
6. Miedo a cómo será el proceso de morir, a la agonía, de cómo será el final.
7. La sensación de tener un plazo breve de la vida ante el conocimiento de una muerte cierta.
8. Miedo a perder el control o a no hacer un buen papel cuando muera.

Muchas son las miradas que se posan sobre la muerte desde el punto de vista religioso, ideológico, personal y científico y entre ellas está la muerte como objeto científico:

La mirada científica ha instaurado una ciencia de la muerte que es la tanatología (estudio de experiencia de la muerte): que es la ciencia interdisciplinaria que tiene que ver con la vida (biología), las causas de la muerte (medicina legal), la mitología (thanatos), la tanatología considera entre otras muchas cosas. Así mismo, en relación con la muerte se dan distintas formas de relacionarse con ella: Eutanasia (ayudar a morir) basado en causar la muerte al paciente.

Eutanasia Activa: Dar muerte intencional por motivo de compasión, hay una acción de produce muerte.

Eutanasia Pasiva: La muerte se produce por omisión intencional al iniciar o discontinuar una medida terapéutica que sostiene la vida de una persona.

Suicidio Asistido: Cuando se ayuda al paciente a suicidarse (Dr. Kevorkian).

A) LA PSICOLOGÍA DEL AGONIZANTE: Los cambios psicológicos que se presentan ante la muerte son: Hay menor agresividad, se vuelven menos introspectivos y más dóciles y suelen presentar poco miedo ante la muerte y baja preocupación. Agonizante es la persona que se encuentra en el período final de su vida, a punto de morir y se presenta dos estadios:

- a. El de la agonía (lucha, debate), propiamente dicha o premuerte.
- b. El de la moribunda o coma terminal, que constituye el estado en que la persona abandona esta vida, el cual no es vivido ni vivenciado por el sujeto. (5,7,9)

B) ORIENTACIONES ACERCA DE LA MUERTE (11,12)

Hay una serie de conceptos que es importante determinar para comprender la dinámica de la muerte y el morir en su orientación clínica:

1. **Cesación:** Es el detenimiento de la posibilidad futura de cualquier otra experiencia consciente de la vida, es una forma de terminar "cesando", es el último acto.

2. **Terminación:** Es el detenimiento de las funciones fisiológicas del cuerpo, la muerte en sí misma, se diferencia de un estado de coma profundo donde el sujeto tiene funciones biológicas, es el momento en que se respira por última vez "exhalación".
3. **Interrupción:** Es una forma de cesación, hay posibilidad de futuras experiencias conscientes (cuando sucede una crisis convulsiva), cesa la conciencia.
4. **Continuación:** Es la experiencia en ausencia e interrupción, donde a pesar del sujeto haber muerto, hubiera querido continuar con sus experiencias vitales.

Hay quienes sostienen que la vida es simplemente una situación que alterna entre continuación e interrupción de los estados, y que de acuerdo a la intención se genera la siguiente clasificación:

1. **Conducta intencionada:** Hay un grado de intencionalidad que se refiere a la actividad del sujeto quien juega un papel fundamental y directo y una actividad consciente para conseguir su propia muerte. Se refiere a personas que activamente precipitan su cesación, de las cuales hay 4 variables:
 - ✱ El que busca la muerte: quien verbaliza conscientemente su deseo de terminar su existencia y habla de todas las experiencias conscientes. Describen los métodos con que han calculado conseguir su cesación.
 - ✱ El que inicia la muerte: es un buscador de la muerte y cree que sufrirá cesación en un período de días o semanas. Considera la muerte como cesación no definitiva transitoria, supone que morir es dormir y que luego despertará con vida (niños antes de 11 años).
 - ✱ El que ignora la muerte: considera que puede morir sin que necesariamente se presente la sensación y espera la continuación de la funciones simbólicamente, como reunirse con su padre en el cielo (pensamiento infantil de los niños antes de los 7 años, considera que se puede morir y despertar fácilmente).
 - ✱ El que se atreve a la muerte. Los que van buscando la probabilidad de encontrar su muerte (los que juegan a la ruleta rusa, conducen automóvil con ojos cerrados o conducen a altas velocidades).

2. **Conducta subintencionada:** La conducta de cesación subintencionada se refiere a aquellas circunstancias en las cuales el individuo juega de manera indirecta, encubierta, parcial o inconsciente el papel de su propio deceso (imprudentes, olvidadizos, descuidados, con falta de juicio), son individuos que permiten el suicidio, en esta categoría se consideran:

- ✱ El que ofrece posibilidades a la muerte: individuos que buscan una oportunidad para la cesación. Son individuos que se juegan la muerte.
- ✱ El que fomenta la muerte: individuos que aseguran que la cesación le ocurre a cualquiera e inconscientemente permiten la exacerbación del desequilibrio fisiológico hasta el nivel de la cesación (alcohólicos, drogadictos o personas dispuestas a la mala nutrición).
- ✱ El que se rinde ante la muerte: son personas con un enorme miedo a la muerte. Escalan la muerte hasta que la consiguen. El miedo juega un papel muy importante a nivel psicológico para aceptar y dar como resultado la terminación de la vida.
- ✱ El que experimenta con la muerte: vive en un estado de alteración que pareciera estar buscando condiciones crónicas de afectación para conseguir la muerte (autoprescripción de fármacos con lo que corre riesgo hasta de perder conciencia o se expone a desventajas exageradas).

3. **Conducta inintencionada:** Todos los intentos y propósitos de una persona juegan psicológicamente un papel significativo para el deceso. Sin ninguna intención consciente atraen la cesación de manera directa. No miden las consecuencias letales hasta que les sucede, esta categoría se puede subdividir en:

- ✱ El que le da la bienvenida a la muerte: las personas facilitan de manera inconsciente la cesación, aceptan dichas "el final", por estar en situaciones de extremo dolor o gran sufrimiento.
- ✱ El que se resigna y acepta la muerte: acepta la inminencia de su cesación y se ha resignado a su "destino fatal". Lo acepta de manera pasiva (posición realista, filosófica o espiritual).
- ✱ El que pospone la muerte: intenta posponer el deceso. No hablan de la muerte, la evitan aunque se acercan a ella.

- ✱ El que desdeña la muerte: es fóbico a ella, hace de la cesación un enemigo. Está relacionada con los deseos conscientes de omnipotencia y grandeza.
- 4. **Conducta conraintencionada:** los que quieren encontrar suicidio en ausencia de una clara o de ninguna intención letal, como quien grita ladrón sin estar éste o fuego en ausencia de incendio, y se subdivide en:
 - ✱ **El que finge o simula la muerte:** no hay letalidad en el intento, se ocasiona heridas pero no letales. Presenta fingimiento, su conducta está autodirigida a movimiento de cesación pero sólo aparente.
 - ✱ **El que amenaza con la muerte:** utiliza la amenaza de cesación para obtener ganancias secundarias con su conducta.

7. Derechos del enfermo terminal

LA MUERTE DIGNA: Es una forma humana de morir dentro del proceso final. Es el proceso humano y humanizado de morir. Hay una serie de condiciones para clarificar el arte del buen morir que conlleva los cuidados compresivos y las intervenciones familiares y son: (11,9,7,4)

- Experimentar el proceso de morir sin tanto atosigamiento tecnológico y terapéutico inútil.
- Paliar los dolores de tal manera que se tenga una muerte tranquila.
- Que el acto de morir se realice en un entorno digno, libre de artefactos y de estructuras médicas distorsionantes.
- Que la muerte sea en presencia de otros y de sus allegados.
- Que el morir sea de la forma más consciente posible.
- Que sienta la trascendencia de su realidad.
- Que el morir sea acompañado con sus deseos de comunicarse con sus seres queridos y que su separación y despedida esté de acuerdo con su voluntad.

ENFERMO TERMINAL: Es aquel que con base en diagnóstico y terapias disponibles se puede estimar razonablemente y con alta probabilidad de aceptar que morirá antes de seis meses.

MEDICINA PALIATIVA: Dirigida a la manera de cuidar a los que no podemos curar y que ya están próximos a morir.

Los cuidados de un paciente terminal son:

Cuidados terapéuticos: se usan drogas destinadas a combatir la enfermedad (drogas etiológicas). Se usan también acciones de intervención (colocación de catéteres, gastrostomías) y aplicar tecnología (marcapasos, respiradores).

Cuidados básicos: hidratación, abrigo, reposo. (2,4,5)

EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA: Hay varios derechos inalienables de cara a la muerte a los que no se puede renunciar:

- ✱ Disponer en su entorno de un sistema de atención al moribundo (aliviar sufrimiento innecesario, no interferir ni desnaturalizar el proceso de morir).
- ✱ Morir de forma personal.
- ✱ Evitar el ocultamiento de su estado y la distorsión de su proceso de morir.
- ✱ Contar con la ayuda precisa en el momento adecuado.
- ✱ Derecho a que se le informe de manera objetiva con entereza y con amor sobre su estado y posibilidades.

Así mismo, si hay necesidad de prodigar cuidados paliativos que están destinados a aliviar el dolor y dar apoyo emocional.

Lo anterior ayuda a una muerte digna y en paz. Y está basado en la Carta de los Derechos del Enfermo Terminal. (Procede de Southwestern Michigan in Service Education Council, 1975).

1. Tengo derecho a ser tratado como una persona humana hasta el fin de mi vida.
2. Tengo derecho a mantener un sentimiento de esperanza, cualquiera que sea el cambio que me pueda sobrevenir.

3. Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener ese sentimiento de esperanza ante cualquier cambio que me pueda acaecer.
4. Tengo derecho a expresar a mi manera mis sentimientos y emociones ante mi propia muerte.
5. Tengo derecho a participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se van a prestar.
6. Tengo derecho a recibir la atención del equipo médico y de enfermería, aunque sea evidente que no voy a curarme.
7. Tengo derecho a no morir solo.
8. Tengo derecho a no sufrir dolor.
9. Tengo derecho a que se responda honestamente a mis preguntas.
10. Tengo derecho a no ser engañado.
11. Tengo derecho a recibir la ayuda de mi familia para aceptar mi muerte y mi familia tiene derecho a recibir ayuda para aceptar mi muerte.
12. Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.
13. Tengo derecho a conservar mi individualidad y a no ser juzgado por el hecho de que mis decisiones puedan ser contrarias a las de los que me atienden.
14. Tengo derecho a discutir y compartir mis vivencias religiosas aunque sean diferentes de los otros.
15. Tengo derecho a esperar que se respete la dignidad de mi cuerpo después de mi muerte.
16. Tengo derecho a ser cuidado por personas compasivas y sensibles, competentes en su profesión, que se esfuercen por comprender mis necesidades y que encuentren satisfacción personal al prestarme ayuda cuando sea confrontado con mi muerte.

8. El personal de salud frente al paciente moribundo

Quienes laboran en el área de atención al moribundo deben expresar la calidad y calidez humana y científica a través de una serie de reglas y comportamientos que tengan como base el respeto con respecto a la información y la aplicación de sus conocimientos:

Entre las reglas para informar deben estar:

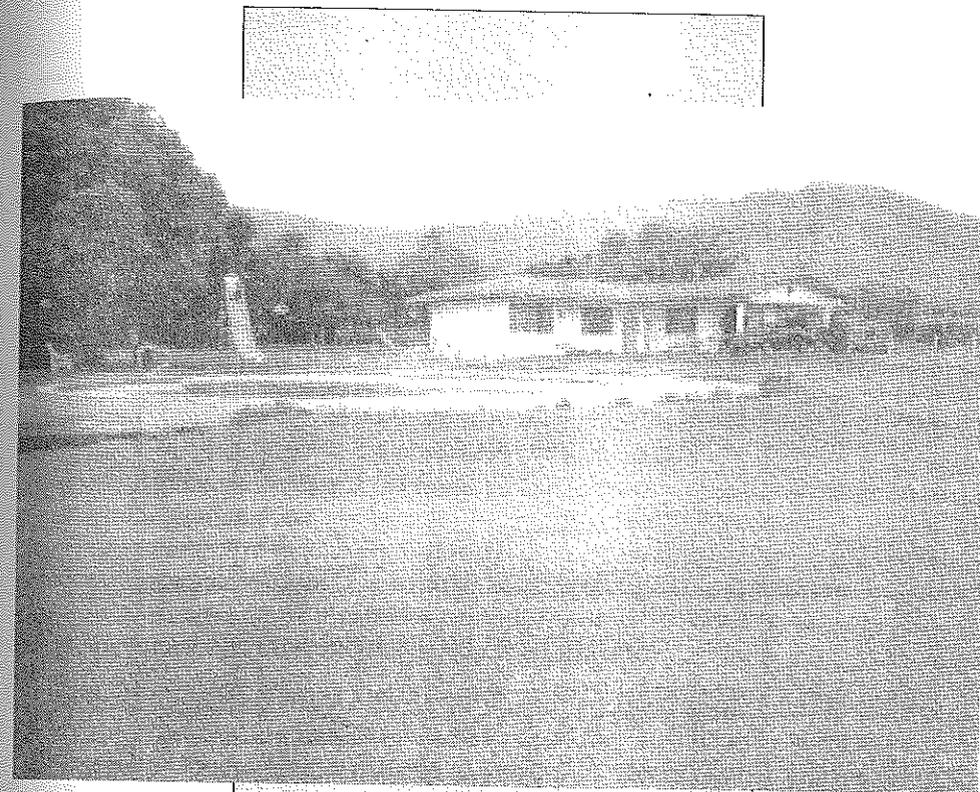
- a. Hablar sincera y abiertamente: la información debe darse en forma inmediata y transmitir la información con lenguaje claro y sencillo.
- b. Permitir la catarsis frente a la pérdida y brindar apoyo suficiente, ya que de no hacerlo puede traer graves problemas psiquiátricos a las personas allegadas.

En nuestros días hay una orientación más clara frente al morir y el paciente moribundo y se han dado una serie de recomendaciones con miras al buen morir: (4,2,1,7)

1. Control del dolor.
2. Control de síntomas.
3. Fortalecer la relación personal con el paciente.
4. Hacer gran énfasis en el acompañamiento al enfermo.
5. Comprensión del paciente y conocimiento de sus peticiones por parte del personal de salud.
6. Ayuda a la aceptación de la muerte.
7. Preocupación por la familia del paciente.
8. Soporte del proceso de duelo familiar.

Bibliografía

- (1) ALONSO FERNÁNDEZ, F. *Psicología Médica y Social*. Salvat. Barcelona, 1989.
- (2) ARIES, PH., *El hombre ante la muerte*, Taurus, Madrid, 1987.
- (3) CENALBE, Felaibe. *Segundo Congreso Bioética*. Tercer Mundo Editores. Santafé de Bogotá, 1998.
- (4) GAFO, Javier. *10 palabras claves en Bioética (muerte)*. Editorial Verbo Divino, Estella (Navarra), 1994.
- (5) HINTON, J. *Experiencias sobre el morir*. Seix y Barral. Barcelona. 1996.
- (6) THOMAS Levis-Vincent. *La muerte*. Indugraf S.A. Barcelona. 1991.
- (7) MARDOZ, Vicente. *10 palabras claves sobre los miedos del hombre moderno (muerte)*. Editorial Verbo Divino. Estella (Navarra), 1997.
- (8) MOJICA CORTES y Otro. *Régimen Jurídico del Ejercicio Médico*. Legis Editores S.A. Santafé de Bogotá. 1998.
- (9) SCRECIA, Elio. *Manual de Bioética*. Editorial Diana. México, 1992.
- (10) SHERR. *Agonía, muerte y duelo*. Editorial Manual Moderno. México, 1992.
- (11) SOUZA y MACHORRO. *Educación en Salud Mental para Maestros*. Manual Moderno. México. 1988.
- (12) VÉLEZ CORREA, Luis Alfonso. *Etica Médica*. CIB, Medellín. 1996.
- (13) YALON, Irvin D. *Psicoterapia existencial*. Editorial Herder, Barcelona, 1984.



Temperadero
Paraje Santágueda