

personal, en la cual sí existen cambios entre los interlocutores gracias a una relación estrecha de convivencia que busca fines comunes.

Existen otros elementos en el desarrollo de una buena comunicación como: interferencia de ruido, interrupciones durante el diálogo, estado emocional de alguno de los involucrados, retroalimentación de cómo se deben formular las preguntas o cómo parafrasear, etcétera.

DIVERSOS MÉTODOS DE COMUNICACIÓN

La doctora Sherr, en su libro *Agonía, muerte y duelo*,⁸ menciona los siguientes aspectos al personal de salud cuando se dan malas noticias:

- Estar en un ambiente propicio para hacerlo.
- Respetar la intimidad, confidencialidad y se anticipe la necesidad de conceder suficiente tiempo para contestar todas las preguntas pertinentes.
- Proporcione las noticias con franqueza y claridad.
- No postergue ni titubeé aunque le sea difícil comunicar malas noticias, mantenga la confianza en usted mismo; este punto puede ser el único positivo de toda la sesión.
- No genere falsas expectativas y realidades para facilitar el proceso.
- Responda siempre al paciente con certeza y verazmente.
- Cerciorarse que el paciente y la familia cuentan con el suficiente tiempo para asimilar cualquier información que se le proporciona, tiempo para esclarecer dudas y que las mismas regresen una y otra vez.
- Las personas tienen necesidades físicas, psicológicas y prácticas. La manera en que se les proporcione la información determinará cómo enfrentarán las situaciones negativas a largo plazo. La comunicación efectiva hace la diferencia entre una persona desesperada o alguien que puede cerrar círculos de manera apropiada.

8. Sherr, L. *Agonía, muerte y duelo*. El Manual Moderno, 1992.

El profesor Paolo Marchetti⁹ menciona la importancia en medicina de cómo dar malas noticias. Se debe cambiar el por qué al para qué. Alto porcentaje de pacientes prefieren morir en casa, al recibir malas noticias lo ven como algo negativo que va contra el futuro. El médico se disculpa por no saber dar malas noticias, afirmando que en 90% de los casos la familia no quiere conocer lo que sucede, pero realmente es al contrario, por lo que el doctor Marchetti continúa diciendo: “Los médicos no saben cómo dar malas noticias, el problema es cómo decirlo, es un derecho del paciente por lo que un buen método es hacer una buena historia clínica, ayudados de un diagnóstico correcto con el fin de lograr una terapéutica y planeación adecuada. Siempre debe evitarse ser brusco, dar información al paciente y no al familiar, descubrir qué está entendiendo el paciente y volver a proporcionar la información las veces que sea necesario. Sólo por mencionar una enfermedad del cáncer de pulmón hay mucha culpa, porque, generalmente los familiares que rodean al paciente le dicen que él se lo buscó.

A continuación se expone el método del doctor Marchetti:

S	P	I	K	E	S
Settings (ambiente)	Percezione (percepción)	Invita a que el paciente hable	Conoscenza (conocimiento)	Exploración emocional	Estrategia
El doctor habla por tel. o acom- paña a la puerta al paciente	Qué tanto entiende el paciente que está en shock				

También es importante considerar lo que propone Heslin (1974) que existen cinco categorías de contacto corporal:

- a) funcional-profesional la que se da dentro de una relación médico-paciente.
- b) social con la que se inicia la relación médico-paciente.
- c) el saludo amistoso.

9. VI Corso Estiro Internazionale di Aggiornamento in Bioetica. Etica alla fine della vita: tra morte digna e dignita del morente. Ateneo Pontificio Regina Apostolorum-Focalta di Bioetica, Roma, Julio, 2007. webpage: www.upra.org/bioetica

d) el saludo íntimo afectuoso.

e) el sexual.

De acuerdo con las categorías anteriores es donde varios médicos entran en conflicto en el momento de dar una mala noticia debido a que se preguntan: ¿Cuál será el punto de equilibrio entre acercarse demasiado al paciente, o se preguntan si guardar distancia es mejor? Muchos médicos, de manera inconsciente, adoptan estrategias de distanciamiento con sus pacientes por miedo a expresar sus emociones, sin darse cuenta que lo primero que debe hacer el médico es dar apoyo emocional al enfermo.

Existen seis factores que intervienen en toda comunicación humana los cuales deben recordarse siempre para que exista óptima comunicación como base de una buena interacción en la relación médico-paciente:

1. Saber que el equipo de salud y el médico son los encargados de dar información adecuada, confiable, veraz, es derecho del paciente conocer su diagnóstico y pronóstico.
2. Cuidar la situación emocional que se manejará al dar la información, estrés, angustia, *shock*, enojo, etcétera.
3. El contexto de cómo se va a dar la información, a quién, en dónde, cuándo, etcétera.
4. Tener cuidado en el tono de voz, modulación.
5. El medio de comunicación por utilizar: verbal, corporal, escrito o todos a la vez.
6. Cuidar que al paciente al que se le proporcione la información le haya quedado clara, si entendió todos los términos médicos utilizados, si interpretó correctamente el mensaje para poder con ello inferir una posible reacción.

Recordar siempre al dar una mala noticia que cada persona, por ser única e irrepetible, reaccionará de una manera diversa según su personalidad, edad, situación económica, el concepto que tenga de la vida y muerte, creencias religiosas, roles familiares, etcétera.

Tanto los enfermos como su familia desean explicaciones claras, que se les ayude no sólo desde el punto de vista médico, sino también, económico, psicológico, espiritual y social. En este caso es donde el médico capacitado debe demostrar una actitud humana de paciencia, cortesía, empatía y confidencialidad de la situación además de técnica.

Es importante capacitar al equipo de salud y enseñarles el método de los seis pasos para que cuente con una formación integral, práctica, objetiva, analítica y crítica ante una situación de cómo informar una mala noticia médica al enfermo y sus familiares e impartir conocimientos de Tanatología en las escuelas de medicina. Además, es conveniente que las instituciones y organizaciones hospitalarias tengan un departamento de Bioética y Tanatología. Lograr una estrategia para crear una cultura de comunicación en donde se reconozcan los errores que se viven más frecuentemente en este campo.

Al hacer una investigación en el Centro Médico Siglo XXI la Dra. Pichardo, en septiembre de 2006 con varios pacientes, demostró que el equipo de salud no está capacitado para dar malas noticias. Se les hicieron las siguientes preguntas: ¿Cómo se dirigió a usted el médico cuando le informó su situación actual? ¿En qué lugar le dieron la mala noticia con respecto a su estado de salud? ¿Se le permitió opinar acerca de su tratamiento? ¿Se le informó de los efectos adversos y secundarios del tratamiento? En la mayoría de los casos los pacientes contestaron que la comunicación no había sido la adecuada y las respuestas resultaron negativas.

De igual manera, al preguntar a los médicos si conocían algún método de cómo informar malas noticias médicas a sus pacientes y a los familiares, se descubrió que no tenían conocimiento de ningún método o estrategia como tal. El médico que aplica un método para dar a conocer una mala noticia, o al menos emplea una guía para hacerlo, lo hace basado en la experiencia que los años de práctica médica y clínica le han dado.

Cómo dar malas noticias es la asignatura pendiente de los médicos. Patricia Numan, de la Universidad de Nueva York, menciona: "Las fallas de comunicación son porque actualmente se da mayor énfasis educativo en los aspectos de la ciencia y la técnica que en el desarrollo de las habilidades interpersonales y humanas".¹⁰ Sobre el tema, Woods indicó que más de 80% de los errores demostrables en medicina tienen como trasfondo ausencia, pérdida o comunicación inadecuada, error común en la práctica contemporánea de la medicina. Su

10. Numan, P. *Our greatest failure*. Am J Surg, 1988; 155(2): 263-5.

prevención y solución deben ser en las primeras etapas de formación de los médicos para mejorar los conocimientos y las habilidades de la comunicación humana. Se cree que la exposición inicial del médico en formación con el paciente favorece una mejor comunicación clínica, el comportamiento del médico ante el enfermo es estable a lo largo de toda la carrera y se asocia a un mejor desempeño profesional.

En la cultura médica existe un hábito muy arraigado de informar precipitadamente y presuponer lo que el paciente necesita; se le denomina medicina paternalista. El estudiante actual de medicina debe estar preparado para transmitir mejor la esencia y misión de su vocación. Como ya se mencionó, en la aplicación clínica no basta sólo con dar información, sino implica lograr interacción, es decir, que ambas partes, tanto médico como paciente, reconozcan la necesidad que tienen de escuchar, ser escuchados y entenderse mutuamente para juntos llegar, a consolidar los objetivos que pretenden la Ética y la Bioética para lograr una relación médico-paciente de plena confianza y apertura que tenga como finalidad beneficiar al paciente y a su familia.

Debe reflexionarse en lo mencionado por algunos pensadores acerca del trabajo que el médico desempeña o debería desempeñar durante su vida como ser humano y como profesional. "El secreto de la atención al paciente consiste en interesarse por él" (proverbio indio)... "El éxito de la medicina depende de obtener el punto de vista individual de cada paciente" (Francis Peabody) ... "Nadie fue tratado por mí de modo distinto a como me gustaría ser tratado de contraer igual enfermedad". (Chevalier Jackson)¹¹

Hay que enfatizar que saber dar una mala noticia es un deber sagrado que debe cuidarse en todos sus aspectos. Al médico se le debe instruir en cómo mantener una buena comunicación, para así cometer los menos errores posibles con la ayuda del estudio de la Tanatología, el estudio de la comunicación humana en la relación médico-paciente y el impacto social que tiene la actitud de un médico frívolo e indiferente. Recordar que existen derechos y obligaciones, tanto para el paciente como para el médico. Es precisamente donde las declaraciones de los derechos de los enfermos, desde la época hipocrática hasta el día de hoy, afirman cuatro derechos fundamentales para el enfermo: vida, asistencia sanitaria, información fidedigna y muerte digna.

Esto obliga al médico a contribuir en beneficio del paciente para atenuar el dolor emocional que sufre el enfermo, guiarlo en su proceso de duelo ante

11. Kuthy P, Villalobos-P, Tarasco M y col. *Introducción a la Bioética*. Méndez Editores, México, 1997; p.8

el diagnóstico, pronóstico de la enfermedad y desenlace del padecimiento. El lenguaje es el instrumento más valioso, pero a la vez el más temible del hombre, ya que ha sido la causa de guerras, porque, así como es útil para construir, también se ha utilizado para destruir.

Es de suma importancia la ética en el ámbito de la salud debido a que abarca la totalidad de los actos médicos, sanitarios y compromete a todo el personal que labora en dicho campo; se fundamenta en la Deontología Médica.¹² Se debe recordar que toda ética presupone una antropología para conocer quién es el hombre y de esa manera determinar las normas que rigen su conducta y cómo se debe actuar en relación con él.

Así mismo, el equipo de salud debe apoyarse en la Tanatología y la Bioética, debido a que la misión del tanatólogo es sensibilizar al personal de salud para que, llegado el momento en que la medicina no pueda hacer más clínicamente por el paciente, humanamente se le brinde consuelo, entrega absoluta y amor incondicional para que pueda llegar a trascender con fe y tranquilidad. El equipo de salud no debe sentirse fracasado si la evolución de la enfermedad no sigue el curso previsto o deseado, no creer que hubo una falta a su deber profesional o una falla técnica. El fracaso no se da al intentar curar y no lograrlo, sino por no cuidar al paciente en sus necesidades físicas, mentales, emocionales y espirituales a través de una buena comunicación y recta práctica médica de acuerdo con los parámetros de la bioética personalista.

La doctora Kübler-Ross, experta en el final de la vida, explica que los profesionales sanitarios se distancian de sus pacientes moribundos por su propio miedo a morir, para protegerse de la frustración y de la impotencia que les produce la muerte.¹³ Por ello, propone al equipo de salud que se apoye en la Tanatología para dar malas noticias a los pacientes sin que éstas afecten la comunicación y la relación médico paciente, sino por el contrario, dicha relación se convierta en confianza y entendimiento.

El verdadero fantasma y terror del enfermo en fase terminal más allá del dolor y la propia muerte es la "soledad" al no poder comunicar a nadie sus temores, rabias, frustraciones, miedos, etc. La doctora Kübler-Ross invita al equipo de salud y a la familia a permanecer al lado del paciente e iniciar la ayuda tanatológica a partir del momento mismo en que el paciente conoce el

12. Parte de la ética que trata de los deberes y principios que afectan a una profesión. El Pequeño Larousse Ilustrado, ed. 2006.

13. González-B, M. et al. *Oncología clínica*. Ed. McGrawhill, 2a. ed., Madrid, 1998; Vol I, pp. 654-721.

diagnóstico, sin esperar a que el enfermo esté hospitalizado o moribundo para que pueda manifestar todo su sufrimiento emocional y llegado el momento del desenlace, la muerte se viva con plenitud y paz. "El agonizante nos está preparando para nuestra propia muerte, la cual es un regalo de vida personal".¹⁴

Una buena comunicación logrará que los servicios de salud y hospitales se tornen cálidos y humanos, en donde existan espacios y personas sensibles a los problemas graves del paciente incluyendo la muerte, lugares en donde la persona sea más importante que la técnica y la muerte no sea manipulada; la razón de los departamentos de Bioética y Tanatología hospitalarios es revalorar su objetivo primario: "Estar al servicio del hombre".

EL HOSPITAL HUMANIZADO TIENE

LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- Abierto y transparente. Es decir, cualquier enfermo debe ser atendido independientemente de sus ideas, religión, posición social, sexo, etcétera; no negarle la asistencia por ningún motivo.
- La comunicación debe ser siempre de diálogo, tanto con el paciente como con los familiares. Se debe recordar que no se puede abrir un hospital si la mente está cerrada y el corazón marchito.
- Los familiares no deben ser vistos como intrusos, sino como colaboradores, porque toda persona es digna de ser respetada y atendida en todas sus dimensiones y necesidades bio-psico-sociales-espirituales.
- Se debe trabajar en equipo, es decir, con colaboración y recíproca confianza, siempre a favor del enfermo con apoyo mutuo, en un ambiente de familia que nunca deberá ser suplido por la técnica.
- El hospital debe dar formación permanente a sus empleados para que todo el equipo de salud tenga preparación actualizada, humanizada y lograr una alianza terapéutica para sacar adelante una misma ideología: "Devolver la salud al enfermo y nunca verle como objeto de experimentación, un caso interesante, o un número de expediente".

14. Kübler-R, E. *On death and dying*. Collier Books, McMillan Publishing Co. New York; 1969.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosenbaum Marcy E, et al. *Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies*. Academic Medicine, 2004; 79(2): 107-17.
2. *El Pequeño Larousse Ilustrado*. Ed. 2006.
3. Ver anexos, capítulo 2.
4. Lifshitz, A. *Los errores médicos*. Revista Mexicana de Algología 2005; III (11): 11-13.
5. Definición de la autora.
6. Davis, F. *La comunicación no verbal*. Ed. Alianza Editores, 6ª Reimpresión, Madrid; 2003.
7. Díaz-N, J. y Gallegos-M, BR. *Aforismos, proverbios, lemas y consejos*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2003.
8. Sherr, L. *Agonía, muerte y duelo*. Manual Moderno, 1992.
9. VI Corso Estiro Internazionale di Aggiornamento in Bioetica. Etica alla fine della vita: tra morte degna e dignita del morente. Ateneo Pontificio Regina Apostolorum-Focalta di Bioetica, Roma, Julio, 2007. webpage: www.upra.org/bioetica
10. Numan, P. *Our greatest failure*. Am J Surg 1988; 155(2): 263-5.
11. Kuthy P, Villalobos-P, Tarasco M y col. *Introducción a la Bioética*. Méndez Editores, México, 1997; p. 8.
12. Definición de la autora.
13. González-B, M. et al. *Oncología clínica*. Ed. McGrawHill, 2a. edición, Madrid, 1998; Vol. 1, 654-721.
14. Kübler-R, E. *On death and dying*. Collier Books, McMillan Publishing Co., New York; 1969.

SÍNDROME DE BURNOUT

DR. JAIME ENRIQUE ENCINAS REZA

Soy un fue, y será, y un es cansado

FRANCISCO DE QUEVEDO

En este capítulo se describe el llamado síndrome de *burnout*. Lo experimentan el cuidador principal y el equipo de salud durante el cuidado de enfermos terminales o en fase terminal. El cuidado a este tipo de enfermos es constante y demanda mucha atención y tiempo, por lo que, inclusive las 24 horas del día, parecieran insuficientes para atender sus necesidades, lo que lleva al cuidador a un desgaste físico y emocional.

Cuidar a enfermos terminales es un arte debido a que el cuidador, además de brindar al paciente todo el apoyo, amor y cuidado de manera integral, también debe incluir, en este mismo tiempo, espacio de descanso para sí mismo, convivir con la familia, esparcimiento, etcétera.

El cuidador principal deber ser dirigido y coordinado por un médico y apoyado en un trabajo interdisciplinario en donde nunca se pierda de vista su aspecto espiritual debido a que su labor conlleva decisiones muy complejas que provocan mucho desgaste humano en todas sus áreas (bio-psico-social-espiritual) así como carga física, por lo que se aconseja que le apoye un tanatólogo.

Es importante que el cuidador de un enfermo terminal o en fase terminal pueda reconocer e identificar sus límites cuando cuide, apoye, vigile, dirija y oriente a otra persona, para que no presente el debilitamiento de desgaste psicoafectivo causado por el llamado síndrome de *burnout*.

Este término fue acuñado principalmente para los médicos y el equipo de salud (por lo que este capítulo está enfocado más al área médica). Sin embargo, hoy en día, dicho síndrome se ha generalizado al cuidador principal y la

familia del enfermo quienes padecen las mismas situaciones que se plantean en este trabajo.

PUNTO DE VISTA TEÓRICO CONCEPTUAL

El concepto de síndrome de *burnout*¹ proviene del inglés; se traduce como síndrome de desgaste o agotamiento que padece el profesional dedicado a las ciencias de la salud y el cuidador principal.

De manera poco convencional puede decirse que el profesionista se encuentra “quemado” en su desempeño laboral. No obstante, debe diferenciarse claramente del síndrome depresivo clínico, conocido también como la angustia silenciosa de los cuidadores.

MANIFESTACIÓN CLÍNICA

El síndrome de *burnout* tiene diferentes manifestaciones y consecuencias en todas las dimensiones de la persona; se caracteriza de la siguiente manera:

1. Agotamiento emocional, fatiga y reacción depresiva.
2. Relación de los síntomas vinculados con la actividad laboral.
3. Los síntomas los sufre la persona a nivel mental y de conducta debido principalmente al cansancio físico.
4. Ineficaz y bajo rendimiento en el trabajo.

El síndrome se presenta usualmente en personas entre los 30 y 40 años de edad; demuestran impericia laboral y poca tolerancia a la carga excesiva de trabajo en un tiempo que es insuficiente para realizarse. (Lo sufren de manera especial médicos, enfermeras, estudiantes del área de salud de pregrado asignados a jornadas completas en hospitales, trabajadores sociales, etcétera). Tiene fuerte impacto a nivel laboral, ya que las consecuencias son ausentismo y cambios frecuentes o abandono laboral.

Según algunos estudios, parece que del equipo de salud las mujeres son las más susceptibles de sufrirlo. Esto se debe quizá a que la mujer tiene otras actividades además de la profesional como ser cónyuge, presiones familiares

1. Cfr. Graue E. y col. *El Síndrome de Burn out*. La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo. Seminario El Ejercicio de la Medicina. Facultad de Medicina, UNAM; Junio 2007, en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/libro_pdf.html, 26 mayo 2008.

y/o del esposo; en repetidas ocasiones acoso sexual y, si está embarazada, la responsabilidad de la maternidad y al mismo tiempo, miedo a perder su empleo por su embarazo, situaciones que tienen un costo emocional, físico y social muy alto. En el caso de un familiar del enfermo terminal es común que la persona que le cuida sea mujer.

Muchas veces, el ambiente que precipita este síndrome son algunas áreas específicas hospitalarias en donde se vive con mucho estrés (área de urgencias o terapias intensivas), hospitales dedicados a la enseñanza y capacitación en la educación de la medicina y ramas afines, donde ingresan personas jóvenes con altas expectativas que están sometidas a un desgastante entorno de exceso de trabajo, percepción de la pérdida del control de la situación, falta de sueño, etcétera.

Los errores médicos también propician o desencadenan el síndrome de *burnout* cuando en el equipo de salud surge el sentimiento de culpa debido a que el paciente o los familiares le acusan de faltas como negligencia o impericia.

Las consecuencias que se derivan de este problema son: el ambiente laboral se torna conflictivo con los compañeros de trabajo y se extiende a los integrantes de sus propias familias; en el caso de los médicos se comienza a distorsionar o deteriorar la relación médico paciente, lo que repercute en el bien integral del paciente.

Por lo anterior, cabe preguntar: ¿Es oportuna la intervención de un tanatólogo para ayudar en este problema? La respuesta es sí, precisamente porque uno de los objetivos de la Tanatología es ayudar al equipo de salud, en especial a los que trabajan en urgencias o terapia intensiva, a canalizar las diferentes emociones y presiones a que están sometidos (frustraciones, angustias, rabias, culpas y miedos). Cuando el equipo de salud esté libre de presión, agotamiento físico y emocional, entonces podrá ayudar al enfermo en su totalidad.

FACTORES PREDOMINANTES QUE DESENCADENAN EL PROCESO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Estrés: se deriva de la responsabilidad que tiene el cuidador ante el enfermo, la percepción de la realidad con altas expectativas ante un futuro incierto que, con mucha frecuencia, rebasa sus capacidades y su competencia profesional.

El equipo de salud está en contacto con seres humanos en circunstancias extremas de su vida, con problemas muy complejos que producen mucha angustia.

Falta de sueño: suele ser una constante, por lo menos en el entorno médico mexicano, en donde el estudiante de medicina en el año de internado, o del residente especialista, vive jornadas de trabajo, por lo general de más de ocho horas y se complementan con las llamadas guardias vespertino-nocturnas. Si se suman el número de horas, las labores médicas suelen prolongarse hasta 72 horas o más (80 a 120 horas) por semana, sin duda esto causa fatiga.

Debe recordarse la fórmula universal que fija en ocho horas al día el tiempo destinado al trabajo, además de la evidencia médica que menciona que este tiempo para una jornada laboral es el óptimo para mantener un sano equilibrio en la persona, para que dedique el resto del tiempo a otro tipo de actividades y disfrutar la compañía de la familia, la sociedad y el descanso; además deben considerarse los tiempos de traslado de la casa al trabajo y viceversa, sobre todo en las grandes ciudades. Las jornadas de trabajo mayores a 12 horas con el pretexto de mejoría económica, indudablemente conllevan riesgos que causan problemas en el trabajador del área de la salud que propician la aparición de patologías físicas, mentales y sociales.

El agotamiento crónico que se manifiesta por la privación de horas de sueño que se acumulan, se traduce primero como déficit de atención y, por lo tanto, de la concentración, además que causa problemas en la capacidad de desarrollar y realizar las tareas laborales, lo que genera problemas para tomar decisiones y problemas conductuales de irritabilidad y mal humor que pueden convertirse en malos tratos (violencia) hacia los pacientes, todo esto repercute en la dinámica de los equipos de salud en el trabajo cotidiano hospitalario.

Fatiga: antes de la era industrial, la fatiga física era consecuencia del trabajo y esfuerzo cotidiano; cuando el trabajo humano fue sustituido por máquinas, la fatiga pasó a ser del orden psíquico o mental. Haro-García y col. (2007) señalan y hacen la diferencia de que exista la fatiga que señala al trabajador ocupado y otra que muestre al trabajador preocupado.

La fatiga se identifica como una condición que se presenta de manera frecuente en trabajadores de casi todas las profesiones; se dice que al menos 78% de los trabajadores la ha experimentado alguna vez, dependiendo del confort o malestar ergonómico² y de los equipos o instrumentos de trabajo necesarios para realizar un trabajo.

Las excesivas horas de trabajo invertidas en la actividad laboral, la falta de sueño y la fatiga, son campo propicio para la aparición del síndrome de *burnout*. En casos extremos esta alteración en la persona puede llevarla al suicidio.

La morbilidad y mortalidad provocadas por las enfermedades relacionadas con el trabajo tienen un impacto relevante, el estrés laboral, la personalidad del individuo y la autoconsigna social, conduce a graves problemas en el trabajador relacionado en el campo de la ciencias de la salud.³

En el siguiente cuadro se muestran los efectos de la falta del sueño en médicos residentes:⁴

Afectaciones en el aprendizaje y conocimiento	Afectaciones en el trabajo		Afectaciones en la vida personal	
	Profesionalismo	Trabajo de atención médica	Sensación de pérdida del bienestar personal	Alteraciones en las relaciones personales
Alteraciones en la habilidad para aprender y pensar				
Disminución de la motivación para aprender	Dificultad para la comunicación con pacientes y familiares	Errores en la aplicación de destrezas clínicas	Percepción de disminución de la salud personal	Dificultades en la relación con el compañero(a)
Incapacidad para el pensamiento complejo	Disminución en el deseo de interacción con los médicos adscritos	Ineficiencia	Alteraciones en el sentido del humor	Dificultades en la relación con familiares y amistades
Insuficiencia para la aplicación del conocimiento	Pérdida de empatía hacia los pacientes. Despreocupación por sus problemas	Sueño no controlable durante el desempeño en el trabajo	Sensación de necesidad para el esparcimiento personal	Dificultades en la relación con los hijos
		Disminución de destrezas manuales	Disminución de habilidades para manejar	Alteraciones de las actividades personales

2. Estudio sobre la organización metódica del trabajo y el acondicionamiento del equipo en función de las características del trabajador. El Pequeño Larousse Ilustrado, 2006.
3. Cfr. Kalimo, R y Batawi MA. *Las enfermedades psicosomáticas como consecuencia del estrés profesional*. Antología para la Unidad Temática de Salud en el Trabajo, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, México, 2005; 253-63.
4. Cfr. Graue, E y col. *El Síndrome de Burn out. La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo*. Seminario El Ejercicio de la Medicina. Facultad de Medicina, UNAM, Junio, 2007; En: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/libro_pdf.html, 26 mayo 2008.

FACTORES (PSICOSOCIALES) QUE VIVE EL PERSONAL DE SALUD, PRINCIPALMENTE EL MÉDICO EN LA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT.^{5,6,7}

1. La manifestación de la patología en el médico suele estar oculta o velada no sólo por el propio médico que padece el problema, sino por el entorno (el resto del equipo de salud o la familia de quien presenta el trastorno) que tampoco observa el fenómeno y, por lo tanto, no existe la posibilidad de tener un diagnóstico oportuno. Esta negativa se debe a un mecanismo de defensa, al no poder afrontar y reconocer el hecho que un médico también puede enfermar.
2. Es difícil que el médico solicite ayuda profesional de sus colegas, ésta suele estar limitada y un tanto deformada por el médico mismo que, intencionalmente, frena su actuación, así como de la percepción paternalista de los colegas que suelen ver en el otro médico a una persona que necesita protección más allá de su propia comprensión. Además, existe la dificultad de tratar al médico como un paciente de manera cotidiana debido a la influencia que tiene en el equipo de trabajo, sobre todo cuando enfermería lo conoce, lo que hace poco efectiva la ayuda.

El ambiente dentro del equipo de salud es muy especial por el tipo de lenguaje que se usa y, la rutina en las actividades. Esto crea un sentido de admiración en los demás integrantes del equipo, pero, al mismo tiempo, se tiende al aislamiento, es decir, al médico sólo lo comprenden otros médicos, debido a lo cual su ámbito de trabajo y relaciones sociales es estrecho.

3. El médico se percibe como un ser indispensable para la sociedad, por lo que su alto sentido de responsabilidad no le permite dedicar un espacio para él. No debe faltar a su trabajo ni dejar en manos de otros a los pacientes graves debido a que la responsabilidad es sólo de él, por lo que no puede tomar vacaciones; no debe dejar de contestar llamadas de carácter médico ante la solicitud del paciente a cualquier hora del día o la

5. Cfr. Spickard, A. Gabbe S, Christensen J. *Mid-Career Burn out in Generalist and Specialist Physicians*. 2002; (288): 1447-50.
6. Cfr. Millar, M. et al. *The Painful Truth: Physicians Are Not Invincible*. South Med J. 2000; (93): 966-72.
7. Cfr. Stoudemire, A. & Rhoads J. *When the Doctor Needs A Doctor: Special Considerations for the Physician-Patient*. Ann Intern Med. 1983; 98: 654-59.

noche, no existen días festivos ni de guardar porque el paciente necesita su auxilio y ayuda todo el tiempo. Es decir, existe una especie de omnipotencia del médico, por lo que su rol social es altamente significativo para él mismo y la sociedad entera. Ante esta situación se afectan sus relaciones interpersonales que incluyen no sólo su ámbito de trabajo, sino el familiar y social; esto tiene como resultado el estrés y culmina en el llamado síndrome de *burnout* o de agotamiento.⁸

4. Debido a lo mencionado, a veces el médico y el equipo de salud recurren a la automedicación de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; lo que, a su vez, puede generar dependencia de fármacos y ocasionar otro problema adicional al ya presentado. O puede recurrir al abuso de alcohol como una manera de relajamiento para eliminar la angustia y evadirse del mundo médico, lleno de complejos problemas y responsabilidades.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El ser humano no puede vivir solamente para el trabajo, esto le llevaría a serios problemas que repercutirán, sin duda, en su entorno bio-psico-social-espiritual con respecto de sus colegas y su familia.

La escuela anglosajona de medicina menciona a través de: "Organización de los roles en el cuidado de la salud", que la salud de los médicos se ha deteriorado por el problema del *burnout* o agotamiento⁸ y las dificultades de las relaciones interpersonales, por lo que sugiere que se adopte una postura enfocada en el sentimiento del bienestar no sólo a nivel material, sino enfocar la atención al sentido de vida y la trascendencia del ser humano.

Con esta visión se intenta ver al hombre en toda su dimensión y riqueza humana y enfatizar sus relaciones interpersonales, que incluyen no sólo su ámbito de trabajo, sino en el familiar y social, para buscar vacaciones obligatorias, además de periodos de descanso semanal.

El esfuerzo que se invierta en la atención, bienestar y sentido de vida, repercutirá favorablemente en el equipo de salud para optimizar y mejorar los problemas que enfrentan los médicos y, reducir con ello los problemas de atención y seguridad, así como los errores médicos.

8. Cfr. Kalimo, R y Merman, T. *Respuestas psicológicas y de conducta al estrés en el trabajo*. En: Antología para la Unidad Temática de Salud en el Trabajo, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, México, 2005; p. 264-275.

El equipo de salud encuentra muchas veces sentido de su vida en su trabajo, familia, círculo de amistades, de acuerdo con su sentido religioso, espiritualidad y de los propios valores (los valores internos son los que hacen referencia a los centrados en la persona humana y los externos son los relacionados con su rol en el quehacer médico y de la atención hacia los pacientes en la relación médico paciente). Esto le permitirá regresar a su vocación de servicio,⁹ dentro de un crecimiento personal centrado en el ser humano y sus necesidades integrales.

Si el equipo de salud no considera los aspectos de humanismo mencionados, tiene indudablemente una posibilidad mayor de que su sistema se colapse, ya que en vez de contar con trabajadores con salud integral, serán más bien trabajadores desintegrados con mucho deterioro laboral, personal y social.

MÉTODO BALINT PARA EL EQUIPO DE SALUD

Actualmente han surgido agrupaciones¹⁰ en México¹⁰ preocupadas por el bienestar de los médicos y su labor de trabajo, especialmente en la especialidad de geriatría, dónde a través de las llamadas sesiones de los grupos Balint¹¹ se realiza una labor de trabajo de equipo para establecer un equilibrio en las relaciones interpersonales y la correcta relación médico paciente.

El psiquiatra Michael Balint (1955)¹² identificó en Inglaterra las necesidades que tenían los médicos para reflexionar en grupo acerca de la relación médico paciente. Si el paciente era visto como un ser integrado con su familia y en su comunidad, por qué el médico no era capaz de percibirse a sí mismo de esa manera, por lo que llevó al equipo de salud a hacer un examen autocrítico de su situación como ser humano integral. Balint¹³ publicó un trabajo en donde señaló los ámbitos del manejo grupal de las necesidades del médico que ha sido la base para el replanteamiento psicológico en el campo médico, después se ha extendido a otras profesiones.

9. Del lat. *vocatio* acción de llamar: Inclinação natural de una persona por un arte, profesión o determinado género de vida. El Pequeño Larousse Ilustrado 2006.

10. Un grupo de médicos han establecido "The Tennessee Medical Association", un programa de Salud dedicado a los médicos para prevenir y dar tratamiento y seguimiento a las consecuencias del síndrome de *burnout*. La American Medical Association y la Canadian Medical Association, cada dos años establecen tópicos y propuestas para la vigilancia del problema del síndrome de *burnout*.

Cfr. Rodríguez R, et. al. *Grupo Balint*. En: Geriatría. McGraw-Hill-Interamericana, México, 2000: 336-40.

11. Cfr. Millar, M. et al. *The Painful Truth: Physicians Are Not Invincible*, South Med J. 2000; (93): 966-72.

12. Cfr. Balint M. *The Doctor, his patient and the illness*. The Lancet, 1955; april: 684-88.

13. Cfr. Balint M. *The Doctor, his patient and the illness*. 2nd edition, Churchill Livingstone, New York, 2000; p. v.

Médicos especialistas en entrenamiento de Geriatría¹⁴ y especialmente la doctora Rodríguez comenta:

Hay profesiones y oficios en los que se trata con personas que sufren desdichas humanas, por lo que es inevitable para cualquier persona dedicada a tratar seres humanos, como lo es el médico y el equipo de salud, no sufrir uno mismo esa desdicha y cita lo siguiente:

Ortiz Quesada menciona: el médico está tan sumido en dolor que a veces ya no lo advierte, aunque le duela profundamente", "la enfermedad, enferma". No es raro escuchar: *ya debes estar acostumbrado a la muerte y al sufrimiento, lo ves a diario*; no obstante, es digno de alabanza loable el médico que nunca se acostumbra. La autora no sólo no se acostumbra, sino que cada día se sensibiliza más, cada vez se siente más cerca, con más intensidad y con el dolor de saber que la ayuda que se puede dar es limitada.¹⁵

Es interesante hacer un autorreconocimiento de los propios límites de actuación y observar el fenómeno y el problema que, generalmente, contienen una carga de sentimientos fuertes que desencadenan sentimientos negativos, por lo que el médico presenta mecanismos de defensa psicológicos que impiden visualizar ese sufrimiento o dolor en él mismo y a veces en el otro, los otros.

También la doctora Rodríguez señala la finalidad de la aplicación donde se ofrecen sesiones del Grupo Balint:

El objetivo de la reunión es que el médico entienda los sentimientos que genera su trabajo con el paciente y pueda disminuirlos, mejorando su desempeño y área personal. Además de nunca juzgar, no interpretar, no criticar, requiere una alta dosis de respeto y prudencia, recordar que la otra persona sufre igualmente. Debe ser gentil debido a que los sentimientos se encuentran en todas partes.¹⁶

La metodología¹⁷ que se aplica en las reuniones es convocar al grupo de profesionales que trabajan en equipo o en un mismo lugar (sin distinción de sexo, jerarquías laborales, etc.), se presenta y plantea el caso que preocupa sin mostrar el expediente del paciente; se sigue el método de la libre asociación de ideas y se expone una razón para presentar el caso (ya no sé qué hacer, ya

14. Cfr. Rodríguez, R. *Grupo Balint*. En: Rodríguez Rosalía, et al. *Geriatría*, McGraw-Hill-Interamericana, México, 2000; 336-40.

15. Cfr. Op. Cit. Rodríguez, p. 336.

16. *Ibidem*.

17. Cfr. Op. cit. Rodríguez.

no aguanto más, o cualquier situación). En esta sesión se exponen conflictos interpersonales, crisis, que permitan "limpiar" y subsanar los problemas. No se pretende que sea una sesión psicoterapéutica ni formar psicólogos, pero se logra amortiguar el peso que conlleva el sufrimiento humano, estrés, fatiga y agotamiento o desgaste profesional. (Si se detecta que alguien del equipo de salud necesita apoyo psicológico adicional, con mucha prudencia se le ofrece esa ayuda externa, ya que dicho apoyo queda fuera de la competencia del grupo Balint, aunque el coordinador del grupo tenga sólidos conocimientos de psicología, psiquiatría y tanatología).

El grupo atiende y escucha la exposición en un intento de descubrir el conflicto existente entre el profesional y el paciente con el cual se genera el problema. El cuestionamiento médico y decisión no se hará considerando la dimensión biológica o física del caso, sino debe enfocarse al sufrimiento humano centrado en la dignidad de la persona humana.¹⁸

Lo anterior permite que el médico profundice en el análisis de su trabajo, en la destreza para escuchar y no sólo oír, dice Balint, esto conlleva una adaptación al cambio en su personalidad para adoptar una nueva actitud psicológica que le permita desahogar la intensa carga afectiva, emocional y estrés que vive el equipo de salud, lo cual redundará en el alejamiento de la manifestación del síndrome de *burnout*.

Mi recomendación como profesional de la salud y geriatría, es que el tanatólogo puede ser de valiosa ayuda al trabajo del grupo Balint con los elementos que utiliza en su trabajo: ¿Qué decir? ¿Cuándo decir? ¿Cómo decirlo? y ¿Qué es mejor callar? Si se logra dicha alianza podrá prevenirse y superarse el síndrome de *burn out* en el equipo de salud y la familia.

ESCALA DE VALORES PARA DIAGNOSTICAR

EL SÍNDROME DE BURNOUT

El cuestionario: MBI (Maslach¹⁹ y Jackson, 1981, 1986), se puede aplicar de la siguiente manera:

Las 22 frases que se incluyen a continuación se relacionan con los sentimientos que el cuidador presenta en su trabajo; la evaluación del síndrome se hace de acuerdo con la frecuencia con que se hayan tenido los sentimientos

18. Idem.

19. Maslach C. Jackson SE. *MBI Manual*. Palo Alto University of California. Consulting Psychologists to Press, 1981.

según la siguiente escala: 0: Nunca; 1: Pocas veces al año; 2: Una vez al mes; 3: Pocas veces al mes; 4: Una vez a la semana; 5: Pocas veces a la semana; 6: Todos los días.

1. ____ Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. ____ Me siento fastidiado al final de la jornada de trabajo.
3. ____ Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.
4. ____ Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.
5. ____ Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales.
6. ____ Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.
7. ____ Trato muy eficazmente los problemas de las personas.
8. ____ Me siento "quemado" (agotado) por mi trabajo.
9. ____ Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.
10. ____ Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. ____ Me preocupa que este trabajo me esté "endureciendo" profesionalmente.
12. ____ Me siento muy activo.
13. ____ Me siento frustrado en mi trabajo.
14. ____ Creo que estoy trabajando demasiado.
15. ____ No me preocupa realmente lo que les ocurre a algunas personas a las que doy servicio.
16. ____ Trabajar directamente con personas me causa estrés.
17. ____ Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.
18. ____ Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.
19. ____ He alcanzado muchos logros en mi profesión.
20. ____ Me siento acabado(a).
21. ____ En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. ____ Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.

A la evaluación del cuestionario deben sumarse las puntuaciones de las preguntas anteriores y encontrarse la puntuación total de cada escala por separado.

Resultado de la muestra total:

CE (Cansancio emocional)	DP (Despersonalización)	RP (Realización profesional en el trabajo)
1	5	4
2	10	7
3	11	9
6	15	12
8	22	17
13	18	14
19		
16		
21		
20		

CE: Cansancio emocional mayor de 20.86 (hay cansancio emocional, si pasa de este rango).

DP: Despersonalización mayor de 7.62 (existe este aspecto, si es mayor del puntaje).

RP: Realización personal en el trabajo mayor de 35.71 (está en buenas condiciones si es mayor de este puntaje, o si el margen es muy pequeño para llegar al mismo).

CONCLUSIONES

- El concepto de síndrome de *burnout* y se traduce como síndrome de “desgaste o agotamiento”; lo sufre el profesional dedicado a las ciencias de la salud, así como el cuidador principal del enfermo terminal o en fase terminal.
- Los factores predominantes que generan el proceso del síndrome de *burnout* son: estrés, falta de sueño y fatiga.
- La escuela anglosajona de medicina menciona a través de: “Organización de los roles en el cuidado de la salud”, que la salud de los médicos se ha deteriorado por el síndrome de *burnout*, por lo que sugiere se adopte una postura enfocada en el sentimiento del bienestar no sólo a

nivel material, sino poniendo la atención en el sentido de vida y la trascendencia del ser humano.

- Tanto el equipo de salud como el cuidador principal, deben no sólo atender al enfermo terminal o en fase terminal, sino cuidarse ellos mismos de manera integral bio-psico-social-espiritual para no sufrir el síndrome de *burnout* o agotamiento.
- Uno de los objetivos de la Tanatología es ayudar al equipo de salud, en especial a los que trabajan en urgencias o terapia intensiva, a canalizar las diferentes emociones y presiones a que están sometidos (frustraciones, angustias, rabias, culpas y miedos).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graue, E. y col. *El Síndrome de Burn out*. La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo, Seminario El Ejercicio de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, junio; 2007, en línea http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/libro_pdf.html 26 mayo 2008.
2. *El Pequeño Larousse Ilustrado*. 2006.
3. Kalimo, R y Batawi, MA. *Las enfermedades psicosomáticas como consecuencia del estrés profesional*. En: Antología para la Unidad Temática de Salud en el Trabajo, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, México; 2005; pp. 253-63.
4. Graue, E. y cols. *El Síndrome de Burn out*. La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo, Seminario El Ejercicio de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. junio 2007, en línea http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/libro_pdf.html 26 mayo 2008.
5. Spickard A, Gabbe S, Christensen J. *Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians*. 2002; (288): 1447-50.
6. Millar, M. *et al. The Painful Truth: Physicians Are Not Invincible*. South Med J. 2000; (93): 966-72.
7. Stoudemire A. & Rhoads J. *When the Doctor Needs A Doctor: Special Considerations for the Physician-Patient*. Ann Intern Med, 1983; 98: 654-59.
8. Kalimo, R y Merman T. *Respuestas psicológicas y de conducta al estrés en el trabajo*. En: Antología para la Unidad Temática de Salud en el Trabajo, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, México; 2005; pp. 264-75.
9. *El Pequeño Larousse Ilustrado*. 2006.
10. Rodríguez, R. *Grupo Balint*. En: Rodríguez R. *et al. Geriatria*, McGraw-Hill-Interamericana, México, 2000; 336-40.
11. Millar M, *et al. The Painful Truth: Physicians Are Not Invincible*. South Med J. 2000; (93): 966-72.
12. Balint, M. *The Doctor, his patient, and the illness*. The Lancet, 1955; april: pp. 684-88.
13. Balint, M. *The Doctor, his patient and the illness*. 2nd edition, Churchill Livingstone, New York, 2000; p. v.
14. Rodríguez, R. *Grupo Balint*. Geriatria. McGraw-Hill-Interamericana, México; 2000, pp. 336-40.

15. Op.Cit. Rodríguez. p. 336.
16. Rodríguez, R. *Grupo Balint*. Rodríguez, R. y col. Geriatria. McGraw-Hill-Interamericana, México; 2000, pp. 336-40.
17. Op. Cit. Rodríguez.
18. Idem.
19. Maslach C. Jackson SE. *MBI Manual*. Palo Alto University of California. Consulting Psychologists to Press, 1981.



13

DUELO Y DEPRESIÓN

DESDE EL PUNTO DE VISTA TANATOLÓGICO

LIC. EDNA MARTHA HAMILL MELÉNDEZ

Todo duelo es diferente al ser un suceso individual.

ALFONSO REYES ZUBIRÍA

La muerte y la separación de un ser querido son dos de las pérdidas más dolorosas que puede experimentar una persona; cuanto más cercana sea la relación con la persona que se pierde, más dolorosa será esa pérdida, por lo que es irremediable vivir un duelo.

En este capítulo se habla sobre todo de la pérdida por muerte de un ser querido; no por ello deben perderse de vista otras pérdidas como las físicas, basta un accidente, un descuido, una caída, costumbres nocivas o estrés, para que se altere la salud. La enfermedad puede ser transitoria o una interminable sucesión de sufrimientos y molestias que condicionan y limitan la vida diaria, ejemplo: diabetes, una enfermedad vascular o renal que incapacitan para el trabajo y, muchas veces, condicionan el futuro de quien la padece. O la pérdida física de un seno, de un pulmón, de la vista o el oído, representa la pérdida de una parte importante de uno mismo y, de alguna manera, provoca una reacción de duelo con trastornos físicos, emocionales y psicológicos parecidos a la que se tiene cuando se está de luto por la muerte de un ser querido.

El duelo es una etapa de sufrimiento y reajuste a la propia vida ante cualquier pérdida importante para una persona; si se niega o reprime puede llevar a una enfermedad física o emocional. Durante el proceso de duelo son inevitables sentimientos y emociones fuertes acompañados de depresión exógena, motivo por lo cual se enfatiza en este tema. La labor del tanatólogo consiste en dejar fluir dichas emociones para poder llegar a la resolución del duelo que se traduce en vivir la vida a plenitud, aun con la pérdida acontecida.

Según Gabriel Marcel en su libro *homo viator*, dice que el hombre tiene una existencia viajera que vive cambios desde que nace hasta que muere. Cuando el hombre experimenta cambios puede vivirlos como ganancias o como pérdidas, puede instalarse en el sufrimiento o tratar de darle un sentido al mismo y continuar.

EL DUELO

Parte de estos conceptos se mencionan en el capítulo dedicado a Tanatología. Algunas ideas se repiten para tener una visión general de lo que es el duelo, trabajo fundamental en el campo tanatológico. Sin embargo, no se pretende agotar un tema tan extenso.

Hay que recordar que cada persona es única e irrepetible, por lo mismo, la duración en elaborar el duelo varía de persona a persona. “Es común ver en mujeres un mayor umbral al dolor y mayor fortaleza para enfrentar pérdidas, además que expresan con menor dificultad sus emociones, miedos y preocupaciones. El hombre, por el contrario, en algunos casos, está más acostumbrado por la manera en que ha sido educado a reprimir las emociones y “aparentar” que no sucede nada ante sucesos adversos”.¹ (Para profundizar en este tema se sugiere consultar el DSMIV). El tanatólogo sabe que debe dejar que la persona exprese sus sentimientos con el propósito de evitar un duelo patológico.

Cuando la pérdida es definitiva la vida se convierte en un caos debido a que ya nada será igual, de ahí que surja tanto dolor. Sin embargo, el duelo es parte de la vida, igual que la alegría del amor; el dolor es el precio que se paga cuando se pierde lo que se ama, el costo de la entrega y la vida compartida. Aceptar que los duelos forman parte de la vida y que son prácticamente inevitables es una condición para vivir con salud mental.

La palabra duelo proviene del latín *dolus* (dolor). Es la respuesta emotiva a la pérdida de algo o alguien, se manifiesta por reacciones emocionales que siguen a una pérdida. Por otra parte, el luto, del latín *lugere* (llorar) y *luctus*

1. En 2007 una investigación del Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos documentó lo siguiente: La depresión en el hombre es más infrecuente que en las mujeres, sin embargo, si se produce conlleva mayores riesgos ya que está asociada a posibles enfermedades coronarias. Además, el hábito de trabajar en exceso puede enmascarar una depresión. Los síntomas son diferentes en las mujeres, en los hombres se manifiesta con irritabilidad en lugar de sentimientos de desesperanza. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. El gran problema es que el hombre sólo pide ayuda cuando ya no puede más. <http://www.masmasculino.com/salud-/DEPRESION-MASCULINA.html> Consultado 15 de junio 2009.
2. El Pequeño Larousse Ilustrado 2006.

(guardar),¹ es el duelo por la muerte de un ser querido; se manifiesta con signos visibles externos y emociones como tristeza, ira, desilusión, soledad, depresión y apatía. Las emociones que caracterizan al duelo tienden a ser tanto universales como culturales, lo que se aprecia en los distintos comportamientos sociales y ritos religiosos. En Tanatología se habla de duelo a la manifestación emocional que surge ante una pérdida.

El proceso de reajuste a una nueva vida después de la pérdida se llama elaboración del duelo. Para que se lleve a cabo se necesita tiempo, dejar que todos los sentimientos interiores afloren. Es un proceso doloroso –pero necesario– para llegar a la aceptación y adaptación a una nueva vida.²

El duelo activa mecanismos psicológicos de adaptación donde, a veces, la persona recurre a mecanismos de defensa para rechazar lo que sucede; estos tienen una función saludable si se aceptan de manera apropiada y evitar se hagan rígidos, bloqueen, distorsionen o retrasen el proceso normal de duelo. Los mecanismos psíquicos de autodefensa más comunes son: negación, rechazo, represión, racionalización, aislamiento, regresión, somatización e identificación.³

DUELO Y DEPRESIÓN

A continuación se menciona el duelo patológico y el anticipatorio por ser los más frecuentes en el trabajo tanatológico.

Duelo patológico: Los sentimientos de angustia y tristeza pueden ser negados, actuados o exagerados; el equilibrio psíquico y físico de la persona se rompe. Tiene larga duración debido a que la persona permanece en alguna de las fases del duelo como pueden ser: negación, rabia, depresión o por estados de ánimo no resueltos como ira, culpa, etc., esto lo distingue de un duelo normal.

En este tipo de duelo se posponen los sentimientos de manera inconsciente, surgen mecanismos de defensa contra la tristeza y soledad, pueden pasar meses e inclusive años en algunos casos en la negación del hecho, pero basta un recuerdo o una imagen para desencadenar todo un proceso de duelo bloqueado y no resuelto. Se convierte en patológico cuando los recuerdos se instalan y constantemente se fantasea en el pasado; no hay tiempo para vivir el presente. La relación está centrada en la pérdida, lo cual resta energía y

3. Chávez, MA. *Todo pasa y esto también pasará*. Ed. Grijalbo, México, 2003; p.24.

vitalidad para elaborar el duelo, lo que causa síntomas psicológicos en la persona que lo vive.

Se puede vivir un duelo patológico por las siguientes situaciones:

- a) El llamado “duelo secreto”, conocido así cuando la pérdida afectiva es de carácter confidencial, que por algún motivo no puede compartirse o trabajarse acompañado de la familia (el aborto provocado sólo lo vive la mujer que toma la decisión de practicarlo, la muerte de un compañero o compañera homosexual o una relación amorosa con una pareja clandestina). Este tipo de duelo deja a la persona que lo sufre en soledad y puede precipitar somatizaciones en la persona que lo vive, produce intenso dolor y se puede llegar a la depresión inexplicable para la familia, ocasiona futuros conflictos para establecer nuevas relaciones o compromisos afectivos, así como poder volver a tener relaciones funcionales con la propia familia.
- b) La muerte súbita, como su nombre lo indica, sucede de manera abrupta e inesperada; la persona que en la mañana se encontraba bien en la noche su muerte es inminente como resultado de un accidente o un infarto. Cuando la muerte es súbita como en el caso de un hecho violento como homicidio o suicidio, la familia vive sentimientos de venganza o culpa respectivamente. El impacto en este tipo de muerte es abrumador, la persona en duelo cae en shock y permanece largo tiempo en alguna de las emociones ya descritas para no enfrentarse a la realidad que está viviendo.
- c) La muerte masiva es traumática y causa verdadera desolación porque afecta a familias y comunidades enteras. A veces las causan fuerzas de la naturaleza (terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, etcétera.) o son provocadas por el hombre (terrorismo y guerras) u otras causas (descarrilamiento de trenes, accidentes aéreos, etcétera). Según la causa de la muerte, las reacciones irán desde indignación y deseo de venganza, hasta la solidaridad; los desastres son especialmente tristes. Su naturaleza e impacto jamás se conoce por anticipado, su magnitud toma a las personas por sorpresa y traen consigo problemas específicos para los sobrevivientes, como el llamado “síndrome del sobreviviente” que se acompaña de un fuerte sentimiento de culpa.

El duelo se dificulta por pensamientos acerca de la magnitud de la pérdida o por aspectos más prácticos, pero igualmente dolorosos como ausencia del cuerpo, restos destrozados, o muerte del ser querido se vuelve una simple estadística (por ejemplo cuando murieron miles de personas en el atentado a las Torres Gemelas).

Duelo anticipatorio: Llamado así debido que se conoce por anticipado que va a ocurrir la muerte del ser querido, el familiar usualmente es quien sufre las etapas del duelo de manera anticipada por la simple amenaza de separación, aunque muchas veces también lo sufre el paciente cuando conoce el diagnóstico (en este caso es una excelente oportunidad para que el paciente cierre círculos pendientes); este duelo se vive antes que acontezca la muerte.

Es una respuesta normal ante la probabilidad y proximidad de la muerte, implica en quien lo sufre un reconocimiento intelectual y emocional de la realidad donde empiezan a movilizarse mecanismos psicológicos de adaptación, reorganización y planeación.

No sólo existe dolor por la muerte, sino que se viven muchas emociones tristes, angustia, cansancio y puede aparecer el síndrome de *burnout*,⁴ culpa (a veces por el agotamiento físico los familiares piensan que es mejor que el enfermo muera y no sufra más), fuerte enojo por la inminente pérdida, miedo (al futuro incierto, a que el enfermo sufra física y emocionalmente, a que no se le preste la ayuda médica necesaria, a hablar de la muerte, a que el enfermo adivine su gravedad, a no encontrarse en el momento del deceso o a estar solos en ese momento, etc.), temor a la situación económica, la familia necesita que el médico le hable con la verdad, aunque muchas veces no quiere saberla.

En esta etapa los familiares viven sentimientos ambivalentes: por un lado quieren retener a su ser querido, por el otro, saben que tienen que dejarlo partir, deben planear su futuro y esto conlleva sentimientos de culpa por permitirse pensar en una nueva vida sin su ser amado.

Es característico en este tipo de duelo que los familiares vivan un caos de emociones, por lo que es labor del tanatólogo hacerles comprender que son normales todas las emociones que sienten y deben expresarlas libremente, dejar que el cúmulo de emociones broten para que de esa manera estén tranquilos y puedan cerrar círculos con su ser querido (ver capítulo Cerrar Círculos)

4. Consultar capítulo del Síndrome de *burnout*.

quien sufre este tipo de duelo necesita mucha ayuda, apoyo y paciencia para enfrentarlo.

FASES DE DUELO

Durante el proceso de elaboración del duelo se deben considerar los cambios de conducta que sufre la persona. En el transcurso del duelo la persona avanza y retrocede, atraviesa varias veces por distintas etapas hasta que se llega finalmente a la resolución del duelo y se adapta a su nueva vida. La doctora Kübler-Ross descubrió etapas que viven el enfermo y la familia:

Negación: Es no poder aceptar el hecho de lo que está sucediendo, sea un diagnóstico fatal, una pérdida, la muerte de un ser querido o una mala noticia en general. Se niega el hecho con resistencia natural “no, no puede ser cierto”, es pensar que en cualquier momento la vida volverá a su normalidad. Este estado de entumecimiento e incredulidad es un mecanismo de defensa y resistencia para aceptar una realidad dolorosa.

Ira o rabia: Sentimiento irracional e incontrolable; es muy difícil afrontarlo porque la ira se proyecta contra todo y contra todos, inclusive contra Dios, y esto causa mucha culpa dependiendo de la relación que tiene la persona con Dios. En el fondo encierra temor a lo que está sucediendo o es una manera de culpar a otro y evadir así el dolor y la desesperación de aceptar el hecho traumático.

Negociación o regateo: Es la etapa más corta del duelo. Por lo general, se presenta antes de que ocurra la situación para que la vida siga como hasta ahora, existen expectativas de que la pérdida puede evitarse, por lo mismo se difieren acontecimientos y se regatea con el tiempo. La persona busca cambiar conductas para lograr que la situación mejore; a cambio de ello se hacen promesas, la mayoría de las veces con Dios.

Depresión: En el duelo se entiende como una tristeza profunda, se habla de depresión exógena (producida por una situación externa como puede ser la muerte inminente de un ser querido) más que de una depresión endógena (situación en que la persona padece una enfermedad somática). Se vive ante la sensación de una pérdida de lo que se ama, la vida se acaba, el dolor debe expresarse para llegar a la aceptación final del hecho que está ocurriendo. Se profundiza en el tema por ser una emoción vivida muy frecuentemente durante el proceso del duelo.⁵

Aceptación: Ocurre cuando se piensa en la pérdida sin sentimientos emocionales de sufrimiento y tristeza, sino con sentimientos de realismo. Para lograr esto, las fases del duelo deben haberse vivido correctamente y dejar que afloren todas las emociones de dolor, llanto, frustración, depresión, miedos, etcétera, para llegar finalmente a la aceptación con paz y tranquilidad.⁶

Algunos autores hablan de la etapa de adaptación o reajuste como la capacidad que tiene la persona para adaptarse a la nueva situación que le ha tocado vivir después de haber pasado por la etapa de aceptación. Esta fase implica planear actividades que pueden incluir conocer a otras personas, viajar, buscar trabajo y tener la habilidad de buscar alternativas en situaciones difíciles⁷ (una viuda comentaba que le incomodaba ir a las bodas debido a que otras parejas no bailaban por no dejarla sola en la mesa, por lo que decidió solamente ir a la ceremonia y no a la recepción cuando no hubiera otra amiga que la acompañara).

DEPRESIÓN

Como se mencionó en las fases del duelo, este estado de ánimo es muy frecuente durante el proceso de duelo, se profundiza en el tema debido a que el tanatólogo sólo está capacitado para ayudar a una persona en depresión reactiva por la pérdida ocurrida conocida como depresión exógena, más que depresión, puede decirse que es una tristeza profunda sin posibilidades de cambio, generada por la situación vivida.

Cuando el paciente cursa con una depresión mayor endógena debe ser remitido con un psiquiatra, debido a que esta patología debe tratarse con medicamentos antidepressivos y psicoterapia.

No obstante, debe recordarse que existen personas con depresión que no requieren medicamentos, el hecho de recetarlos es para ayudarles a que realicen un trabajo psicológico más fácilmente, por lo que el psiquiatra puede complementar el trabajo del psicólogo.

La persona con depresión se siente apática y sin deseos de atender sus necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en sus relaciones interpersonales, los económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o

5. Medline Plus Enciclopedia Medica; <http://medlineplus.gov/>

6. O'Connors, Nancy. *Déjalos ir con Amor*. Trillas, México 2000

7. Ibid. p. 23.

no deseadas) también pueden causar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.

Todos los estudios coinciden en que la incidencia de la depresión es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (alcohol y consumo de drogas), la presencia de una enfermedad crónica o la muerte, se asocian con un riesgo incrementado de presentar un trastorno depresivo mayor. La incidencia de depresión es inferior en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, la tasa de suicidios en hombres es cuatro veces mayor en mujeres, aunque los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad la tasa de suicidio en el hombre alcanza el nivel máximo después de los 85 años.⁸

La depresión generalmente se clasifica en términos de gravedad como: leve, moderada o severa.⁹ El médico determina el grado de depresión que sufre la persona y de acuerdo con esto, se plantea el tratamiento por seguir. Cuando el diagnóstico es depresión severa y la persona tiene ideas suicidas es recomendable que se le hospitalice.

Existe la depresión endógena que es patológica (la persona padece una enfermedad somática), en tanto que durante el duelo es frecuente encontrar pacientes con depresión exógena (producida por una situación externa, como puede ser el fallecimiento de una persona cercana, la propia muerte o una pérdida importante para el paciente).¹¹ La depresión también puede ocurrir acom-

8. López-I, A. Juan J. y Valdés Miyar, Manuel. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Barcelona; Masson, 2002.

9. Para este trabajo es importante sólo mencionar la depresión endógena y la exógena. Médicamente se ha clasificado esta enfermedad como sigue: Depresión grave debe presentar 5 o más síntomas, durante al menos dos semanas, aunque esta afección tiende a continuar por al menos 6 meses. (La depresión se clasifica como depresión menor si se presentan menos de 5 de estos síntomas durante al menos dos semanas). En otras palabras, la depresión menor es similar a la depresión mayor o grave, excepto que la primera sólo tiene de 2 a 4 síntomas). Depresión atípica: ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión. Los síntomas incluyen comer y dormir en exceso. Estos pacientes tienden a tener un sentimiento de estar oprimidos y reaccionan fuertemente al rechazo. Distimia: un tipo de depresión más leve que dura hasta 2 años. Depresión postparto muchas mujeres se sienten deprimidas después de tener el bebé, pero la verdadera depresión postparto es poco común. Trastorno disfórico premenstrual (PMDD, por sus siglas en inglés): síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar. Trastorno afectivo estacional (SAD, por sus siglas en inglés): ocurre durante las estaciones de otoño e invierno y desaparece durante la primavera y el verano, probablemente debido a la falta de luz solar.

Moore-D, JJ. Major Depressive Disorder. In: Handbook of Medical Psychiatry. 2nd ed. Mosby, 2004; pp 134-41.

pañada con manías (conocida como depresión maníaca o trastorno bipolar). En esta afección los estados de ánimo están en un ciclo entre manía y depresión.

Los criterios que establece el DSMIV para diagnosticar una depresión profunda requieren que la persona muestre por lo menos cinco de los síntomas siguientes durante mínimo dos semanas:¹⁰

- Dificultad para conciliar el sueño, insomnio o exceso de sueño hipersomnio.
- Cambio notable en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Fatiga y falta de energía, astenia (sensación de debilidad física).
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo o a los demás, culpas inapropiadas.
- Dificultad extrema para concentrarse o disminución de la capacidad intelectual.
- Estado de ánimo triste, de agitación psicomotriz, inquietud, irritabilidad durante la mayor parte del día.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Arrebatos repentinos de ira.
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades usuales, incluyendo la actividad sexual.

10. Reyes-Z, A. Curso fundamental de Tanatología. Tomo II Depresión y Angustia. 1a. Ed. 1996; p. 199.

11. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, o en inglés Disease Statistical Manual (DSM) de la American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV). Ya existe un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV provoca controversia dentro de los profesionales en su uso diagnóstico. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo. Es importante aclarar que siempre deben utilizarlo personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

La depresión, como enfermedad, a menudo se presenta en varios integrantes de la familia, lo cual sugiere que se puede heredar por predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen un antecedente familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo se asocia a menudo con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.¹¹ Durante el proceso de duelo es muy importante considerar lo anterior debido a que un hecho estresante, como una pérdida o una vida infeliz, puede desencadenar el comienzo de un episodio depresivo endógeno con los siguientes detonadores:

- Alcoholismo o drogadicción.
- Situaciones vividas en la infancia, como maltrato o rechazo.
- Estrés crónico.
- Muerte de un amigo o familiar.
- Una desilusión en el hogar, en el trabajo o en la escuela (en los adolescentes, por ejemplo, la ruptura de relaciones con el novio o la novia, reprobar una materia o el divorcio de los padres).
- Medicamentos como tranquilizantes y antihipertensivos.
- Enfermedades como hipotiroidismo (baja actividad de la tiroides), cáncer o hepatitis.
- Deficiencias nutricionales (como falta de fosfato y ácidos grasos omega-3).
- Pensamientos negativos, culpabilidad y fracaso en habilidades para resolver problemas sociales.
- Dolor prolongado o tener una enfermedad grave.

- Problemas de sueño.
- Aislamiento social (común en ancianos).

La depresión en el anciano puede manifestarse con alteración del estado de ánimo y aparecer enmascarada con otros síntomas tales como: pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad y puede confundirse con un cuadro de demencia senil. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera, erróneamente, un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en ancianos, si no se diagnostica ni se trata, le causa intenso sufrimiento, igual que a la familia. Cuando la persona de edad avanzada acude al médico suele describir únicamente síntomas físicos; esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana no quiere hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras o de su pena después de la muerte de un ser querido aunque haya transcurrido mucho tiempo, factor importante que el tanatólogo debe conocer para poder ayudarle a volver a encontrar el sentido de vida.¹²

Cuando existe depresión exógena por una pérdida o se vive un duelo es común que también existan reacciones físicas y estados de ánimo, algunos intensos y otros menos evidentes en la persona, sin embargo, éstas no deben confundirse con depresión mayor; es necesario que se conozcan para saber cómo actuar en determinado momento. Cabe aclarar que no todas estas reacciones las experimentan todas las personas, ni tampoco ocurren de manera simultánea.

REACCIONES FÍSICAS

Dificultad para respirar: hiperventilación, espasmo o rigidez física, sequedad en la boca, temblores y, a veces, desvanecimientos, puede suceder después del suceso traumático.

Punzadas en el pecho: Se experimentan con cierta frecuencia; son más comunes en mujeres.

Pánico y sensación de angustia o asfixia: Se experimenten especialmente cuando las personas están solas.

12. Lebowitz, BD, Pearson, JL, Schneider, LS. et. al. Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. Journal of the American Medical Association, 1997; 278: pp.1186-90.

Dolor de cabeza o sensación de fuerte compresión: Con frecuencia se asocia a estados de tensión, a muchas horas sin dormir, sin comer o a llanto excesivo.

Insomnio: Al inicio del duelo se sufre por el mismo cansancio y tensión pasada; transcurridos los días tampoco son raros los problemas para dormir sin conciliar el sueño durante un interminable número de horas en espera de que amanezca. Hay quien se niega a apagar la luz para no sentirse solo; también suele tener pesadillas.

Pérdida del apetito: Por regla general, la hora de las comidas suele ser un momento especial de participación en la familia, durante el proceso de duelo, el cuerpo, a veces, rechaza la ingestión de los alimentos, éstos dejan de tener sabor o simplemente se acaban los motivos para prepararlos.

Fatiga excesiva: Se puede experimentar la sensación de debilidad o postulación después de una pérdida, es como si no se tuviera energía ni siquiera para realizar las tareas elementales. Cualquier actividad, por sencilla que sea, demanda esfuerzo.

Sensación de inquietud: No existe capacidad de permanecer quieto, se vive en estado permanente de agitación, los nervios parecen estar siempre a flor de piel.

Falta de deseo sexual: El dolor por una pérdida no se concilia fácilmente con la necesidad de placer. Es particularmente difícil restablecer la intimidad física en parejas que han perdido un hijo. (Para profundizar consúltese el capítulo 9).

REACCIONES EMOCIONALES

El sentimiento de culpa: “¿Si lo hubiera llevado antes al médico?”, “¿Si hubiera hecho caso a sus quejas?”, “¿Por qué no me quedé con él?”, “Si, si, si”. El sentimiento de culpa quita la serenidad y la paz interior de quien vive la pérdida. Una culpabilidad no resuelta impedirá llorar y lograr la resolución del duelo. La culpa, normalmente, nace de un absurdo (es decir, una madre se culpa por no llevar a su hija al médico al primer dolor de cabeza y le ofrece aspirinas; después de ocho horas de dolor persistente, la lleva al doctor, pero muere por un aneurisma. Es obvio que la madre sienta culpa, sin embargo, ésta es absurda). La labor del tanatólogo consiste en erradicar la culpa en primer lugar, para que el paciente pueda continuar su trabajo de elaboración

del duelo, como ya se mencionó, mientras exista culpa no se podrá llegar a la aceptación.

Miedo: Es otra de las reacciones importantes que se presentan ante una pérdida. Miedo a la propia muerte, miedo a afrontar una situación, a la soledad, a los imprevistos, al futuro, surgen diversas preguntas: quién se encargará de los hijos, del funcionamiento de la casa, la responsabilidad de la economía cuando nunca se ha trabajado, etc. El miedo bloquea, paraliza y destruye a la persona en vez de ayudarla a proyectarse al futuro.

Tristeza: De todos los sentimientos que surgen a raíz de una pérdida, la tristeza suele predominar y, al mismo tiempo, es la más prolongada; de aquí la importancia del tema de la depresión. Se manifiesta mediante el llanto, expresiones de aflicción, melancolía y nostalgia. La sensación de soledad es de alguna manera el sentimiento que más perdura.

Alivio: Existen situaciones de luto después de una larga enfermedad en que los familiares pasan por un periodo de desgaste, pero, a la vez de alivio, situación que produce culpa, como se mencionó cuando se habló del duelo anticipatorio.

RESOLUCIÓN DEL DUELO

Cuando se llega a la aceptación es porque la persona ha solucionado su duelo, se ha recuperado, cerró círculos y vuelve a sentir la alegría y ganas de vivir aun con la pérdida devastadora que vivió. No significa que se olvide a la persona amada, sin embargo, se da cuenta que su vida continúa y vale la pena seguir adelante, es decir, reconstruir la vida propia a partir de la pérdida. (Para profundizar se recomienda ver el ejemplo que se encuentra en el anexo del capítulo 13 Cerrar círculos).

Sin duda, esta etapa es difícil. Se necesita aceptar la realidad de la pérdida (el ser querido ya no existe, no volverá) una señal de que se empieza a vivir la resolución del duelo es cuando se puede hablar de la pérdida de manera serena, sin la fragilidad emocional inicial. Es convertir un por qué sin sentido a un para qué con sentido. (Para profundizar consúltese el capítulo 9).

Muchas veces no se cierran círculos debido a que existen situaciones en que no se ha perdonado; el perdón debe ser de autoperdón y perdón al otro por las situaciones conflictivas que se presentaron durante la relación.

Implica reconocimiento y aceptación de que efectivamente la experiencia dolorosa existió, aceptar que las personas afectadas fueron lastimadas. Este hecho desencadena emociones internas que tienen que ver con autoestima y confianza, pero, cuando se otorga el perdón en ambas personas, existe liberación, cicatrización y crecimiento porque se reconoce que ya son innecesarios los rencores, resentimientos, autocompasión o coraje para castigar a quien hiirió. Cuando se perdona ocurre un cambio de percepción en la relación; se acepta que existieron sentimientos negativos pero, al otorgar el perdón verdadero, los pensamientos se tornan positivos. Para realizar este proceso es importante querer hacerlo recordando que el exceso de equipaje emocional aplasta, agota, detiene el avance y, en ocasiones, llega a hacer que se renuncie a los propios objetivos y aspiraciones. El perdón es una expresión de amor basada en la aceptación.

James Arthur Baldwin decía: “Una de las razones que mueven a mucha gente a aferrarse con tanta obstinación a su odio es porque tienen la sensación de que tan pronto dejen de odiar, se verán obligados a tratar con su dolor”. “Sentir” aunque sea dolor, es un paso en el camino de la curación y el perdón”.

La resolución del duelo, como se mencionó, es la aceptación de la nueva realidad, en dónde la persona no tiene miedo de expresar sus emociones y lo que siente: estoy triste, resentido, me siento inseguro.

¿Qué me irrita? ¿De dónde nace esta ansiedad? ¿me siento culpable de la muerte? etcétera. Saber lo que sucede interiormente permite controlar las emociones. Buckman en su libro *¿Cosa dire?*, Camillianem, Turín 1990: 140, invita a tomar conciencia de que “ni la muerte, del ser querido ni la supervivencia son culpa de la persona en duelo”.¹³

La elaboración de una nueva identidad es un proceso de adaptación a las nuevas circunstancias y, en muchos casos, saca a flote la fortaleza y potencialidades de la persona que no sabía que tenía. Aunque parte de la vida se ha alterado drásticamente y no puede volverse atrás como si nada hubiera ocurrido debe buscarse cada día un momento y un espacio para dejar que afloren los sentimientos naturales y sentir dolor con libertad, para después encontrar consuelo y cuidado.

13. Buckman en su libro: *¿Cosa dire?*, Camillianem, Turín 1990: p. 140, invita a tomar conciencia de que “ni la muerte, del ser querido ni la supervivencia son culpa de la persona en duelo”

El doctor Reyes Zubiría comenta la resolución del duelo: “La persona que sufre debe desprenderse de su apego por el ser querido que se ha ido, pero conservando el inmenso amor por él. La persona se ha ido físicamente, pero su ausencia es un cambio de presencia ya que vivirá en el recuerdo del doliente por siempre”.

CONCLUSIONES

- La persona es única e irrepetible, por lo que cada quien reacciona de manera diferente ante una pérdida y el tiempo en que solucione su duelo será distinto. Cuanto más cercana es la relación con la persona que se pierde, más dolorosa será esa pérdida.
- Las pérdidas afectan la vida, las relaciones interpersonales y la salud de distinta manera y pueden originar emociones y sentimientos, como: depresión exógena, angustia, enojo, desesperanza, frustración, etcétera.
- El duelo es parte de la vida, igual que la alegría del amor; aceptarlo es condición para vivir en libertad.
- Cuando se llega a la aceptación es porque la persona ha solucionado su duelo, se ha recuperado, cerrado círculos y vuelve a sentir la alegría y ganas de vivir aun con la pérdida devastadora que vivió.
- La resolución sana del duelo ayuda a la persona a lograr una manera más madura y consciente de vivir con todos los beneficios que esto implica a su Ser bio-psico-social-espiritual.
- El perdón es fundamental para lograr la resolución del duelo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.masmasculino.com/salud-/DEPRESION-MASCULINA.html> Consultado 15 de junio 2009.
2. El Pequeño Larousse Ilustrado, ed. 2006.
3. Chávez, MA. *Todo pasa y esto también pasará*. Ed. Grijalbo, México, 2003; p. 24.
4. Capítulo "Síndrome de *burnout*".
5. Medline Plus Enciclopedia Medica; <http://medlineplus.gov/>
6. O'Connors, Nancy. *Déjalos ir con Amor*. Ed. Trillas, México 2000.
7. *Ibid.* p.23.
8. López-I, A, Juan J. y Valdés-M, M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado, Barcelona; Masson; 2002.
9. Moore-D, JJ. Major Depressive Disorder. In: Handbook of Medical Psychiatry. 2nd ed. Mosby, 2004; pp 134-41.
10. Reyes-Z, A. *Curso fundamental de Tanatología*. Tomo II Depresión y Angustia. 1a. Ed. 1996; p. 199.
11. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) American Psychiatric Association)
12. Lebowitz, BD, Pearson, JL, Schneider, LS. *et al.* Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. Journal of the American Medical Association, 1997; 278: pp.1186-90.
13. Buckman. *¿Cosa dire?* Camillianem, Turín 1900; p. 140.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

LIC. EDNA MARTHA HAMILL MELÉNDEZ

Enfermedad catalogada como la pandemia del siglo xx. Por ser un padecimiento en sus orígenes relacionado con temas de transmisión sexual, existen muchos tabúes en torno a ella y llega a ser una enfermedad estigmatizada por algunos sectores de la sociedad que la asocian con sexo, sangre y muerte.

El SIDA se ha convertido en un problema internacional; ya sonó la alarma. Se necesita un esfuerzo muy grande en todos los ámbitos del gobierno y la sociedad que puedan contribuir a detenerlo.

Aunque en términos científicos podría decirse que el SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica;¹ en otros términos, no menos importantes, constituye, en palabras de Peter Piot, director de ONUSIDA:² “Un desastre humano que condena a la pobreza a millones de familias” por culpa de “las medidas tibias que los gobiernos han tomado que no ponen estrategias reales de tratamiento en la lucha contra la enfermedad y no cuentan con efectos de solución ante esta catástrofe”.

Tema importante desde el punto de vista de la Bioética y la Tanatología debido a que, quien la sufre, debe ser tratado con dignidad en su totalidad bio-psico-social-espiritual.

Un diagnóstico de SIDA hace surgir en el paciente inquietudes particulares a corto, mediano y largo plazo, miedos, frustraciones, enojo, etc. Independientemente de los factores médicos existen necesidades inmediatas de cómo enfrentarse al padecimiento, así como asistencia y orientación, porque una

1. Se dice que una enfermedad es crónica cuando no tiene curación y se padece durante mucho tiempo. *El Pequeño Larousse Ilustrado*. 2006.
2. Piot, P. *La Epidemia del SIDA y la Globalización de los Riesgos*. Catarata Libros, Colección Investigación y Debate 21; 2007.

persona, después del diagnóstico, no volverá a ser la misma; cómo se dé la noticia puede influir mucho en el estado emocional del enfermo.³

PUNTO DE VISTA HISTÓRICO CONCEPTUAL

Existen varias teorías acerca de la transmisión de esta enfermedad. Sin embargo, no hay certeza de su propagación. Se enumeran algunas de las causas citadas más frecuentemente, sin olvidar que cada día surgen nuevas teorías:

- El primer caso conocido del virus se remonta a la década de 1950 en África, en la tribu bartú, del Congo, en sangre almacenada de un individuo de sexo masculino. La "OPV-HIV theory" establece que el virus fue introducido a la raza humana iatrogénicamente, es decir, por actuación médica a partir de vacunas contra la poliomielitis contaminadas.
- La teoría de la "Transmisión Temprana" sostiene que el virus fue transmitido a los hombres a principios del siglo XX o, inclusive, a finales del siglo XIX, mediante la caza de chimpancés como alimento. Este virus pudo haber permanecido aislado en una población pequeña hasta alrededor de la década de 1930.
- En junio 5 de 1981, el doctor Michael Gottlieb informó en Los Ángeles, California, de cinco casos documentados de una extraña enfermedad en pacientes jóvenes, inmunodeprimidos e invadidos por infecciones oportunistas.
- En 1983, el equipo del doctor Luc Montagnier aisló el virus en el Instituto Pasteur de París y fue seguido por una experiencia similar por el doctor Robert Gallo, en Estados Unidos. En abril de 1987, más de cien países ya habían reportado casos de esta enfermedad y 20 años después el SIDA desplegó su poder destructor; mató a 22 millones de personas, dejó más de 13 millones de niños huérfanos y un saldo de 36 millones de personas que conviven con el virus del VIH.
- Estos primeros casos en la literatura médica facilitaron el camino a la investigación acerca de la enfermedad más devastadora del siglo pasado y quizá de este siglo. Actualmente, no menos de 20 vacunas se investigan en diferentes países. **ONUSIDA informa que menos de 1% de**

3. Sherr, L. *Death, dying and bereavement*. Blackwell Scientific Publication, Osney Mead, Oxford, 1989.

los fondos para el SIDA se invierten en vacunas, aunque existen en diversos países investigaciones que buscan encontrar una vacuna contra esta enfermedad.

- En 20 años, la enfermedad no ha discriminado a hombres, mujeres, jóvenes o ancianos. La enfermedad afila su puntería contra los blancos más débiles: los países del Tercer Mundo y las minorías sin recursos en todos los rincones del planeta.
- De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, 100 mil personas murieron en América por causa de SIDA en 2000; se producen mensualmente 20 mil nuevas infecciones.
- En la actualidad existen 40 millones de personas afectadas por esta epidemia, de las cuales 90% viven en África Subsahariana. Tres millones de personas mueren anualmente por esta causa, de las cuales 700 mil son niños menores de 15 años.⁴

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMEDAD EN MÉXICO

En agosto de 2008, se realizó en México la XVII Conferencia Internacional sobre SIDA⁵ con la presencia del Secretario General de las Naciones Unidas (ONU), Ban Ki-moon; la directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Margaret Chan y el director ejecutivo del programa ONUSIDA, Peter Piot. El objetivo de la reunión fue fomentar estrategias para combatir la discriminación a personas contagiadas, la homofobia, mejorar la educación, prevención y el acceso universal a medicamentos antirretrovirales.⁶

ASPECTOS MÉDICOS DEL SIDA

Se trata este tema sin pretender que sea un capítulo médico, recordando que la Bioética es multidisciplinaria y se fundamenta en la medicina, antropología filosófica y el derecho.

4. Consultado en <http://www.aepap.org/inmigrante/RPAP22-Situacion%20SIDA.pdf> en octubre 12 de 2008 a las 12:00 a.m. *Situación actual del SIDA en el tercer mundo*. A. Cirera-V A, Ustero-A P. Departamento Técnico Médico Sin Fronteras, España.

5. Consultar anexo sobre el tema.

6. Conferencia Internacional sobre SIDA <http://www.aids2008.org/Pag/PAG.aspx>

La situación actual en México para 2008 muestra las siguientes cifras: 3 de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH, México ocupa el lugar 77 a nivel mundial y 23 en el Continente Americano y el Caribe. Se necesita profundizar las acciones en prevención sexual y la lucha contra el estigma y la discriminación.

El contagio de la enfermedad se propaga de la siguiente manera:

- 1) Por contacto sexual con una persona infectada (semen o secreciones vaginales).
- 2) Por compartir agujas o jeringas con una persona infectada.
- 3) Por transfusiones de sangre contaminada.
- 4) Los niños hijos de madres portadoras del VIH pueden infectarse antes o durante el nacimiento o al ser alimentados con leche materna. Sin embargo, la transmisión no ocurre por lágrimas, orina, heces fecales, o saliva.
- 5) Los niños que han sufrido abusos sexuales tienen mayores posibilidades de contraer esta enfermedad.

Etiología de la enfermedad:⁷ El VIH es un virus diferente de los conocidos hasta ahora, especialmente “virulento” y difícil de combatir, ya que penetra hasta el núcleo de la célula y llega a fundirse con el DNA, o sea el código genético mismo de la célula. Desde ese momento, la célula infectada y el sistema inmunológico, en general, no detectan su presencia como cuerpo extraño y dañino: es ya parte del mismo código genético y el cuerpo deja de responder porque ignora su presencia. El VIH puede permanecer en ese estado de latencia en donde la persona afectada, “seropositiva”, no percibe ningún síntoma de enfermedad, pero sí puede contagiar a otros, a través de relaciones sexuales, contacto con la sangre, o cuando una mujer infectada queda embarazada y transmite al hijo un código genético que lleva dentro el virus del SIDA. Como se mencionó cada día surgen nuevas teorías a este respecto.

Después de un tiempo de latencia, por diversas razones, la célula infectada comienza a producir el virus presente en su núcleo. El VIH se multiplica rápidamente y se diversifica en múltiples variantes; esto hace que el sistema inmunológico no alcance a defender al organismo de un ataque masivo y diferenciado. Por otra parte, el virus suele esconderse en las células cerebrales y otras células, de modo que es casi imposible a la medicina atacarlo en esa delicada “trinchera”. El VIH no sólo “huye” de las células defensivas, sino que las elimina y provoca que las células afectadas aglomeren a otras muchas que, sin estar afectadas, finalmente mueren por una especie de “asfixia”.

7. Parte de la medicina que estudia las causas de las enfermedades. *El Pequeño Larousse Ilustrado*. Ed. 2006.

Las consecuencias de esta invasión del virus son catastróficas por la grave deficiencia inmunológica que provoca al destruir células defensivas. Aquí radica el problema del SIDA.

Ya eliminado el sistema inmunológico, el organismo queda expuesto a todo tipo de infecciones y lo que para otros puede ser insignificante como un resfriado, para el enfermo de SIDA puede significar la muerte. La presencia del virus en el cerebro provoca demencia, uno de los síntomas frecuentes de la enfermedad, además que la persona con esta enfermedad es afectada por una variedad de infecciones que se detectan al inicio, las llamadas oportunistas. Entre los padecimientos más comunes están los siguientes:⁸

Sarcoma de Kaposi: Se caracteriza por la aparición de manchas, placas o nódulos violáceos de diferentes tamaños, generalmente en la piel, que se presentan en ganglios sin lesiones de la piel o como lesiones de las mucosas de boca e intestino.

Linfoma No Hodgkin: Se sospecha su presencia cuando existen alteración de ganglios linfáticos de rápido crecimiento, masas tumorales en cualquier sitio, hemorragias gastrointestinales, trastornos de la conducta con o sin focalidad neurológica.

Alteraciones en Sistema nervioso central: El principal trastorno neurológico que se produce es encefalitis subaguda con curso lentamente progresivo hacia la demencia. Gran parte del temor de estos pacientes está asociado con la posibilidad de deficiencia cognoscitiva. El pensamiento de la demencia causa más tensión que la verdadera demencia. Se ha demostrado que el virus penetra al líquido cerebroespinal y que cruza la barrera de la sangre al cerebro. En la autopsia, muchos exámenes revelan patología del tejido del cerebro, pese a que esto se ha señalado, se debe recordar que no es lo más común. Lo que sí se sabe, es que dentro del grupo que presenta encefalopatía asociada con el SIDA, muchos pacientes presentan síntomas extremadamente leves que resultan de poco o ningún impedimento en su funcionamiento cotidiano.⁹

Infecciones gastrointestinales: Las complicaciones gastrointestinales en estos pacientes son frecuentes. Entre 30 y 70%, pueden presentar diarrea crónica que suele acompañarse de pérdida de peso y dolor abdominal.

8. *Medicina y ética*. Estrategia para la investigación clínica; 3; (2): 133.

9. Sherr, L. *Agonía Muerte y Duelo*. Ed. Manual Moderno, México; 1992.

Dolor: Se manifiesta en las últimas fases de la enfermedad, lo padecen más de 95% de los pacientes como: dolor digestivo, muscular, articular y neurológico.

Las implicaciones psicológicas más frecuentes en pacientes de SIDA incluyen entre otras: depresión, ansiedad, temor a veces con fobias irracionales, pensamientos suicidas.

Existen tres pruebas para diagnosticar la enfermedad: a) la prueba de ELISA mediante la cual se busca la presencia de los anticuerpos contra el VIH en la sangre b) la prueba de Western Blot. Esta prueba es más sensible y sofisticada que la primera debido a que puede arrojar resultados positivos en periodos de ventana y c) la prueba PCR. Prueba de amplificación de ácido (Reacción en cadena de la polimerasa). Consiste en extraer material genético y analizarlo, esta prueba puede identificar VIH en la sangre en una fase temprana de la enfermedad dos o tres semanas de infección.

La infección se caracteriza por dos brotes de actividad: a) la infección inicial de portadores del virus del VIH y b) cuando la actividad viral se advierte por el deterioro físico de la persona, que es cuando comienza el proceso hacia la enfermedad del SIDA.

Hasta hace poco se creía que uno de cada diez casos de portadores de VIH presentaría la enfermedad. Las cifras que se conocen actualmente varían de 30 a 75%, por lo que puede pensarse que algunas personas portadoras de VIH pueden serlo durante un largo periodo de hasta 10 años antes de presentar la enfermedad. Por desgracia, los niños, en especial los neonatos, tienen mayor posibilidad de contraer la enfermedad.¹⁰

El médico, ante el paciente de SIDA, debe guardar el secreto mediante consentimiento informado, se le conoce como la confidencia que el paciente hace al médico cuando le visita por alguna enfermedad que sufre. El médico queda obligado, en conciencia, a guardar en secreto lo que se le confía en beneficio del propio paciente, ya que él mismo protege la esfera íntima de la persona y el ámbito social.

La persona a quien primero debe informarse todo lo referente a su estado de salud, de manera veraz y gradual, es al enfermo, si está en condiciones de

10. Ibid.

recibir la información. Muchas veces el médico no informa al paciente y a la familia, puesto que evade momentos realmente difíciles de manejar, cargados de intensas emociones y afectos.¹¹

Sin embargo, a veces el secreto médico puede revelarse de manera ética cuando el beneficio es mayor al daño que se ocasiona, pero siempre debe haber una causa justificada (en caso que el paciente infectado no desee comunicar su enfermedad a la familia es deber del médico informar, pero siempre con el mínimo daño para el paciente).

En el caso del VIH-SIDA, es específicamente obligatorio e inclusive existen sanciones para quienes omitan tal requisito. Así lo establece la Ley 23.798 y el Decreto Reglamentario 1244, Art. 6 y 8.¹² Para estadísticas en México se sugiere consultar la página de Censida.

Sin duda, el papel del médico como agente de cambio, como educador, adquiere importancia en el campo de la atención del paciente incurable, esté o no en la etapa terminal de su enfermedad.

Métodos de prevención

Por desgracia, hasta hoy no existe curación para esta enfermedad, sólo existen medidas paliativas; por lo que, ante esta situación precaria de la medicina, se acentúa la necesidad de una adecuada "prevención". Con la finalidad de detener la transmisión sexual del VIH el sector salud ha propuesto conductas de bajo riesgo que incluyen: Educación, abstinencia, relaciones con una única pareja no infectada y "sexo seguro o protegido" que utiliza una barrera mecánica como el condón de látex.

También es importante resaltar que la bioética personalista, desde la cual se escribió este libro, propone la vivencia de la castidad en función del bien del paciente y de la sociedad. Reconocer el verdadero significado del amor humano puede dar sentido a lo anterior.

La Secretaría de Salud y CONASIDA en este sentido es muy clara: "Debe hacerse todo lo que esté a nuestro alcance para difundir toda la información existente y todas las alternativas posibles para evitar el contagio del SIDA. Sin embargo, la forma más común de contagio es por la vía sexual, la cual repre-

11. Consultar capítulo "Cómo dar malas noticias".

12. Bruera Matilde. La infección por VIH y SIDA, PROGRAMA MUNICIPAL DE SIDA - SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA -<http://www.pmsida.gov.ar/informacion/legales/legales3.htm>

senta más de 85% de los casos de SIDA, de ahí la importancia de promover el uso del condón, como una de las *alternativas de prevención*".¹³

EL SIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOÉTICO

La corriente personalista de la bioética propone para el paciente de SIDA lo siguiente:

- La condición del paciente enfermo de VIH/SIDA no modifica de ninguna manera su valor ontológico como persona, es por tanto, dueño de una dignidad exactamente igual que la de cualquier otro ser humano.
- El paciente con SIDA debe considerarse fin en sí mismo, por lo que tiene derecho a que se le otorguen los servicios de salud necesarios de manera confidencial y respetuosa para su adecuado desarrollo, atención y vida. Tiene derecho a su autonomía, a ser informado y participar en su enfermedad, diagnóstico y tratamiento.
- Desde el momento de la concepción hasta la muerte, en cualquier situación de sufrimiento o salud, la persona humana debe gozar de todos sus derechos independientemente de que su condición lo limite a ejercerlos.
- Ningún paciente con SIDA deberá recibir maltrato, o discriminación de manera alguna o ser estigmatizado.
- La actitud ética que debe tomarse ante los pacientes con esta enfermedad debe ser de acogida y respeto. Parece que hoy en día las personas se cuidan de estos enfermos, lo que genera discriminación, sin darse cuenta de que lo que se debe cuidar es de la enfermedad.
- La enfermedad no discrimina a ninguna persona, ¿Por qué entonces se discrimina a la persona infectada? Más que tomar esa actitud se debe educar al personal sanitario de manera integral para evitar que se propague la enfermedad.
- El enfermo de SIDA debe ser consciente de sus deberes éticos, como son: evitar contagiar a otros; ser honesto al manifestar la causa de su enfermedad, para que los médicos puedan ayudar mejor al ofrecerle los

13. Consultado en internet <http://www.conasida.com/> 12 de octubre de 2008.

medicamentos apropiados disponibles; buscar ser curado y defender su propia vida.

- El punto de vista religioso siempre ha dicho que debe distinguirse entre pecado y pecador. Por tanto, deben ser claros en el juicio moral acerca de los comportamientos desordenados que provocan la transmisión del SIDA; hay que ser comprensivos con quienes, a causa de los mismos, sufren una enfermedad mortal y que además son marginados de la sociedad.
- El doctor Edmund Pellegrino, recordando que el médico hace un juramento en el que promete usar sus conocimientos para el bien de los pacientes, señaló que los doctores deben tratar a todos los enfermos de SIDA sin discriminación alguna; lo cual no significa que no pueda tomar las medidas prudenciales necesarias para evitar el propio contagio, o de otras personas, punto muy delicado en el tratamiento médico de los enfermos de SIDA.
- Los medios de comunicación deben reformular sus criterios éticos respecto a la información que dan acerca del SIDA, ya que en algunos casos sólo consiste en alarmismo, sensacionalismo, fomento de la curiosidad morbosa, escasa presentación de los contenidos humanos del problema, faltas de respeto hacia algunas personas al violar sus derechos del pudor, etcétera.
- La sociedad, en general, debe evitar todo tipo de discriminación hacia los enfermos de SIDA y debe invertir adecuadamente en los medios de prevención e investigación que se presentan necesarios y urgentes para combatir esta enfermedad. Para ello es imprescindible fomentar la ética de la solidaridad que no se debe basar simplemente en una pragmática utilidad social, sino en la comprensión y el respeto de la dignidad intrínseca de toda persona humana.

EL SIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA TANATOLÓGICO

El trabajo tanatológico de la doctora Kübler-Ross empezó en 1981 con una llamada de parte de un hombre que le preguntó si lo aceptaría en sus talleres aun siendo paciente con SIDA, lo cual ella aceptó y comentó: "Nunca hemos discriminado a nadie y cualquier paciente terminal es bienvenido". Así se inició un largo y arduo trabajo con este tipo de pacientes al darse

cuenta que lo que necesitan, en vez de críticas y sentirse culpables, es aumentar su capacidad de comprensión y compasión para cerrar círculos y evitar en muchos pacientes ideas suicidas.¹⁴

La persona con esta enfermedad sufre un duelo anticipatorio que implica todas las fases del proceso de morir, además de otras pérdidas muy importantes y tienen muchos miedos como son:

El SIDA limita la sexualidad y llega a perderse su expresión a través del acto sexual, lo que causa dolor porque elimina una vía significativa de relaciones interpersonales. También puede exigir cambios considerables en la economía que se suscitan por la incapacidad de laborar durante la enfermedad. La estigmatización de la enfermedad trae como consecuencia para muchos pacientes el despido de su trabajo y deben inclusive recurrir a la beneficencia social.

Este tipo de pacientes usualmente está rodeado de personas cercanas que han muerto por SIDA.

Pérdida de la salud y constante temor ante la posibilidad de padecer demencia por SIDA (perder capacidad para razonar y control de la propia vida).¹⁵

En estos pacientes los sentimientos de negación, culpa y vergüenza son muy fuertes cuando hay que enfrentarse a la realidad de la homosexualidad de un familiar, o peor aún, la de un hijo; también se presentan reacciones de mucho enojo por el contacto o infección de un niño con el virus o por la bisexualidad de un marido que ha infectado al feto.

A estos pacientes hay que tratarles con amor y demostrarles que son importantes por lo que son; cuando están más enfermos es cuando de verdad aprenden lo que significa el amor incondicional; es una oportunidad de crecimiento.

Estos enfermos viven muy solos, a veces la familia los abandona, situación muy difícil de aceptar y superar. Tampoco cuentan, en muchas ocasiones, con apoyo espiritual sea de un sacerdote, pastor o iglesia local, porque les han dicho que el SIDA es castigo de Dios. El estigma de este mal conlleva la horrible carga de todo el miedo y la fobia que la sociedad le tiene, no sólo rechazan

14. Kübler-R, E. *Sida el gran desafío*. Ediciones Martínez Roca, 2002.

15. Lorraine, S. *Agonía, muerte y duelo*. Ed. Manual Moderno, 1989.

al paciente por su preferencia sexual, sino que, además, ahora le temen por que es portador de la muerte.

La doctora Kübler-Ross menciona que los padres que han aceptado a sus hijos con SIDA han aprendido la necesidad de ser honestos de nuevo, hablar y escuchar al otro, aceptarle y amarlo, y lo más importante, aprender a fijarse prioridades. La tragedia les ha enseñado a ser compasivos, comprensivos y querer a sus semejantes. Un tercio de los padres opta por no hacer de la enfermedad un problema y se concentran en ayudar a su hijo. La mitad de las madres, apoyan física o emocionalmente a sus hijos enfermos en tanto que sólo un tercio de los padres se muestran dispuestos a ello.¹⁶

En muchas ocasiones, el personal médico se niega a tratar a pacientes con SIDA e inclusive a hacerles la hoja clínica, a sentarse ante ellos y tomar nota de lo que les cuentan.

Para estos pacientes existen las redes de apoyo de otros enfermos que estén en su misma situación y así como talleres para ayudar a los participantes a estar en contacto con su dolor, culpa, miedos y vergüenza más profundos y reprimidos para poder cerrar círculos, enseñándoles a solucionar sus asuntos pendientes para que se liberen de resentimientos y puedan vivir hasta que mueran con sensación de paz, serenidad, aceptación y perdón para los demás y para sí mismos.

Cuando se trabaja con pacientes de VIH emergen frecuentemente sentimientos de culpa y temores de condena moral, sobretudo si la infección se ha contraído por vía endovenosa de sustancias estupefacientes o de relaciones homosexuales o heterosexuales ocasionales.

Los centros de apoyo deben contar con salas de gritos o "*screaming room*", para que familiares y enfermos dispongan de un lugar donde pueden expresar con toda libertad sus sentimientos. La sala de gritos es una prioridad en el trabajo tanatológico con pacientes.

Los voluntarios y la familia cuando cuidan a estos pacientes, a diferencia del personal médico, que, por ignorancia y miedo, no se atreven a acercarse y tocar a los enfermos, no tienen miedo porque están comprometidos con el cuidado integral del paciente.

16. Kübler-R, E. *Sida el gran desafío*. Ediciones Martínez Roca, 2002.

Los ancianos llegan a un punto de deterioro y mueren, en tanto que estos enfermos, en cambio, llegan a un punto de deterioro y siguen viviendo requieren de cuidado las 24 horas.

La doctora Kübler-Ross concluye en su libro sobre SIDA que el paciente con esta enfermedad que no se siente rechazado ni estigmatizado es más colaborador y agradecido por el menor servicio que se le ofrezca; atender a un ser humano es un privilegio, como lo fue para ella atender a niños con SIDA, verdaderas víctimas de una sociedad que ha perdido gran parte del espíritu de sus pioneros y de su buena disposición a amar incondicionalmente y a servir sin esperar nada a cambio.¹⁷

EL SIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA LEGAL

La Norma Oficial Mexicana menciona que el paciente de VIH tiene derecho a la libertad, al trato digno en todos los ámbitos de la sociedad, como son: su centro laboral, lugares públicos, centros de salud, etc., y a recibir la mejor atención sanitaria posible. El paciente tiene derecho a la confidencialidad.

Tener sexo protegido con sexo seguro; sin embargo, es obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria. No será causal para rescindir ningún contrato laboral, expulsión de vivienda, escuela o país.

La Ley General de Salud en el Art. 136 hace obligatorio el Examen Médico Prematrimonial para detectar anormalidades que interfieran con la capacidad de desarrollo familiar.

La prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria que implica: prevención, curación y rehabilitación, que exista disponibilidad de medicamentos y otros insumos para la salud y que los microorganismos que representan alto riesgo para el individuo y la comunidad se manejen en laboratorios de máxima seguridad microbiológica con la autorización y control de las autoridades sanitarias.

El Código Penal Federal expresa: "El que a sabiendas que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad incurable grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otra persona por relaciones sexuales u otro medio transmisible será sancionado de 3 días a 3 años de prisión y hasta 40 días de multa. Si la enfermedad fuera incurable se impondrá la pena de 6

17. Ibid.

meses a 5 años de prisión. Cuando se trate de cónyuges, concubenarios o concubinas, sólo podrá procederse por querrela del ofendido”.

El Código Civil para el Distrito Federal establece que es causal de divorcio: “Padecer cualquier enfermedad incurable que sea además, contagiosa o hereditaria, y la impotencia sexual irreversible, siempre y cuando no tenga su origen en la edad avanzada”.

CONCLUSIONES:

- Existen teorías acerca del inicio del SIDA; sin embargo, independientemente de las circunstancias, es un padecimiento que en la actualidad debe tratarse debido a su rápida propagación.
- El virus del SIDA es difícil de combatir, porque el cuerpo humano no lo identifica y es capaz de mutar varias veces.
- Las vías de contagio son: contacto sexual, transfusión sanguínea, agujas o jeringas contagiadas, de madre a hijo durante el embarazo y el alumbramiento o la lactancia.
- Los padecimientos que para una persona sin VIH-SIDA son sencillos, para quien padece esta enfermedad son mortales; un caso es la diarrea o un resfriado.
- Las personas que tienen VIH-SIDA deben ser amadas y apoyadas porque son dignas.
- La Tanatología ayuda a vivir el duelo anticipado tanto para el paciente como para sus familiares, desde el momento en el que reciben el diagnóstico del SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. *El pequeño Larousse Ilustrado*, 2006.
2. Piot P, Michel Caraël. *La Epidemia del SIDA y la Globalización de los Riesgos*. Catarata Libros, Colección Investigación y Debate 21, Madrid, 2007.
3. Sherr, L. *Death, dying and bereavement*. Blackwell Scientific Publication. Oxford, London, 1989.
4. Consultado en <http://www.aepap.org/inmigrante/RPAP22-Situacion%20SIDA.pdf> El 12 de octubre de 2008 a las 12:00 a.m. "Situación actual del SIDA en el tercer mundo" Cirera-V A, Ustero-A P. Departamento Técnico Médico Sin Fronteras, España.
5. Consultar anexo sobre el tema.
6. Conferencia Internacional sobre SIDA <http://www.aids2008org./Pag/PAG.aspx>
7. *El Pequeño Larousse Ilustrado*, 2006.
8. *Medicina y Ética*. Estrategia para la investigación clínica, 3; (2): 133.
9. Sherr, Lorraine, *Agonía Muerte y Duelo*. Manual Moderno, México 1992.
10. Ibid.
11. Consultar capítulo "Cómo dar malas noticias".
12. Bruera, M. *La infección por VIH y SIDA. Programa municipal de SIDA-Secretaría de salud pública*. <http://www.pmsida.gov.ar/informacion/legales/legales3.htm>
13. Consultado En internet <http://www.conasida.com/> 12 de octubre de 2008.
14. Kübler-R, E. *Sida el Gran Desafío*. Ediciones Martínez Roca, 2002: 33.
15. Lorraine, S. *Agonía, Muerte y Duelo*. Ed. Manual Moderno, 1989: 181-201.
16. Kübler-R, E. *Sida el Gran Desafío*. Ediciones Martínez Roca, 2002.
17. Ibid.

I5

SUFRIMIENTO Y DOLOR HUMANO

MTRA. MARÍA TERESA HERNÁNDEZ AVENDAÑO
LIC. EDNA MARTHA HAMILL MELÉNDEZ

El dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional.

M. PROUST

INTRODUCCIÓN

El tema del sufrimiento, inherente al ser humano, es un gran misterio y al mismo tiempo es una de las cuestiones más serias que se pueden abordar debido a que afectan directamente el drama del hombre y su existencia. Es humano querer evitarlo a toda costa; sin embargo, es una de las realidades más fuertes para cualquier persona, porque se vive de manera integral, es decir, desestabiliza todas sus áreas bio-psico-social-espiritual. Cuando se sufre el mundo se torna caótico y parece amenazar la propia integridad.

En el ser humano existe un profundo miedo a sufrir que se manifiesta a nivel cultural y, en general, en la sociedad actual, donde el bienestar está por encima de todo, lo que hace que el dolor y el sufrimiento se vean como una desgracia para quien los padece y los que se encuentran a su alrededor. Sin embargo, es importante considerar y no perder de vista que es parte de la propia naturaleza humana.

La experiencia de sufrir enfrenta a la persona con sus limitaciones, con sus pérdidas, con la finitud de la vida y los propios proyectos y muestra lo frágil que es el ser humano; el sufrimiento remite a la muerte y a la trascendencia, pero también al hecho de seguir vivo.

De esta realidad surge la pregunta ¿Por qué sufrir? En principio es sencillo explicarlo ya que la persona es una unidad sustancial formada por cuerpo y espíritu, por ello, sólo los seres humanos son capaces de reconocer y razonar las propias experiencias, de interpretarlas de acuerdo con contexto y, por ello,

se convierte en algo muy personal, en algo subjetivo. El ser humano ve su dolor como el más grande, como algo íntimo e inoportuno y por ello busca terminar con él. En este sentido es humano querer evitarlo y lícito pedir ayuda para superarlo. Cada persona experimenta el dolor de manera diferente de acuerdo con su personalidad, experiencias dolorosas anteriores, su medio ambiente, social, etcétera.

El sufrimiento y el dolor forman parte de la esencia humana, sin embargo, no son lo mismo. En este capítulo se pretende hacer dicha distinción debido a que tanatológicamente, cuando se habla de dolor se refiere a una sensación física del cuerpo, en tanto que cuando se habla de sufrimiento se remite al área emocional de la persona. Existe una diferencia entre decir “tengo un dolor” a “sufro”.

En muchas ocasiones la persona se pregunta, ¿Por qué a mí? ¿por qué si soy bueno? o en el caso del sufrimiento de un niño ¿Por qué si es tan pequeño y no ha vivido? Pero el dolor es una realidad que en muchas ocasiones sobrepasa a quien lo sufre, sin embargo, vivido con sentido, puede ser curado o al menos mitigado para que la persona pueda seguir viviendo lo más dignamente posible. No es lo mismo asumir un dolor que padecer un dolor.

DOLOR FÍSICO

El dolor es “una sensación originada por cambios fisiológicos diversos, y se asocia con la presencia de algún tipo de daño o alteración del equilibrio somático”.¹ En este sentido el dolor es tangible y medible.

Actualmente la ciencia, la tecnología y la medicina en particular a través de cuidados paliativos, tienen como objetivo principal reducir el dolor de las personas. Cuando éste es muy fuerte llega inclusive a incapacitar al enfermo de manera integral, alejándolo de su vida familiar, laboral y social, lo que le lleva a sufrir depresión y llegar, inclusive, a un sin sentido de vida. Para evitar esto es importante entablar una excelente relación médico-paciente, en la cual exista confianza para que el paciente pueda decir todo lo que le pasa física y emocionalmente (miedos, angustias, frustraciones, etcétera).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo clasifica como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable que constituye un hecho subjetivo, integrado por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas, que lo conforman”.²

1. Martínez-P, R. *La magia del perdón*. Ed. Grijalbo, México, 2003; p. 151.

El dolor se clasifica de la siguiente manera:³

- **Agudo:** Causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos, sistema nervioso, etc. Si bien los factores psicológicos tienen mucha importancia e influencia en la manera en que se experimenta el dolor, en raras excepciones éste no obedece a causas psicopatológicas o ambientales. En algunos casos limita la actividad, previniendo un daño mayor o ayudando a la curación. Sin embargo, el dolor agudo persistente e intenso puede ser fatal en sí mismo, con efectos dañinos para la persona que lo sufre.
- **Crónico:** La persistencia del estímulo, de la enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas, puede conducir a que la persona lo sufra por mucho tiempo. Bonica lo define como aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente. Tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales sobre el paciente y su familia, además de un costo social enorme. Podría decirse que mientras el dolor agudo es un síntoma de una enfermedad o traumatismo, el dolor crónico constituye una enfermedad en sí mismo.

El dolor puede catalogarse como: somático, neuropático y/o psicogénico.

- a) **Somático:** Es aquel que aparece cuando un estímulo es potencialmente dañino para la integridad física y excita los receptores nociceptivos. Estrictamente, debería hablarse de este dolor cuando se origina en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central. Sin embargo, frecuentemente se habla de éste propiamente cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones, y de dolor visceral cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera. El dolor somático habitualmente se encuentra bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades para describirlo. A diferencia del visceral que es frecuentemente menos localizado.

2. Consultado en http://es.wikipedia.org/wiki/Asociaci%C3%B3n_Internacional_para_el_Estudio_del_Dolor el 11 de octubre de 2008 a las 18:00

3. Consultado en http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/algologia/definiciones_clasificaciones_dolor.htm el 11 de octubre de 2008 a las 20:46 hrs.

- b) Neuropático:** Resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. El paciente frecuentemente usa términos vagos para describirlo por ser una experiencia nueva. Los síntomas pueden ser focales o más generalizados. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante, con hiperalgesia (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera como doloroso (alodinia).
- c) Psicogénico:** Ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, lo expresa verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño puede o pudo existir, el problema central es la amplificación y distorsión de los impulsos periféricos por el estado psicológico en que se encuentra la persona.

Es importante recordar que el dolor es subjetivo y personal, cada quien tiene un umbral o intensidad para sentir diferente; el malestar que para una persona es insoportable, para otra puede pasar casi inadvertido. Existe un método científico para medirlo gráficamente en una escala del 0 al 10; en donde el valor más bajo de 0 equivale a la ausencia de dolor y el más alto de 10 demuestra que es insoportable. Este método ayuda al médico a suministrar los medicamentos de manera adecuada y, en caso necesario, incrementar las dosis de rescate de los mismos.

Los medicamentos para controlar el dolor se dividen en: semiblandos, blandos, semiduros, duros, conocidos también como narcóticos y opiáceos tales como: Codeína, Morfina e Hidromorfina (productos que desde luego, producen efectos secundarios por lo que deben administrarse cuidadosamente bajo supervisión médica): Se administran de acuerdo con el grado de malestar que va de ligero como puede ser dolor de cabeza o muscular a intenso o muy intenso, como son los que sufren, por ejemplo, pacientes con cáncer.⁴

SUFRIMIENTO HUMANO

Como se mencionó, el sufrimiento es una manifestación de la existencia humana, sufre la persona de manera integral. Es un misterio, pero al mismo tiempo es una realidad, debido a que todo ser humano sufre en algún momento de su

4. Consultado en <http://www.cancer.gov/espanol/dolor/page4> el 11 de Octubre de 2008 a las 20:30 hrs. (National Cancer Institute).