La muerte

Dra. Isabel Segovia
Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar

Gustav Klimt

Vida y Muerte

SIGNIFICADO DE LA MUERTE

- **Cesación o término de la vida**
- **El ser humano comienza el proceso de la muerte en el mismo momento que nace.**
- **Se puede posponer, pero finalmente todos hemos de morir.**

EL SENTIDO DE LA VIDA

Vivir con amor la vida

Vivir con respeto la vida

Vivir con dignidad la vida

Vivirla hasta morir

“Como la jornada debidamente cumplida, da alegría al sueño, así una vida bien vivida da alegría a la muerte”.

Leonardo Da Vinci

Reflexiones

- **A lo largo de la historia humana, la idea de la muerte ha planteado un misterio eterno que está en el núcleo de los sistemas de pensamiento religiosos y filosóficos.**
- **Ante la presencia de la muerte, la cultura occidental ha tendido a huir, esconderse y buscar refugio en diversas formas de negación (comportamientos, expresiones, costumbres).**

Reflexiones

Algunos consideran la muerte como una pared y otros la conciben como una puerta, un punto temporal en el camino de la eternidad.

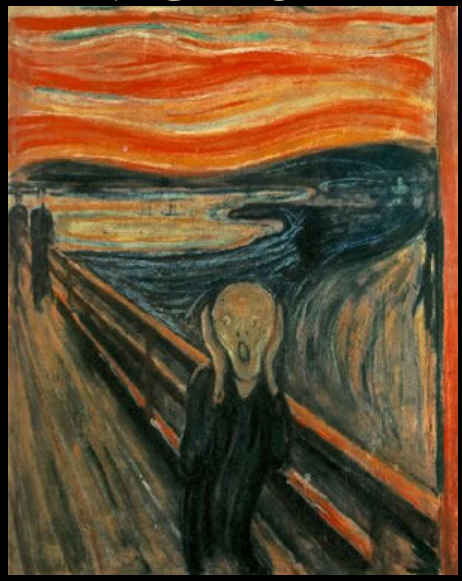
La orientación de las personas hacia su propia salud, hacia la muerte, hacia las prácticas funerarias no son ya predecibles o constantes, por lo que exigen decisiones individuales.

LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD OCCIDENTAL

LA ACTITUD ANTE EL PROCESO DE MORIR ES UNO DE LOS PARÁMETROS QUE MIDEN EL GRADO DE CIVILIZACIÓN DE UNA SOCIEDAD

PREVALECE EN NUESTRA SOCIEDAD ACTITUD NEGADORA Y SE OBSERVA EN:

- **LOS COMPORTAMIENTOS**
- **EXPRESIONES**
- **COSTUMBRES**
- **BARRERA PARA UNA ACTITUD ABIERTA**
- **FALTA DE FORMACIÓN ESPECÍFICA**
- **ACTITUDES PERSONALES DE RECHAZO POR FALTA DE ORIENTACIONES**
- **DESINTERÉS POLÍTICO**



Ser humano ante la muerte
Edvard Munch

DIAGNÓSTICO DE MUERTE

- **MUERTE CARDIORESPIRATORIA**

  - Cesación irreversible de la función respiratoria y circulatoria.

- **MUERTE CEREBRAL**

  - Cesación irreversible de todas las funciones cerebrales, incluyendo las del tronco cerebral.

LA MUERTE...ETAPA DE LA VIDA

.....EL HOMBRE NO LE TEME A LA MUERTE SINO AL MORIR....

EL MORIR...ETAPA DE LA VIDA

- **LA PERSPECTIVA DE LA MUERTE**
- **MIEDO A LA MUERTE**

LE TEMEMOS AL TEMOR A LA MUERTE

- **A LA ENFERMEDAD**
- **A LAS PÉRDIDAS**
- **AL ABANDONO**
- **A LA AGONÍA**
- **AL DOLOR Y SUFRIMIENTO**

EL PROCESO DE MORIR

LA REACCIÓN ANTE LA INMINENCIA DE LA MUERTE ES PERSONAL Y ESTÁ MEDIATIZADA POR:

- **SUS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD**
- **LA CALIDAD DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES**
- **FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y AMBIENTALES**
- **LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA ENFERMEDAD**

....NADIE IMPROVISA, NI ESTRENA UNA PERSONALIDAD A LA HORA DE MORIR....

EL PACIENTE TERMINAL

...DEBERÍAMOS PROPICIAR LOS MISMOS CUIDADOS A LOS QUE LLEGAN A ESTE MUNDO, COMO A LOS QUE SE VAN...

El paciente terminal

LA PERSONA PADECE UNA ENFERMEDAD:

- **AVANZADA, PROGRESIVA E INCURABLE**
- **SIN ESPERANZA RAZONABLE DE RESPUESTA TERAPÉUTICA**
- **CON LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS INTENSOS, CAMBIANTES Y MULTIFACTORIALES.**
- **CON LA PRESENCIA INMINENTE DE LA MUERTE**
- **Y QUE PROVOCA UN GRAN IMPACTO EMOCIONAL AL PACIENTE, A LA FAMILIA Y AL EQUIPO DE SALUD.**

EL SUFRIMIENTO Y EL DOLOR EN EL PACIENTE

DOLOR FÍSICO

DOLOR PSICOLÓGICO

DOLOR ESPIRITUAL

DOLOR SOCIAL

DOLOR TOTAL

¿QUE OCASIONA SUFRIMIENTO ADICIONAL AL PACIENTE TERMINAL?

- **EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD**
- **EL IMPACTO DE LOS TRATAMIENTOS EN SU CALIDAD DE VIDA**
- **EL TEMOR A UNA MUERTE DOLOROSA Y SOLITARIA**
- **EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN**
- **LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO**
- **LA FORMA EN QUE SE COMUNICA LA INFORMACIÓN**
- **LA INCERTIDUMBRE ANTE EL PRONÓSTICO “NO PODEMOS HACER NADA MÁS”**
- **EL SOBREACTUAR MÉDICO “EL NO DEJAR MORIR”**

EL MANEJO ÉTICO DEL FINAL DE LA VIDA

¿HASTA CUÁNDO SE DEBE LUCHAR ACTIVAMENTE CONTRA LA ENFERMEDAD?

¿A QUIÉN CORRESPONDE LA TOMA DE DECISIONES EN ESE MOMENTO?

¿CÓMO Y QUIÉN DEBE SOPESAR LA CURVA COSTO BENEFICIO DE UNA INTERVENCIÓN?

¿PUEDE EL PACIENTE APELAR A SU DERECHO DE NO ACEPTAR UN TRATAMIENTO?

EL MANEJO ÉTICO DEL FINAL DE LA VIDA

- **¿QUÉ INFORMACIÓN DEBE TENER EL PACIENTE Y SU FAMILIA CON RESPECTO A LAS OPCIONES EXISTENTES Y EL PRONÓSTICO POSIBLE DE CADA UNA DE ELLAS?**
- **¿CÓMO RESOLVER EL CONFLICTO QUE PUEDE PRESENTARSE ENTRE EL PACIENTE Y SU FAMILIA, QUE CONSCIENTE SOLICITA SUSPENDER LAS MEDIDAS DE SOPORTE ARTIFICIAL, Y SU FAMILIA PIDE QUE SE SIGA LUCHANDO?**

ENFRENTANDO LOS MIEDOS Y ANGUSTIAS

MIEDO:

- A LO DESCONOCIDO
- A LA SOLEDAD
- A LA PÉRDIDA DEL CUERPO
- A LA PÉRDIDA DE CONTROL
- A LA PÉRDIDA DE IDENTIDAD
- A LA REGRESIÓN

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL SUFRIMIENTO DE LA FAMILIA

SUFRIMIENTO EMPÁTICO CON EL PACIENTE

DUELO ANTICIPATORIO

CARGA DE CUIDADOS Y FALTA DE RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

- **CARGA FÍSICA Y ECONÓMICA**
  - **Crisis de claudicación familiar**
- **CARGA PSICOLÓGICA**
  - **Conflictos y dilemas familiares**

PROBLEMAS EXISTENCIALES

- **Despedirse y dar permiso a morir**

ATENCIÓN SANITARIA DEFICIENTE

SIEMPRE HAY ALGO QUE HACER

- **CONTROL DE SÍNTOMAS**
- **ALIVIO DEL DOLOR**
- **APOYO EMOCIONAL**
- **MANEJO DEL ESTRÉS DEL EQUIPO**
- **APOYO EN EL DUELO**

LA NATURALEZA DE LA ESPERANZA

.....No existen seres humanos sin ESPERANZA...

"LA ÚNICA ESPERANZA DE UN PACIENTE NO ES LA DE SER INMORTAL"

EN MANTENER SU DIGNIDAD PERSONAL

EN QUE VA A ENCONTRAR RESPUESTA A SUS NECESIDADES TANTO FÍSICAS COMO PSICOLÓGICAS, SOCIALES Y ESPIRITUALES.

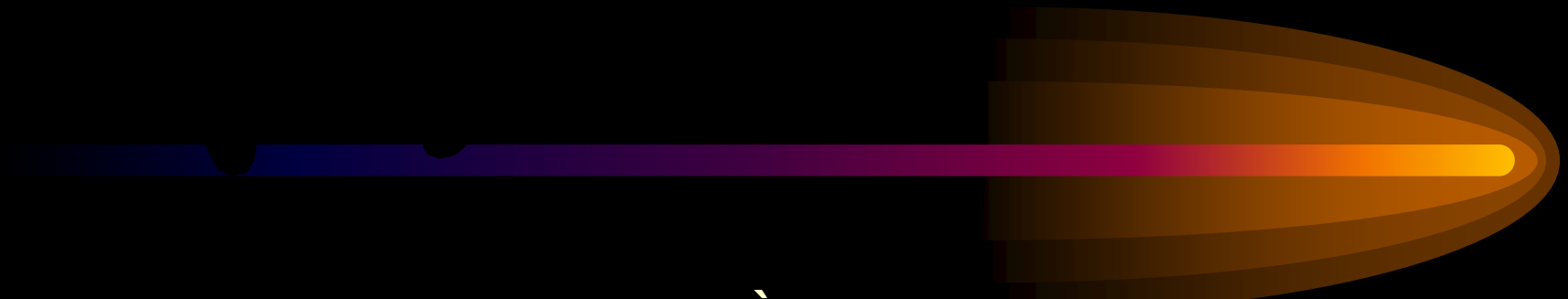
EN NO TENER DOLOR Y SUFRIMIENTO INNECESARIO

EN QUE SU FAMILIA VA A CONTAR CON APOYO EMOCIONAL

EN RESOLVER SUS ASUNTOS INCONCLUSOS

EN DARLE UN SENTIDO A SU MUERTE

..... Y EN MORIR EN PAZ.....



DISTANASIA: UTILIZACIÒN DE PROCEDIMIENTOS DESTINADOS A DIFERIR ARTIFICIALMENTE EL PROCESO DE MUERTE CUANDO NO EXISTE POSIBILIDADES DE VIDA.

EUTANASIA: ”ACCIÓN DELIBERADA DE PONER FIN A UNA EXISTENCIA Y EL HECHO DE SUSPENDER LOS TRATAMIENTOS Y MEDIDAS QUE ARTIFICIALMENTE SOSTIENEN LA VIDA”

Cuidados paliativos

OMS:

" Se interesa por la vida, considera la muerte como un proceso normal, no acelera ni retrasa el fallecimiento, proporciona alivio del dolor y otros sufrimientos, integra los aspectos psicológicos y espirituales de la atención, ofrece un sistema de apoyo para contribuir que los pacientes tengan una vida lo más activa posible hasta que llegue la muerte, y ayuda a la familia para que haga frente a la enfermedad del paciente y a su propio duelo."

CUIDADOS PALIATIVOS

ALIVIAR EL SUFRIMIENTO CUANDO CURAR ES YA IMPOSIBLE

EL CRITERIO DE ÉXITO NO ES LA CURACIÓN O LA PROLONGACIÓN DE LA VIDA.

ES LA CONSERVACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VIDA, EL BIENESTAR INTEGRAL, HASTA DONDE SEA POSIBLE.

ASPIRACIONES PARA UNA BUENA MUERTE I

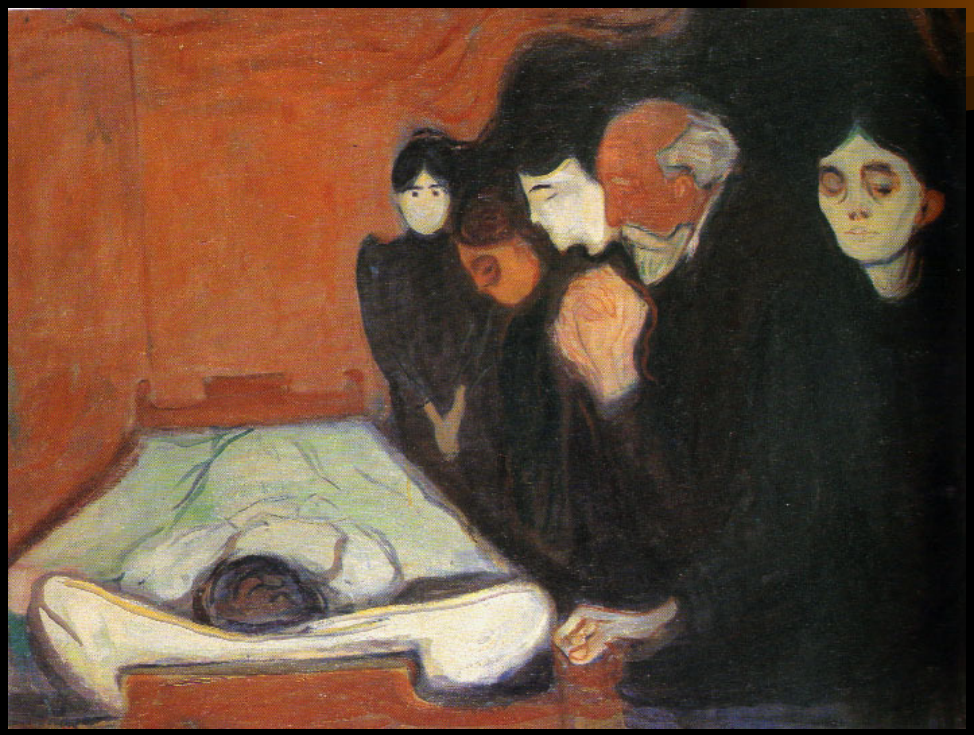
- **Poder saber cuándo la muerte está próxima y comprender lo que se puede esperar de ello.**
- **Ser capaz de mantener el control de lo que suceda.**
- **Disponer de dignidad y privacidad**
- **Puede ser aliviado del dolor y de otros síntomas que sobrepasen la tolerancia personal.**

ASPIRACIONES PARA UNA BUENA MUERTE II

- **Poder elegir el lugar donde la muerte ocurra**
- **Tener acceso a información y a todo tipo de recursos expertos que sean necesarios.**
- **Tener acceso a cuidados adecuados en cualquier lugar, no solo en el hospital.**
- **Tener acceso al apoyo espiritual y afectivo que se requiera, permitirle fallecer en paz.**

ASPIRACIONES PARA UNA BUENA MUERTE III

- **Tener control sobre quiénes están presentes y con quién se comparte el final.**
- **Tener posibilidades de disponer directrices anticipadas que se aseguren que se respeten los deseos expresados.**
- **Tener tiempo para decir adiós.**
- **Poder morir cuando sea el momento natural y no prolongar la vida inútilmente.**



Junto al lecho de muerte
(Fiebre)
Edvard Munch

CÓMO FACILITAR EL DUELO DE LA FAMILIA I

- **Procurar que el paciente reciba un buen cuidado médico, apoyo emocional y una atención cariñosa mientras viva y que fallezca en paz.**
- **Hablar con los familiares para que procuren prestarse apoyo mutuo, para cuidar al enfermo y ayudarle a solucionar sus problemas pendientes.**

CÓMO FACILITAR EL DUELO DE LA FAMILIA II

Intentar mantener algunas actividades tras la muerte, como el arreglo del funeral para que las personas afectadas puedan recibir las condolencias, porque crea un ambiente permisivo para las expresiones de pena.

ACTITUDES ANTE LA MUERTE SUPUESTAMENTE INEVITABLE

ETAPAS:

De negación	**No es cierto**
De ira y confusión	**¿Por que a mí?**
De negociación	**Hay otras alternativas**
De depresión	
De aceptación	

Kübler-Ross

ETAPAS DE NEGACIÓN

- **Suele ser temporal (días)**
- **También el personal de salud pasa por un proceso de evitación (conspiración en silencio)**

ETAPAS DE CÓLERA, IRA, RABIA

Es el paciente "difícil"

- **No recibe medicamentos**
- **Trata mal al personal de salud y a sus familiares.**

ETAPA DE NEGOCIACIÓN

- **Generalmente son con Dios o la virgen, ofreciendo buena conducta.**
- **Normalmente son guardados en silencio**

ETAPA DE DEPRESIÓN O DE SENTIDO DE PÉRDIDA

- **El paciente está en el proceso de perderlo todo, los que quedan lo pierden sólo a él.**

- **Es contraproducente el esfuerzo de hacer reír o alegrarse a aquél que está a punto de dejar este mundo.**

ETAPA DE ACEPTACIÓN

- **No es una situación feliz, pero está libre de emociones.**
- **Cuando halla paz y aceptación, se torna menos comunicativo, quiere estar más solo o con pocas personas.**

Muerte de un miembro
Factores protectores

- Experiencias previas
- Fe religiosa o sistema de valores que dé sentido a la muerte
- Visión positiva de la vida del difunto
- Recursos económicos suficientes
- Redes de apoyo social y familiar que brinden autoestima y apoyo emocional

CONDUCTA FAMILIAR

- **Influye significativamente en la respuesta del paciente en el proceso hacia la muerte.**
- **La tendencia generalizada consiste en ocultar.**
- **La conspiración del silencio condena al paciente y a su familia a una relación inauténtica.**
- **La mayoría de las personas con enfermedad terminal saben que su muerte es inminente.**

Apoyo familiar

- Apoyo emocional
- Estimulando y elogiando capacidad de reacción
- Ayudando en el proceso de resolución de problemas
- Dando ayuda tangible
- Dando compañía y contacto social

RESUMIENDO: ¿Qué debemos hacer?

1.- **Ayudar al paciente y a su familia a enfrentarnos efectivamente al temor a lo desconocido que acompaña a la expectativa de la muerte.**

2.- **Ayudar al paciente a hacer frente al dolor y al malestar de su enfermedad física con dignidad y sentido de dominio.**

3.- **Ayudar al paciente y a su familia a mantener la esperanza.**

VEO AL FINAL DE MI RUDO CAMINO QUE YO FUI EL ARQUITECTO DE MI PROPIO DESTINO.

¡VIDA, NADA ME DEBES!

¡VIDA, ESTAMOS EN PAZ!

Amado Nervo

CONSEJERÍA DEL DUELO (AL SOBREVIVIENTE)

Mira qué linda era
Julio Romero

CONSEJERÍA DEL DUELO (AL SOBREVIVIENTE)

1.- **Ayudar al sobreviviente a darse cuenta de la realidad de la pérdida.**

2.- **Ayudar a identificar y expresar sentimientos con respecto a la partida..**

3.- **Ayudar a vivir sin el difunto.**

4.- **Facilitar la reubicación emocional de la persona perdida.**

CONSEJERÍA DEL DUELO (AL SOBREVIVIENTE)

5.- Dar tiempo al trabajo de duelo

6.- Interpretar respuestas normales de duelo

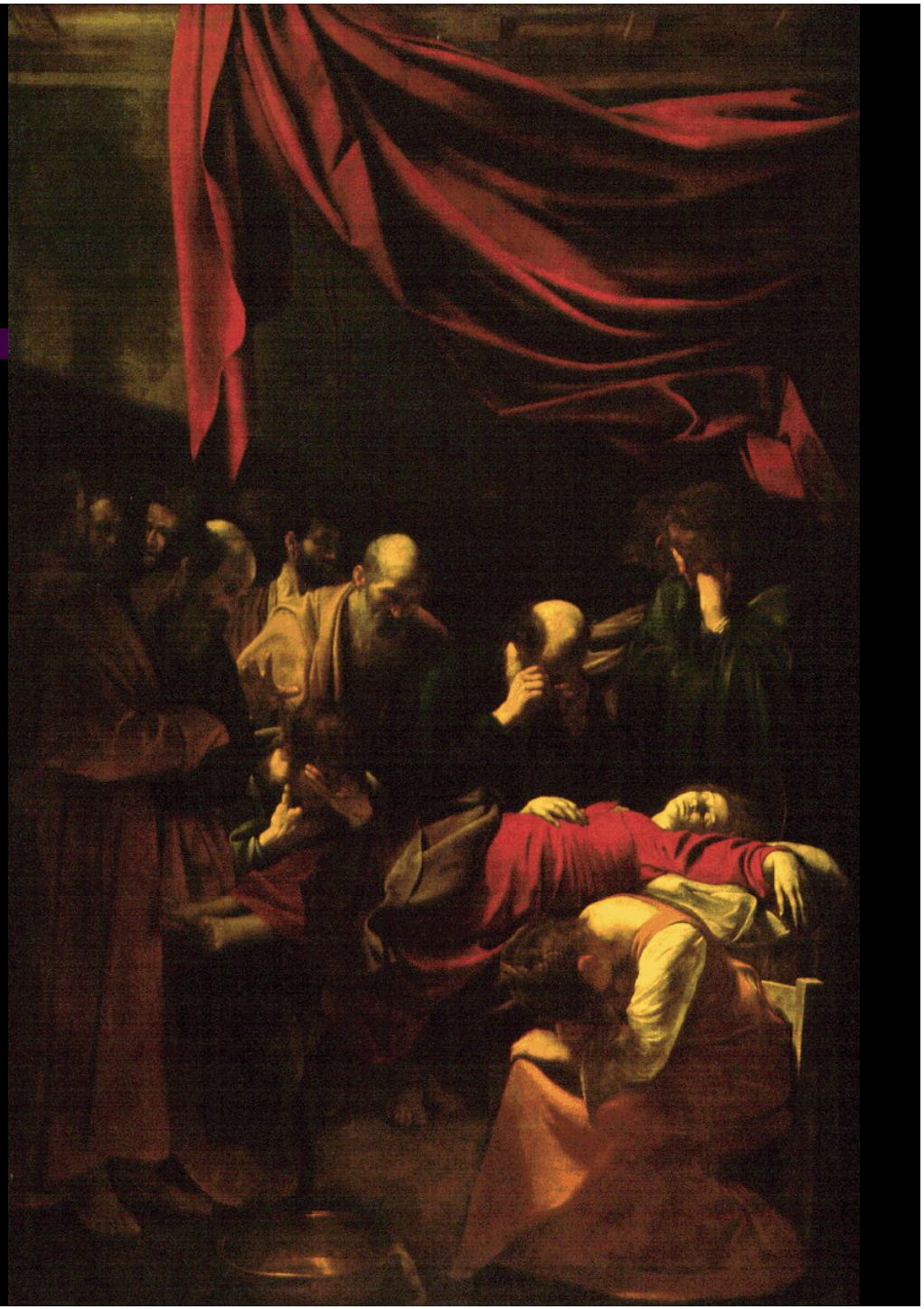
7.- Aceptar las respuestas individuales a la reacción de pérdida.

8.- Dar apoyo en forma sostenida

9.- Examinar los estilos defensivos y de adaptación

10. Identificar la aparición de patología y derivar estos casos.

Duelo normal

- Acompañamiento los primeros 6-12 meses
- Elaboración del duelo a partir de 12 meses
- Favorecer la expresión de lo que se “hubiera querido decir al fallecido”
- Explorar aspectos de la organización de la vida cotidiana
- Valor del aniversario de la muerte

La muerte
Caravaggio