

CUIDADOS POST MORTEM EN NEONATOS DEL SERVICIO DE LA UCIN DEL HOSPITAL DE LA MUJER  
COMITÁN CHIAPAS

SECRETARIA DE EDUCACIÓN SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN  
ESTATAL DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR



CLAVE: 07PSU0075W

---

---

---

**TESIS**

“CUIDADOS POST MORTEM EN NEONATOS DEL SERVICIO DE LA UCIN DEL  
HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN EN EL PERÍODO DE ENERO-JUNIO DEL 2022”

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTAN

SHUNASI VINISSA MEDINA CASTILLO  
ANAÍ AZUCENA VAZQUEZ VAZQUEZ

ASESOR DE TESIS:

DRA. MARIA CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS; AGOSTO 2022

## **AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN**

### **DEDICATORIA**

Este proyecto va dedicado principalmente a nuestros padres y abuelos, quienes sin ellos no podríamos haber alcanzado esta meta. A demás agradecemos a la doctora María Cecilia Zamorano por acompañarnos en el proceso de elaboración de esta tesis.

### **AGRADECIMIENTO**

Todo nuestro agradecimiento y respeto a nuestros padres, por habernos brindados la confianza y la motivación que necesitamos en cada paso que damos. Esperando que en un futuro no muy lejano podamos brindarles mucho de lo que ustedes nos aportaron, con amor y cariño: Anai y Vinissa.

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN .....                        | 1  |
| CAPITULO I .....                          | 3  |
| JUSTIFICACIÓN .....                       | 3  |
| OBJETIVOS .....                           | 4  |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....           | 5  |
| HIPÓTESIS .....                           | 6  |
| CAPITULO II .....                         | 7  |
| Antecedentes históricos .....             | 7  |
| Antecedentes egipcios .....               | 7  |
| Antecedentes de los antiguos griegos..... | 16 |
| Culturas Chinchorro e incas .....         | 18 |
| Pueblo Escita .....                       | 20 |
| Los babilonios .....                      | 21 |
| Los persas .....                          | 22 |
| Pueblos Etiópes .....                     | 22 |
| Los israelitas .....                      | 23 |
| Los Romanos.....                          | 24 |
| Los Guanches.....                         | 24 |
| Los australianos .....                    | 25 |
| Principales Conceptos.....                | 25 |
| Tanatopraxia .....                        | 25 |
| Amortajamiento.....                       | 27 |
| Muerte .....                              | 31 |
| Muerte neonatal.....                      | 34 |
| Epidemiología de la muerte neonatal.....  | 36 |
| El dolor .....                            | 37 |
| El luto .....                             | 38 |
| Características del luto.....             | 38 |
| El luto en diferentes culturas .....      | 39 |
| EL duelo.....                             | 39 |
| El duelo perinatal.....                   | 41 |

|  |    |
|--|----|
| Etapas del duelo.....  | 45 |
| El tabú en torno al duelo perinatal.....                                 | 45 |
| Ausencia de protocolos sanitarios ante pérdida de perinatal.....         | 46 |
| Intervenciones ante la inminencia de la muerte de un recién nacido ..... | 46 |
| Duelo complicado.....  | 47 |
| Síntomas.....  | 48 |
| Cuando consultar al medico .....   | 49 |
| Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal .....             | 53 |
| CAPITULO III .....   | 59 |
| METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....                                     | 59 |
| Diseño y tipo de estudio .....   | 59 |
| Diseño .....   | 59 |
| Tipo de estudio .....  | 60 |
| Universo y muestra .....   | 62 |
| Universo.....  | 62 |
| Muestra .....  | 62 |
| Tipo de muestreo .....   | 63 |
| Material y métodos.....  | 64 |
| Material .....   | 64 |
| Métodos .....  | 65 |
| Criterios de inclusión .....   | 66 |
| Criterios de exclusión .....   | 66 |
| Criterios de eliminación .....   | 66 |
| Plan de análisis.....  | 67 |
| Aspectos éticos.....   | 67 |
| Códigos de ética.....  | 67 |
| Leyes.....   | 68 |
| Normas .....   | 69 |
| Reglamentos internos de la institución .....                             | 69 |
| CAPITULO IV.....   | 71 |
| Tabla 2 grafica 2.....   | 71 |
| Tabla 3 gráfica 3.....   | 72 |
| Tabla 4 y Grafica 4.....   | 73 |

CUIDADOS POST MORTEM EN NEONATOS DEL SERVICIO DE LA UCIN DEL HOSPITAL DE LA MUJER  
COMITÁN CHIAPAS

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Tabla 5 y Grafica 5.....        | 73 |
| Tabla 6 y Grafica 6.....        | 74 |
| Tabla 7 y Grafica 7.....        | 74 |
| Tabla 8 y Grafica 8.....        | 75 |
| Tabla 9 y Grafica 9.....        | 76 |
| Conclusión.....                 | 77 |
| Recomendaciones .....           | 78 |
| Referencias bibliográficas..... | 79 |
| Anexos .....                    | 80 |

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación del tema cuidados post mortem hace referencia al conjunto de procedimientos que realiza el personal de enfermería a un paciente después de la muerte. Donde el personal debe de contar con amplios conocimientos, con ética profesional y valores requeridos para realizar dicho procedimiento. El amortajamiento es una función propia del personal de enfermería, donde se lleva a cabo la movilización del cadáver para la colocación de apósitos en distintas partes del cuerpo, tanto para preparar al cadáver para inhumación como para evitar la salida de gases y líquidos en descomposición. Donde también juega un papel muy importante la preparación psicológica de los familiares cercanos del paciente, esto con el objetivo que los familiares puedan sobre llevar la pérdida de su ser querido. La enfermería en los servicios de hospitalización se enfrenta en muchas ocasiones a una urgencia y emergencia cuyo desenlace es fatal, con el consecuente fallecimiento del paciente. El personal de enfermería debe de cuidar la integridad e intimidad en todo momento del fallecido.

El origen del amortajamiento se remonta antes de cristo, considerando que conforme pasa el tiempo, la técnica ha sido modificada con la finalidad de mejorar la práctica y obtener mejores resultados, un ejemplo ancestral de amortajamiento son los egipcios que momificaban a sus emperadores o personas de alto poder. Los antiguos egipcios creían que la muerte era solo el comienzo y representaba la separación entre el alma y el cuerpo.

Esta investigación constara de IV capítulos. El primer capítulo abarcará por qué se realizó dicha investigación y cuáles fueron las principales motivaciones por la cual se llevó a cabo la investigación. El segundo capítulo tratara a cerca de los antecedentes históricos sobre los cuidados post mortem y los conceptos relacionados a dicho tema. El tercer capítulo mencionaremos la metodología de la investigación y sus aspectos éticos. El cuarto capítulo incluiremos un análisis

de los resultados obtenidos referente a la pregunta planteada, al igual que incluiremos los permisos, graficas, tablas, bibliografía utilizadas y lo relacionado estadísticamente, además de incluir la conclusión a la que llegamos previa a una breve discusión donde se llevaron a cabo los aspectos más relevantes.



## CAPITULO I

### JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surge para el apoyo del personal de enfermería que se encuentra laborando en el hospital de la mujer de Comitán de Domínguez Chiapas, ya que es de vital importancia que exista una mejora en la orientación ante la presencia de un cadáver. Por tal motivo la presente investigación busca el beneficio de complementar los conocimientos establecidos en esta práctica. Se pretende informar ciertas funciones, actitudes, compromisos, valores y ética en los cuidados de enfermería. De igual manera salvaguardar la integridad y la salud mental o psicológica del personal de enfermería.

Los beneficios de esta investigación se encuentran enfocado al personal de enfermería que no se encuentra bien informado sobre las funciones y cuidados ante el amortajamiento y así poder delegar sus propias opiniones y funciones. Se aportará la información para la mejora atención del paciente y al cadáver, así como de los familiares brindarles la orientación correcta para sobrellevar su duela y de ser posible buscar la intervención del personal de psicología que labora en el hospital.

## OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:** Establecer una guía para los profesionales de enfermería.
  
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
  
- Garantizar una imagen limpia del fallecido incluyendo las maniobras adecuadas para proceder a un correcto amortajamiento del cadáver.
  
- Proporcionar apoyo y guía a los familiares más cercanos
  
- Para conservarlo en el mejor estado posible para su traslado.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuidados post mortem son los cuidados de enfermería que se aplican en la práctica clínica al paciente inmediatamente después su muerte, para la preparación del cadáver, antes de ser entregado a los servicios funerarios.

La realidad de la problemática: el personal de enfermería no se encuentra realmente capacitado para brindar este tipo de procedimientos, la técnica de amortajamiento cada personal lo aplica a su manera o como ellos creen que se realiza. Donde no aplican el protocolo que realmente deben de seguir.

Cuando el protocolo no se aplica de manera correcta suelen presentarse múltiples errores en donde, hacen quedar mal al personal de enfermería. un ejemplo serio el no salvaguardar la integridad y derechos de la persona fallecida. Sin olvidar que aun después de la muerte el cadáver merece respeto y que se sigan cumpliendo sus derechos. De igual manera influye la actitud del personal de enfermería hacia la muerte. Algunos suelen tener dificultades que los pueden llevar a cometer errores, donde el principal problema es el no saber sobrellevar la muerte o bien presenta miedo al estar en contacto con la persona fallecida, lo que dificulta realizar los cuidados correctos.

Ante esta situación nos planteamos las siguientes preguntas:

¿Cuál es la actitud del personal de enfermería ante la muerte del paciente?

¿Cuál es la técnica y el protocolo que debe seguir el personal de enfermería para realizar los cuidados post mortem de manera correcta?

## HIPÓTESIS

¿Será que el personal de enfermería no cuenta con los conocimientos necesarios para realizar los cuidados post mortem correctamente y conoce la técnica?

¿El personal de enfermería realmente se encuentra preparada psicológicamente para realizar el procedimiento de amortajamiento?

¿Cuál es la función de enfermería en el proceso de relajamiento muscular?

## CAPITULO II

### Antecedentes históricos

#### Antecedentes egipcios

Las teorías tradicionales sobre la momificación egipcia indican que surgió a finales del periodo Neolítico y principios del Predinástico, entre el año 4500 a.c. y 3100 a.c, cuando el calor seco de la arena desértica disecaba a los cuerpos naturalmente. (muy INTERESANTE, s.f.).

La muerte ha acompañado al hombre durante toda su existencia y hubo muchas culturas que tenían diferentes conceptos sobre la vida y la muerte. Esto se puede evidenciar en los orígenes de sus creencias. Por ejemplo, en el antiguo egipcio, en los tiempos pre dinásticos (antes de las dinastías) los cuerpos egipcios eran enterrados desnudos y en posición fetal en las calientes arenas del desierto, lo que hacía el proceso de putrefacción del cuerpo mucho más lento. Por ellos, cabía la posibilidad de que alguno de estos cadáveres aflorara a la superficie de tal forma que se llevaba a pensar que el cadáver se movía, que podía vivir y por supuesto que había vida tras la muerte.

La evolución de esta creencia llevó a los egipcios a creer que el cuerpo y el espíritu inmortal se reuniría para vivir otra vida en el paraíso, por lo que el cuerpo debía ser momificado de forma que fuera protegido de la putrefacción. La energía vital permanecía en el recinto mortuario y por ello, junto a los difuntos se enterraban víveres y estatuas que representaban ayuda para él, la parte espiritual debía abandonar el cuerpo durante el día y regresar por la noche. (TANATOS FORMACIÓN , s.f.)

En el Antiguo Egipto, como en todas las culturas clásicas, la culturización religiosa se centra en un profundo y cerrado etnocentrismo donde no cabe ningún acontecimiento foráneo. Lo único y verdadero es lo propio de la civilización egipcia del momento, incluida la religión. Peor la religión no es tan solo trasmundana (de aspiración a un mundo incognoscible superior), sino que también intervienen en ella un complejo entramado de ritos, muchas veces mágicos, que beben ayudar a las gentes tanto en este mundo como, posteriormente hacia el más allá.

El faraón es tratado como un dios. Es más, el Faraón es considerado como la encarnación del dios, el faraón se autodenomina como el hijo de dios. (la terminación que podemos encontrar en la mayoría de los nombres de Faraón, -amón o -atón, o el comienzo, Ra, indica el dios del cual son encarnación y hacia el que dirigen el culto). El Faraón pasara a ser un dios más tras su muerte. Pero como encarnación de un dios, es el máximo gobernante y dirigen de todo aquello que sucede en el mundo terrenal, y como los dioses (encargados de conseguir y mantener el orden ultraterreno), el Faraón es el encargado de conseguir y mantener el orden del mundo terrenal.

La institución del mundo mítico-religioso también puede observarse en el orden social de las ciudades del antiguo imperio. Cada ciudad tenía un dios supremo, y los otros eran relegados a un segundo plano. La ciudad erigía templos en honor a su dios predilecto y los sumo sacerdotes eran elegidos para adorar al dios y calmar sus iras. Esta es otra fuente de crisis: el predominio de diferentes dioses según la ciudad, la dinastía gobernante o la época tendía a modificar la forma de sus habitantes. Pero este no era el más tenso problema. Asociado con el anterior, encontramos la relación entre los sacerdotes y el faraón. El Faraón es el máximo dirigente del estado, pero la rivalidad era patente. El sacerdote pretende controlar el culto al dios.

En la vida del egipcio estaba inmersa la muerte. Se sabía que la muerte del cuerpo es inevitable y que, por tanto, es necesaria, pero se creía en la

inmortalidad del alma, cuyo honor se adquiriría solo tras conocer una serie de conjuntos que permitían convencer al tribunal del “pesado del corazón” de que dicha alma era digna de la iniciación para poder ascender a la esfera celeste. Obviamente, solo los más altos dignatarios podían llegar a tener acceso a dichas enseñanzas.

La mitología egipcia demuestra el alto grado de conocimiento astrológico que se poseía dicha civilización, ya que los dioses solían representar, o eran asociados, a algunos astros. El mito de la creación es la representación del orden cósmico: el sol (como centro creador y ordenador del mundo, en el mismo sentido que el demiurgo platónico) creó a Shu y a Tefnut a partir de su semen.

La intervención de la deidad era imprescindible para que el alma del muerto llegara a la vida inmortal: en el libro de los muertos se ve como el difunto debe identificarse con los dioses y poner en su boca los conjuros que le permitirán la iniciación. Cuando el espíritu ha llegado ante el tribunal encargado de juzgar a las almas (presidido por Osiris), mediante un paseo en la barca de Ra, el tribunal se encargó del proceso y del “pesaje del corazón” para valorar la virtuosidad del alma del difunto. Como solo los faraones podían ser ascendidos a la cúpula celeste, solo ellos tenían opción a la iniciación. A pesar de que el cuerpo haya muerto, el alma debe siempre ir con el cuidado, ya que puede tener una segunda muerte, por eso el alma debe conservar la memoria y recordar su nombre y todo aquello que el tribunal le pregunte. Así, el proceso de la muerte es el más importante en la vida egipcia, y todo acontecimiento está directa o indirectamente relacionado con la preparación para la muerte. (Eliade, Revista de filosofía , s.f.).

### **2.1.1.2 Clases de embalsamamiento según los egipcios**

El embalsamamiento de primera clase, consistía en lo siguiente: después de lavar el cadáver con agua y alguna sustancia antiséptica, extraían el cerebro de diversas maneras las cuales fueron cambiando según las épocas; unas veces perforaban la lámina cribosa del etmoides y mediante unos ganchos curvos que supone serían en forma de legra frenestrada, extraían la masa encefálica, otras veces, la vía de acceso era a través del agujero magno occipital, al cual llegaban incidiendo la parte superior del cuello y desarticulando el atlas, saturando después la piel del cuello. Otras veces, en fin, la masa encefálica era extraída a través de un orificio de trépano en una zona craneal fácilmente extraíble. Tales orificios artificiales por trépano eran después tapados y sellados con materiales resinosos. Una vez vacío el cráneo y lavada meticulosamente la cavidad, se introducían en el mismo sustancias consideradas como conservadoras, casi siempre sustancias higroscópicas (natrón), desinfectantes o simples sustancias resinosas y aromáticas como la mirra, la casia, el romero o el aceite de resino el cual demostró químicamente Berthelot en un examen a una serie de momias egipcias del museo del Louvre.

Después de haberse eviscerado el cráneo se incidía el abdomen con una piedra afilada y cortante llamada “piedra etiópica” y a través de esta incisión se extraían las vísceras, salvo el corazón y los riñones. La incisión que era indicada en su forma, longitud y situación (siempre al costado del abdomen y siguiendo el eje del cuerpo) por el maestro embalsamador, la realizaba una casta de sujetos considerados impuros y sacrílegos que según Diodoro Sículo, una vez realizada dicha incisión al cadáver, “tenían que echar a correr entre las maldiciones y piedras que les tiraban los circundantes”. Tales “incisidores” sufrían una verdadera discriminación social y no se les permitía alternar con otras castas por el hecho de profanar los cadáveres al incidirlos. Una vez extraídas las vísceras, lavadas con vino de palmera y tratadas convenientemente con sustancias aromáticas eran conservadas en los ya conocidos vasos canópicos. El cadáver completamente eviscerado, que conserva únicamente como hemos dicho, los riñones y el corazón, se secaba interiormente a base de serrín de madera o arena



y se rellanaba con un machacado de diversas sustancias aromáticas, como la canela, el romero, la salvia, la mirra y otras, en las que específicamente no entraba el incienso por ser considerada sustancia que engendra humedad y podredumbre. Posteriormente se suturaba la incisión practicada en el abdomen o bien era pegada con ceras, resinas o mucílagos. También se solían taponar los orificios naturales con parecidas materias o con telas impregnadas de tales sustancias. Acabado el relleno del cuerpo se procedía a la segunda fase o fase de desecación, técnica secreta al decir Herodoto, cuya base era el natrón o carbonato de sosa desecado. En esta fase consistía esencialmente en cubrir o enterrar el cuerpo con dicho natrón por espacio de setenta días según dice Herodoto o de cuarenta días según dice la Biblia, pasados los cuales se retiraba todo el natrón y se lavaba el cuerpo con una solución desinfectante o bien una solución de natrón mismo; una vez limpio el cadáver lo perfumaban con mirra, cinamomo y otros productos olorosos tras lo cual comenzaba la tercera fase del embalsamamiento que consistía en cubrir el cuerpo profusamente con gran cantidad de resina fundida “aquella goma de que sirven comúnmente los egipcios en vez de cola” y lo vendaban concienzudamente. El vendaje era metódico y se hacía en varias capas englobando ambas piernas con los brazos cruzados en el pecho, y vendado también la cabeza y la cara. La técnica de vendaje fue evolucionada adquiriendo caracteres de verdadero ritual y así en ciertas épocas se vendaban primero los miembros por separado y pasando después al vendaje global, depositando entre las vueltas de dicho vendaje gran cantidad de objetos y amuletos que protegían y completaban el cadáver. Así el escarabajo tallado, suplía indefectiblemente al corazón, órgano en el que asentaba los buenos o malos sentimientos y que sería meticulosamente pesado en la otra vida. Las vendas iban impregnadas de sustancias resinosas y conservantes que se transformaban en contacto con el aire en una capa dura y protectora.

Después haberse realizado todo lo descrito se introducía el cuerpo rígido por la desecación. El relleno cavitario y el vendaje, en un sarcófago que solía ser de sicomoro en el cual debidamente pintado y adornado fue evolucionado a través

del tiempo hasta convertirse en verdaderas obras de arte que admiraban por el gran parecido físico con el difunto.

Embalsamamiento de segunda clase: se realizaban con métodos poco depurados y se diferenciaban fundamentalmente de los de primera clase, en que no se extraían las vísceras toraco-abdominales previa incisión, sino que se introducían por vía rectal, enemas de sustancias más o menos corrosivas cuyo excipiente era el aceite de cedro. Realizada tal operación, el abdomen del cadáver quedaba a gran tensión, produciéndose entonces a taponar perfectamente el ano, acabado lo cual, cubrían el cuerpo con natrón seco por un espacio de tiempo igual que de la técnica anterior (setenta días), pasados los cuales retiraban el natrón de la superficie del cadáver y desobstruían el ano y secaban el aceite antes introducido cuya fuerza era tanta que arrastraba en su salida, tripas, intestinos y entrañas ya líquidas y derretidas. Consumida la carne por el nutro de fuera solo resta del cadáver la piel y los huesos y sin cuidarse de más se restituía la momia a los parientes.

Embalsamamiento de tercera clase: Era la forma más económica y por tanto más corriente de embalsamar. Su técnica consistía simplemente en dar enemas o Klisteres a tensión para que, por rebosamiento, salieran las heces y sustancias intraintraestinales, limpiando así “las tripas del muerto”. Hecho esto se procedía a adobar el cadáver a base de natrón (enterrarlo en natrón) durante los setenta días prescritos. En esta última técnica, se debía, con más motivo, extraer la masa encefálica, ya que todo el proceso era prácticamente confiado a la acción externa del natrón. Seguramente los familiares, en estas dos últimas formas (la segunda clase y la tercera clase), serían los encargados de depositar sustancias

balsámicas sobre el cuerpo de las momias, completando el embalsamamiento con un metódico vendaje.

La trascendencia de los embalsamamientos egipcios, en donde se lograron conservaciones admirables, consta a nuestro entender de cuatro fases fundamentales: fases del embalsamamiento egipcio:

1. Fase de secado
2. Fase de adición de resinas balsámicas o betunes
3. Fase de vendaje y engomado de vendas
4. Fase de conservación en féretro hermético.

La primera fase o de secado, se basaba fundamentalmente en la extracción lo más posible que se pudiera de los líquidos orgánicos y así, extraían las vísceras que contenían mayor cantidad de agua y ponían en contacto el cuerpo, durante setenta días, con natrón (carbonato de sosa, nitro o sal piedra) que se trata de un álcali con grandes propiedades higroscópicas, que sirven además para limpiar, blanquear y desengrasar. Tal álcali se unía a las partículas, las cuales eran inutilizadas y retenidas en las carnes del cadáver. El objeto por el cual se rellenaba el cuerpo con materias aromáticas, era porque el carbonato de sosa, actúa sobre las sustancias con anillos aromáticos (bálsamo), formando con sus aceites una materia jabonosa soluble en agua y fácil de eliminar por lociones lavados.

La segunda fase o fase de adicción de sustancias resino-balsámicas o betunes, es sumamente importante, pues el tejido orgánico, previamente desecado y momificado, se combinaba con diferentes resinas balsámicas o betunes formando una sola masa diferente a la estrictamente orgánica a causa de la absorción osmótica. El hecho parecido de la saponificación de las grasas, en el cual, la grasa se une a un álcali y forma un jabón que no es más que una sal alcalina de un ácido grado hidrolizado.

La tercera fase o fase de vendaje y engomado de vendas, es importantísima pues pone en contacto duradero las sustancias balsámicas con la piel por medio de las vendas, las cuales actuarían a modo de caparazón rígido compacto y totalmente aislante debido a la acción de las resinas fundidas con que untaban dichas vendas, y que actuaban como verdaderas vendas engomadas. Para mejor asegurar la acción balsámica, ponían alternativamente una venda engomada con resina fundida y otra embadurnada con pisasfalto y así sucesivamente.

La cuarta fase o fase de conservación en féretro hermético, consistía en la introducción del cadáver embalsamado vendado y lacado en féretros de madera generalmente de sicomoro, cuyas rendijas eran cuidadosamente taponadas con sustancias bituminosas. Esta cuarta fase era importantísima ya que impedía la evaporación de las sustancias balsámicas, evitando que el cuerpo se reseca, manteniendo de esta forma y a la larga los tejidos.

No se conformaban los egipcios, en embalsamar los cadáveres de las personas, sino que extendieron sus habilidades en toda la amplitud del reino animal; y así gatos, perros, musarañas, cocodrilos, etc. (Moncadas, 2015).

### 2.1.1.3 Rituales funerarios

En un principio todos estos ritos funerarios eran diseñados para los faraones, ya que, al ser representaciones de los dioses en la tierra, al morir adquirían estatus divino. Sus cuerpos y almas debían de mantenerse resguardados para la próxima vida. Sin embargo, tras la evolución del culto funerario, el hombre común ya podía acceder a la otra vida por medio de los rituales de la momificación y el entierro entre los que se incluían la ceremonia de apertura en la boca entre otros.

El proceso de embalsamiento se realizaba especialmente si se trataba de alguien de la realeza o una persona con recursos. Tales ritos llegaron a su máxima expresión en la IV dinastía, incluso se ha llegado a encontrar animales embalsados. Mantener el cuerpo intacto era algo primordial para que el difunto pasara a la otra vida y ser momificado en especial enterrados en tumbas. Era un lujo practicado por todo aquel que se lo podía permitir. Llegaron a existir tres tipos diferentes de servicio, el más económico consistía en quitarle al cuerpo las entrañas y sumergir el cadáver en natrón durante 70 días.

La tarea de momificar a un difunto rey y reina tomaba un tiempo aproximado de dos meses. La conservación del cuerpo tenía un vínculo directo con el hecho de perpetuar el recuerdo del difunto. Por lo tanto, a los ricos y poderosos, incluidos los faraones, se les hacía un embalsamiento que consistía en colocar el cuerpo en una tabla y hacer un corte en el abdomen para extraer todos los órganos a excepción del corazón que dejaban en el interior del cuerpo sin tocarlo ya que tenía la creencia de que en el residía la vida del difunto.

Los egipcios tendían a sacar el cerebro de los cadáveres puesto que para ellos no era importante. Lo hacían a través de la rotura de la capa de hueso y a través de una fina vara con forma de gancho a través de la nariz se agitaba el cerebro

hasta que se volvía líquidos y posteriormente era vértigo a través de la misma. Finalmente se limpiaba la cavidad craneal con lino y se cubría con resina caliente para sellarla. Después de toda esta operación se sumergía el cadáver en natrón, sustancia química que deshidrata el cuerpo y prolonga su conservación, en este momento, se amortaja al difunto con lino y la tela se pegaba con resina.

Para el acto funerario después de realizar la momificación del difunto, era necesario que un sacerdote realizara el ritual de la apertura de la boca, esto aseguraba que la persona respiraba en el más allá. Luego los sarcófagos eran tirados por bueyes mientras se cantaba y recitaba algunas composiciones, un sacerdote iba derramando leche por el paseo y otro iba detrás del sarcófago quemaba una especie de incienso en el aire para purificarlo, se solía enterar con la persona algunas de sus riquezas, estatuas y alimentos, se le llamaba ajuar funerario. (TANATOS FORMACIÓN , s.f.).

### Antecedentes de los antiguos griegos.

La sociedad griega siempre dio una importancia especial a la muerte y a las acciones relacionadas en torno a ella; así, realizaban varios rituales físicos con el cadáver y, también, dedicaban palabras en honor del difunto.

Los rituales funerarios se llevaban a cabo en tres etapas: la exposición del difunto, la procesión funeraria y la inhumación o incineración dependiendo de la época. Estos pasos sufrieron pocas modificaciones a lo largo del mundo griego antigua hasta la actualidad.

Los griegos practicaban tanto la inhumación como la incineración. Primero apareció la inhumación, en el cual se depositaba al difunto bajo tierra, bien directamente, bien dentro de una caja o sarcófago de madera, arcilla o piedra. Walter Burkert afirma que la incineración es el cambio más espectacular desde

la edad Micénica; que en la edad de bronce griega era desconocida y que aparece en el siglo XII en Ática en el cementerio Perati. Además, el barrio del Cerámico en Atenas se puede observar, a través de los vasos del Proto-Gemetrico, que la cremación fue preferida y en el siglo IX era la única forma practicada; pero a partir del siglo VIII, la inhumación reaparece y llega a constituir el treinta por ciento de los entierros. Los restos incinerados del difunto, y de los objetos que habían sido quemados con él, se depositaban en tierra o en recipientes de cerámica o mármol. (Conde, 2020).

Los griegos fueron herederos directos y contemporáneos de toda la cultura médico, tanatológica y funeraria de los egipcios y sus técnicas de embalsamiento, eran prácticamente iguales. Seguían muy fielmente cinco fases que esquematizadas eran:

1. Evisceración del cadáver
2. Lavado del cadáver
3. Relleno de las cavidades con sustancias conservadoras y aromáticas
4. Embadumamiento del cadáver con sustancias balsámicas
5. Vendaje del cadáver

Sin embargo, los griegos, no embalsamaban de forma ritual todos sus cadáveres, sino que solamente algunos muy específicos. La descripción de tales prácticas funerarias, macabras y monstruosas, nos parece un último intento de conservar un poco más el poder terrenal del rey muerto, cosa que se intenta conseguir a base de simbolismo ratificados con sacrificios de animales y con sacrificios humanos que representan la máxima cota de poder terrenal.

Aquí, el embalsamamiento, no reviste ningún carácter de trascendencia religiosa y ultraterrena y por tanto se trataría de meras conservaciones cadavéricas que retrasaran los procesos putrefactivos todo el tiempo que durara el periodo

fúnebre. Una vez enterrado el soberano con todos sus servidores, los individuos que habían acompañado el cadáver del rey y finalmente le había dado sepultura, se sometían a ceremonias de purificación en las que parte importantísima era el lavado de su propio cuerpo.

No solamente practicaban la conservación temporal de los cadáveres, sino que tenían cierta practica en conservar diversas piezas anatómicas en forma de trofeos de guerra. Así, después de cortar la cabeza al enemigo, curtían de modo muy primitivo el cuero cabelludo y la piel de la cara, que conservaban y exhibían como trofeo. También desecaban la piel de las manos de sus enemigos, especialmente la mano derecha y, sin quitarles las uñas, las empleaban como tapas de sus aljaibas, que eran cajas cuadradas donde guardaban las flechas. Otros, en fin, desarrollaban el cuerpo de sus enemigos y una vez curtida la piel, la exhibían a modo de trofeo.

Todas estas prácticas de conservación y curtidos de pieles humanas, han venido realizándose a través de los siglos hasta bien entrada la Edad Media y eran muy corrientes en el pueblo turco y en todos los pueblos de origen tártaro. También los hunos, longobardos, avaros, búlgaros, y otros pueblos septentrionales la practicaron. (Moncadas, 2015)

## Culturas Chinchorro e incas

La cultura chinchorro, una de las más antiguas culturas preincaicas localizada en la costa norte de Chile, ha aportado momias de una antigüedad equivalente a las egipcias, con dataciones de radiocarbono que las fechan alrededor de 2000 A.C. El proceso tuvo diferentes facetas y al parecer momentos que podrían caracterizarse en varias modalidades:

1. La extracción de vísceras y tejidos blandos, incluso de los huesos, con el propósito de preservar la piel. La cual era rellena con arcilla y totora.



2. La extracción exclusiva de las vísceras acompañada con el reforzamiento de los miembros con varillas de totora, un junco que crece en el lago Titicaca; el relleno con arcilla y lana de camélidos con la llama.
3. Conservación de cadáveres con vísceras

Estas modalidades se combinaban a su vez con el recubrimiento del cadáver con arcilla y su pintura con pigmentos negros o rojos. Además de la envoltura con cordel de porciones o de la totalidad del cuerpo. Igualmente, el cubrimiento con pieles humanas o animal y plumas.

En los métodos de conservación prehispánicos está por determinarse la composición química de las arcillas y su contribución en la preservación de los cuerpos. Se han buscado trazas de sustancias y de extractos vegetales usados en el embalsamamiento, ya que no existía una tradición escrita para revisar registros de este proceso que de igual forma, tomo ventaja de las condiciones ambientales de baja humedad lo cual ayudo a la preservación en muchas culturas.

En las culturas incas y relacionadas destacan diferentes hallazgos:

- El grupo de momias conocidas como las momias de la laguna, perteneciente a los pueblos Chachapoyas, que se caracterizaron por vivir en el piedemonte amazónico peruano y de alta humedad, un ambiente inusual en las culturas que realizaron la momificación. Estas momias están datadas entre 600-1500 D.C. En ellas, se evidenciaron procedimientos como la evisceración a través del ano y el uso de hierbas en el embalsamamiento; las momias eran incluidas en un fardo funerario, con lienzo y capsula de arcilla.
- En Illullaillaco, un nevado del norte de argentina, a más de 6700 metros. Se encuentran momias infantiles, en número de veinte, halladas en un excelente estado, las cuales fueron conservadas sin realizar evisceración. Estas momias marcan un hito en la altura, a la cual se han encontrado cuerpos humanos momificados. (GUERRA, 2009).

## Pueblo Escita

Los escitas fueron un pueblo de origen antiquísimo que habitan en valle de Don, a las márgenes del mar de Azof, cuya civilización perduró hasta 230 años A. C. Tal pueblo, pone en práctica métodos de embalsamamiento de cadáveres humanos, pero los mismo, solo son reservados a los reyes, alta nobleza o individuos de clase social adinerada. Aquí, el embalsamamiento, no tiene una exclusiva motivación religiosa, si no que el cadáver es embalsamado para exhibirlo de forma itinerante, durante un tiempo que duraba alrededor de cuarenta días.

Así los cadáveres reales embalsamados, se les transportaba de provincia en provincia, donde se les recibía con muestras de duelo y dolor, siendo frecuentes las pequeñas mutilaciones corporales en orejas, nariz y dedos, que, en señal de duelo, se autoproferían los súbitos y los altos funcionarios que iban a recibirlos. “se organizaban grandes fiestas y banquetes, en los cuales, sentaban el cadáver real presidiendo la mesa y comían y bebían en gran abundancia y desorden” (Heródoto).

La técnica de embalsamar, según nos cuenta Heródoto, consistía en “expurgando el vientre y llenándolo después de juncia machacada, de incensó, de almea, de semilla de apio y de anís”. No refiere nada Heródoto, sobre si se les desecaba y se le sometía a la acción de sustancias balsámicas, pero algo así deberían de hacer, para conservar el cadáver durante esos cuarenta días que solían durar el viaje funerario.

El viaje funerario, las comilonas y las orgías, así como las mutilaciones y otras señales de duelo, terminaban con un ritual y apocalíptica matanza de criados, concubinas, coperos, cocineros, servidores, pajes y otras gentes allegadas.

Dichas muertes se producían por el método de la sofocación y todos estos individuos, una vez muertos, eran enterrados cerca del rey y a su lado depositaban gran cantidad de manjares y objetos de uso personal.

Después de un año de entierro del rey y de sus servidores, practicaban otra ceremonia aún más macabra si cabe, pues después de ahogar a cincuenta caballos con cincuenta jinetes “les sacaban las tripas y les limpiaban las entrañas llenándolos de paja y cosiéndoles el vientre”, acto seguido, y como se dé taxidermistas se tratara, hacían una armadura interna alrededor de un palo que entraba por el espinazo de los jinetes y “sobre cada uno de los caballos muertos y preparados colocaban sendos caballeros que son los mancebos allí ahogados metiendo a cada cadáver un palo recto, que, penetrando por el espinazo, llegue al pescuezo, clavando la punta inferior de dicho palo que quedaba fuera del cuerpo, dentro de un agujero que tiene el otro palo que atravesaba el cuerpo del caballo. Puesto alrededor del túmulo real aquella cabalgada de momias, se iban todos a sus casas”. (Moncadas, 2015).

## Los babilonios

Entre los babilonios era costumbre esporádica conservar ciertos cadáveres cubriéndolos de miel y depositándolos en unas grandes tinajas de barro. La putrefacción, selo se preservaba de forma muy temporal y no sabemos que motivación o simbolismo guiaba a estos pueblos. La miel se empleaba porque al fermentarse formaba alcoholes que son antisépticos. El hidromiel es una bebida alcohólica que procede de la fermentación de los azúcares de la miel. (Moncadas, 2015).

## Los persas

El pueblo persa, embalsamaba algunos cadáveres siguiendo métodos egipcios, pero fundamentalmente el método que seguían era el recubrimiento de cera de todo el cadáver. No se sabe exactamente las motivaciones por las cuales se conservaba un determinado cadáver, sin embargo, en no pocas ocasiones, el embalsamamiento era motivado y realizado con fines sacrílegos y profanatorios, pues de esta manera podían azotar, mutilar, escarnecer y, en fin, profanar por más tiempo el cuerpo de sus enemigos. (Moncadas, 2015).

## Pueblos Etopes

En los antiguos etopes, también se practicaron técnicas de conservación cadavérica encaminadas a la pública y más o menos peregrina exhibición del cadáver. Así, después de “adobar” el cadáver según las costumbres de sus vecinos egipcios, lo barnizaban, poniendo sobre ellos una capa de yeso que posteriormente adornaban con vivos colores y después depositaban el cadáver en unas cajas de material transparente (vidrio) en forma de columna hueca. Y así “sin mal olor ni ofrecer a los ojos un aspecto desagradable, se divisa el muerto en la apariencia como si estuviera vivo allí dentro”.

Tales columnas eran retenidas durante un año por los familiares y después las sacaban y sin más protección las “colocaban alrededor de la ciudad” (Heródoto). Todo ello nos hace pensar que, entre los antiguos etopes, la motivación de conservación cadavérica era puramente exhibitoria o de culto temporal, ya que el destino final era abandonarlos sin ninguna protección en el exterior de la ciudad. La protección que se refería Heródoto serían los grandes panteones, pirámides, etc. De los antiguos egipcios. (Moncadas, 2015)

## Los israelitas

Entre los israelitas la costumbre de conservación cadavérica fue cambiante, adoptando, en muchas ocasiones, las costumbres del país donde habitaban. Así, cuando estuvieron en Egipto, en la época del Nuevo Imperio Tebano, no pocos de ellos eran embalsamados a pesar de que su religión no lo prescribía, pero tampoco lo prohibía, en otras ocasiones, cuando estuvieron en Babilonia en la época de Nabucodonosor, se solían conservar los cadáveres como los babilonios, es decir, cubriéndolos de miel y depositados en tinajas de barro o sarcófagos de piedra.

En época de J. C. se limitaban a lavar los cadáveres, ungielos y también vendarlos, pero, a pesar de estar bajo la dominación romana, no era corriente que los incineraran. Esta unción, además de actuar como un método antiséptico y por tanto de prevención momentánea de la putrefacción, tenía un claro simbolismo religioso heredado de los antiguos egipcios. Hoy en día la religión católica, sigue dando rango de sacramento a la extremaunción, modernamente llamada “unción de los enfermos”, para desligarla del simbolismo profano de raíces egipcias que tal acto tiene. Evidentemente, en la religión católica, no se persigue ningún tipo de conservación ni medida aséptica, si no que están solo, un bien espiritual.

La costumbre tan corriente en nuestro medio Mediterráneo de vestir a los cadáveres de hábitos religiosos, es una expresión indumentaria encaminada, a modo simbólico, de presentar al “hombre muerto” en forma externa de mayor piedad y sacrificio, ante el tribunal divino. (Moncadas, 2015).

## Los Romanos

En la cultura romana; raras veces embalsamaban los cadáveres y en el esplendor de su cultura solían incinerarlos y sus cenizas se guardaban en forma visible y ostentosa en elegantes urnas cinerarias, que eran motivo de decoración y abalorio, en las mansiones de los grandes patricios. Si alguna vez conservaban los cadáveres, seguían las mismas técnicas egipcias modificadas por la cultura griega, que era su fuente natural de saber. (Moncadas, 2015)

## Los Guanches

Los antiguos habitantes de Gran Canaria, los guanches, practicaban conservaciones cadavéricas de forma paradójica, pues invertían el proceso lógico del embalsamamiento, de tal forma, que primeramente ponían sustancias untosas y balsámicas sobre el cadáver y en una fase posterior, intentaban desecarlo en contacto con la arena quemada y caliente de origen volcánico. Al parecer, los guanches, no extraían la masa encefálica y una vez terminadas estas rudimentarias operaciones antisépticas y de conservación, los cadáveres eran inhumanos en cuevas, las cuales eran tapadas con piedras procedentes de la lava. (Moncadas, 2015)

## Los australianos

Entre los antiguos australianos, las conservaciones cadavéricas no tenían nada que ver con los embalsamamientos, si no que eran simples momificaciones, conseguidas por medios naturales.

Su técnica era la siguiente: se inhumaba el cadáver esperando la formación de vesículas saniosas, que, como se sabe, aparecen el inicio de la tercera fase de la putrefacción. En todo momento, exhumaban el cadáver y quitaban las vesículas saniosas juntamente con la epidermis y folículos pilosos a la vez evisceraban el cadáver y lo sometían a la desecación por medio del calor y el ahumamiento.

Cualquier tanatólogo valorara, de forma curiosa, este proceder, ya que, en el mismo, encontramos dos fases deshidratantes: la primera de forma natural (deshidratación por formación de vesículas exudativas) y la segunda, natural, por el calor y el ahumamiento. (Moncadas, 2015)

## Principales Conceptos

### Tanatopraxia

La palabra tanatos proviene de la raíz griega que significa muerte y praxia tiene como significado práctico, es decir, que al unirlos sería algo como práctica de muerte. (TANATOS FORMACIÓN , 2022).

La tanatopraxia son todos aquellos métodos orientados a la higienización, conservación, embalsamamiento, restauración, reconstrucción y cuidado estético del cadáver. La tanatopraxia está bajo la regularización higiénico sanitaria del reglamento de policía sanitaria mortuoria. En este reglamento se establece las técnicas a practicarse a un cadáver atendiendo elementos como la causa de la

muerte. También el lugar en el que va ser velado, el tiempo que va transcurrir desde el fallecimiento hasta la llegada a su destino final, el medio de transporte que se va utilizar para su traslado. (EUROINNOVA, s.f.)

#### Características y funciones de la tanatopraxia:

1. Se encarga de limpiar y desinfectar el cadáver.
2. Una de sus funciones es extraer prótesis, tejidos y otros elementos que contenga el cuerpo.
3. El tanatopractor es quien prepara el cuerpo con técnicas de conservación.
4. También está facultado para reconstruir y reestructurar el cuerpo cuando estos presentan signos que comprometen de alguna forma su figura o su rostro. Como por ejemplo muertes en accidentes graves, tumores, quemaduras, entre otras.

La tanatoestética se define como el arte de embellecer, es decir, se encarga de maquillar, peinar, vestir, y darle un aspecto natural al cadáver para que sus familiares, amigos ya allegados se lleven una impresión menos traumática de su ser querido. El profesional de la tanatoestética no solo se encarga de darle el aspecto natural al cadáver, es quien se comunica con los familiares y seres queridos para atender las peticiones que estos tengan en referencia al arreglo del cuerpo.

#### Características y funciones de la tanatoestética:

1. Es el profesional que se encarga de maquillar, peinar y vestir al muerto.
2. Debe ser una persona muy receptiva y respetuosa con los familiares en el momento de atender sus requerimientos. Y entender el proceso doloroso por el que están pasando.



3. Realiza reestructuraciones estéticas que hagan ver al cadáver lo más natural posible.
4. El tanatoestético se encarga de camuflar todos esos detalles (sobre todo el tono gris del rostro) que pueden surgir en un cadáver por efectos de la descomposición y deterioro del cuerpo.

Ambas profesiones se entrelazan y son necesarias. Mientras que uno se encarga de preparar al cuerpo para evitar su descomposición rápida el otro se encarga de realizar los toques estéticos que le permiten presentar un cuerpo que se acerque a una imagen natural para sus familiares.

Aunque siempre la impresión de ver a un muerto es bastante impactante, es preciso apreciar el trabajo que realizan estos profesionales, ya que, no cualquier persona puede lidiar su día a día con muertos, sufrimiento o duelo. (TANATOS FORMACIÓN , 2022).

## Amortajamiento

El amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función, movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a las enfermeras (os). El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver puede ser trasladado al mortuario. (Duran Salgado, 2017-06-20).

Los objetivos del amortajamiento son:

- Preparar el cadáver para su inhumación o cremación
- Orientara los familiares para los tramites medico legales
- Participar y orientar a los familiares para el duelo

El rigor mortis constituye la fase inicial en la transformación del musculo en carne. Consiste simplemente en la unión irreversible de miosina y actina para formar actomiosina. Esta unión puede ir acompañada o no de contracción muscular, pero se manifiesta en la rigidez cadavérica que le caracteriza.

Después de la muerte se produce:

- Falta de regulación nerviosa y hormonal
- Falta de aporte de nutrientes
- Falta de aporte de oxígeno
- Alteración del equilibrio osmótico

la resolución del rigor se produce durante la maduración, y ello no sé porque se separen actina y miosina sino por la fragmentación de las miofibrillas por acción de las enzimas propias de la maduración (MARSH, 1954; BENDALL, 1960). Conforme discurre el proceso de maduración, el musculo se hace cada vez más blando. (REVINICI).

Procedimiento:

- Avisar al médico que confirme y verifique el fallecimiento. Nunca se debe inicial la preparación del cadáver si no ha sido examinado por el médico.
- Realizar pruebas que certifiquen la defunción (EKG).

- El facultativo informará a los familiares del fallecimiento y de los trámites a seguir, incluyendo la opción de dejar un tiempo prudencial para despedirse de su fallecido en el servicio, y si la familia lo solicita avisar al representante de su religión.
- Se informará de las salas específicas donde esperar el traslado de su familiar y se le ofrecerá en todo momento el apoyo necesario, (apoyo psicológico, medicación prescrita, tila, valeriana).
- Se debe preparar el cuerpo con el máximo respeto y la mayor intimidad del fallecido, (con biombos, cortinas, etc).

Técnica de amortajamiento:

- Preparación de los profesionales con material. El profesional debe ponerse bata desechable, guantes, gorro, mascarilla.
- Colocar al cuerpo en decúbito supino con la cama en posición horizontal, los brazos a ambos lados del cuerpo y tobillos juntos, para que no se produzca deformidades en la cara y cuerpo.
- Cerrar los ojos bajando los párpados superiores.
- Retirar sondas, vías y drenajes. Yo colocar apósitos por orificios, se puede taponar las zonas que lo requieran con algodón.
- Lavar el cuerpo y secarlo
- Si el fallecido utilizaba dentadura postiza u otro tipo de prótesis, si es posible se puede colocar.
- Sellar los labios con aerosol de película plástica para evitar que la boca se quede abierta. En casa de necesidad, se puede sujetar la mandíbula con una venda elástica.
- Aspirar secreciones si fuera necesario, es aconsejable retirar en último lugar TOT, traqueo y SNG para evitar reflujos.
- Envolver el cuerpo del paciente con una sábana e introducir en el sudario.

- Comprobar la adecuada identificación del fallecido, en el sudario se pondrá una pegatina del enfermo y la hora del éxitus, esta hora debe ser la misma en todos los sitios de registro.
- Guardar sus pertenencias en una bolsa identificada para entregar a los familiares, procurando que esté presente otra persona del equipo.
- Registrar en la historia clínica de enfermería el éxitus, así como todos los procedimientos que se realizaron antes de éste y su causa.
- Avisar al celador, siguiendo los trámites burocráticos para realizar el traslado al servicio de velatorio.
- Recoger los documentos en la historia y almacenar, en caso de terapia con hemofiltración, se recogerán las hojas de enfermería y se almacenara en el fichero correspondiente.
- Registrar la baja del enfermo en la unidad y en el resto de servicios vinculados con el fallecido.
- Limpieza y desinfección del box.

Consideraciones:

- En caso de fallecidos por ciertas enfermedades infecto-contagiosas, se tendrá especial consideración a la hora de retirar residuos y mandarlos a sus lugares específicos. Utilizar para el amortajamiento las medidas indicadas para cada tipo de aislamiento y siempre, las medidas de precaución universal.
- Procurar tener despejados el pasillo y ascensores de personal. Realizar todo el proceso con la mayor discreción posible.
- Si el fallecido no tuviera familia, guardar sus pertenencias en una bolsa previamente identificada y comunicarlo al supervisor/a. (Chospab , s.f.).

## Muerte

Morir no es un hecho bruto, nuestra sociedad ha querido comprender este fenómeno en distintas formas, buscando adjudicarle un significado. Ilustrativo de ellos es el estudio que de la muerte ha hecho la ciencia, intentando descifrar la utilidad biológica de esta. Por otra parte, la representación de la muerte y del más allá tiene siempre relación con la vida, con las formas de vivir en cada época y con las creencias ligadas a ella. Estas creencias buscan ser ordenadas a través de un sistema social, representado por el sistema jurídico, se aborda por ello brevemente la muerte desde esta perspectiva. Finalmente, no se puede hablar de muerte sin mencionar la búsqueda de un sentido de trascendencia, de forma que la religión ha cumplido también un papel importante en la búsqueda de un consuelo ante un hecho inevitable, dando su propio significado al hecho de morir.

La muerte biológica:

En su libro biología de la muerte, Klarsfeld y Revah en un intento por describir el lugar que ocupa la muerte en las ciencias de la vida, hacen un repaso de algunas de las ideas científicas con respecto a la muerte, resumidas a continuación:

- Carl Von Linneo (1707-1778): plantea que la sabiduría divina ha impuesto un orden natural el cual descansa sobre cuatro fenómenos relacionados: propagación, distribución, geografía, destrucción y conservación. Todas las calamidades han sido instauradas por dios por el bien supremo de los seres vivos en su conjunto, ya que hay que equilibrar nacimientos y muertes. La muerte mantiene la justa proporción de las especies.
- Jean Baptiste Lamarck (1744-1829): con un planteamiento apuesto a lineo, considera que un cuerpo vivo es un cuerpo limitado en su duración, organizado en sus partes, que posee lo que denominamos vida y que está sujeto necesariamente a perderla, o sea, a sufrir la muerte, que es el fin de su existencia. Sitúa a la muerte directamente en el interior del ser vivo.
- Claude Bernard (1813-1878): los organismos viven a la vez de su entorno y contra el: y este es para ellos al mismo tiempo oportunidad y amenaza,

la existencia no es más que una perpetua alternancia de vida y muerte, de composición y descomposición. No hay vida sin muerte, ni muerte sin vida.

De lo que estos autores plantean emergen dos posturas: por un lado, la muerte que se asume como una fatalidad arbitraria, impuesta contra nuestra voluntad; por otro la reflexión científica que plantea una utilidad o función oculta de la muerte, muchas veces expresada en términos de ventajas selectiva basada en mecanismos de evolución. (UNAM, s.f.)

La muerte es un fenómeno irreversible que es la parte final de la vida, es un evento ineludible con el que termina el ciclo de la vida de todos los seres vivos, cese de todos los procesos fisiológicos y químicos que ocurren siempre en todos los órganos vivientes.

Desde la antigüedad los filósofos han intentado descifrar lo que es la muerte. Tanto Platón como Santo Tomas de Aquino consideran que la muerte, como la separación de cuerpo y alma, siendo esta de las definiciones más aceptadas para los occidentales. Santo Tomas consideraba al ser humano como la unión substancial del alma y el cuerpo; sostiene que la muerte la experimenta todo hombre.

La filosofía cristiana, en efecto, defiende que el alma humana es espiritual y sin embargo, es afectada radicalmente por la muerte ya que se rompe un vínculo esencial sustancial.

Existen tres rasgos inherentes a la muerte:

- Temporalidad: saber que es temporal, que se va a vivir determinado número de años y que es limitado el tiempo.
- La finitud: saber que es finito no eterno.
- La irreversibilidad: una vez que se presenta, no hay vuelta ni retorno.

Tipos de muerte.

- Muerte natural: prácticamente desde siempre se ha creído que las personas que llegaban a la vejez se morían simplemente por haber alcanzado una determinada edad.
- Muerte aparente: En raras ocasiones, sucede que el organismo pierde momentáneamente todas sus funciones vitales, un fenómeno llamado catalepsia. Técnicamente, el organismo está vivo. Pero aparenta no estarlo a causa de que ha entrado a un estado transitorio que en apariencia hace creer que la persona está muerta.
- Muerte súbita: es aquella en la que el individuo fallece sin causa o enfermedad aparente, o que no se sospecha que pudiera morir a corto plazo. Este tipo de fallecimientos se caracterizan por ser inesperados y rápidos.
- Muerte violenta: se considera muerte violenta cuando lo que ha provocado la defunción es completamente ajeno a funcionamiento del cuerpo.
- Suicidio: es la situación en la que el individuo termina voluntariamente con su vida.
- Homicidio: es el acto por el que una persona le quita la vida a otra de forma deliberada.
- Muerte accidental: aquella situación en la que el fallecido ha muerto a causa de algo externo a su organismo, peor que no había intención o voluntariedad por parte de quien haya manejado ese objeto en caso de que lo hubiere.
- Suicidio asistido: es el tipo de muerte que se proporciona a una persona, de forma intencionada y con el conocimiento necesario, los medios necesarios para acabar con su vida. (Psicología y mente , s.f.)
- Muerte legal: Ausencia total de actividad en el cerebro y en el resto del sistema nervioso central, el sistema circulatorio y respiratorio observado y declarado por un médico. Ejemplo: muerte cerebral.
- Muerte anticipada: Es la que resulta de una enfermedad fatal cuyo pronóstico es inmodificable. Ejemplo: cáncer avanzado. (uaemex, s.f.).

## Muerte neonatal

La organización mundial de salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. Se considera un problema de salud pública y es el indicador básico a considerar para valorar la calidad de la atención en salud del recién nacido en una determinada área geográfica o en servicio. En este sentido la OMS recomienda incluir como señal de vida: respiración o palpitations del corazón o cordón umbilical o movimiento efectivos de músculos de contracción voluntaria.

La enfermedad t muerte del recién nacido están asociadas a diversos factores relacionados con los genes y el medio ambiente, se asocia a las restricciones del crecimiento fetal, mujeres con talla menor de 156 cm, embarazados múltiples e hipertensión arterial.

En embarazos de peso normal al nacer, el riesgo de muerte neonatal se asocia a la edad de la madre sobre todo en las adolescentes, el hábito de fumar, embarazos múltiples, hipertensión arterial y fundamentalmente las características individuales del neonato.

En el 2005 la OMS reporto que cada año mueren cerca de 11 millones de niños, lo que representa unas 30 000 muertes por día. De ellas el 40% ocurre durante el primer mes de vida. (scielo , s.f.).

Otras causas de muerte neonatal incluyen:



- Problemas en el embarazo, como pre eclampsia: se trata de un trastorno que puede ocurrir después de la semana 20 de embarazo o justo después del embarazo. Sucede cuando la embarazada tiene alta presión arterial y señales de que algunos de sus órganos, como los riñones y el hígado, no están funcionando normalmente. Las señales de la preeclampsia incluyen tener proteína en la orina, cambios en la vista y dolor de cabeza grave.
- Problemas con la placenta, el cordón umbilical y el saco amniótico.
- Infecciones, como la septicemia: la septicemia es una infección grave de la sangre.
- Asfixia: sucede cuando un bebé no recibe suficiente oxígeno antes o durante el parto. (NACERSANO, s.f.).

El 80% de las muertes de recién nacidos son el resultado de tres afectaciones prevenibles y tratables a saber, las complicaciones debidas a. parto prematuro, las muertes relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal) y las infecciones neonatales.

Casi todas las muertes fetales que se producen durante el parto pueden prevenirse mediante la prestación de una atención de calidad durante el parto. Muchas de las muertes fetales previas al parto pueden prevenirse mediante una atención prenatal de calidad. La atención de mala calidad es responsable del 61% de las muertes neonatales y de la mitad de las muertes maternas.

## Epidemiología de la muerte neonatal

Los primeros 28 años de vida – periodo neonatal- son los más vulnerables para la sobrevivencia de los niños. A pesar de que la mortalidad neonatal en el mundo ha disminuido de 36 muertes por 1,000 nacidos vivos en 1990 a 19 muertes por 1,000 nacidos vivos en el 2015 y de que el número de muertes neonatales disminuyó de 5.1 millones de 1990 a 2.7 millones en 2015.

Durante 2021 se registraron 22 637 muertes fetales, las cuales corresponden a una tasa nacional de 6.7 por cada 10,000 mujeres en edad fértil. El 82.9% de las muertes fetales ocurrieron antes del parto. 15.6%, durante el parto y en 1.5% de los casos no fue especificado.

Las muertes en la etapa neonatal tienen principalmente un origen obstétrico, por una pobre salud materna, inadecuada atención materna, mal manejo de complicaciones durante el embarazo y parto, mala higiene durante el parto y en las primeras horas de vida y ausencia de cuidados del recién nacido.

Regularmente la razón de mortalidad materna calculada es de 80.5 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa un incremento del 181.8% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior.

Las principales causas de principal defunción son:

- COVID-19, registran 19 (61.3%) con virus SARS-Cov2 confirmado.
- COVID-19, sin virus identificado 2 (6.5%)
- Enfermedad del sistema respiratorio que complica el embarazo, el parto y el puerperio (9.7%)

La tasa de mortalidad neonatal en México ha disminuido de 15.7 defunciones por cada mil nacimientos. Las principales causas de mortalidad neonatal son: prematuridad (28%), infecciones (26%), asfixia (23%) y malformaciones congénitas (8%). (Núñez, s.f.)

## El dolor

El dolor es un conjunto de sentimientos que se siente cuando un ser querido muere. Puede ser que le cueste creer que el bebé murió. Quizá siente deseos de gritar o llorar. En ocasiones sentirá que no puede contener sus sentimientos. Puede sentirse triste, deprimida, enojada culpable. Incluso pueden venir relacionados con sintomatología como los resfriados y dolores de estómago, y que le cueste concentrarse. Todo esto es parte del duelo.

Cuando el bebé muere por aborto espontáneo, nacimiento sin vida, durante el parto o después de nacer, se desvanece también su esperanza de ser madre. El aborto espontáneo sucede cuando el bebé muere en la matriz antes de las 20 semanas de embarazo. Desaparece el sueño de tener a su bebé en brazos y verlo crecer. Tanto de lo que deseó y planeó se ha perdido. Eso puede dejar un espacio enorme y vacío dentro de usted. Puede llevar mucho tiempo para sanar ese vacío.

La muerte del bebé es una de las experiencias más dolorosas que pueden sucederle a una familia. Es posible que nunca supere totalmente la muerte de su bebé. Pero sí podrá pasar el dolor a la recuperación. A medida que transcurre el tiempo, el dolor se va aliviando. Puede hacer un lugar en su corazón y en su mente en el que recordar a su bebé. Es posible que el duelo por su bebé dure mucho tiempo, incluso toda su vida. No hay una cantidad exacta de tiempo para pasar por el dolor. Dura mucho tiempo, encontrará paz y se sentirá lista para pensar en el futuro.

## El luto

El luto es aquella manera que tienen las personas para responder, a nivel de vestuario y accesorios, a la muerte de su familiar, en este caso su hijo, amigo o conocido. Es la demostración externa de la pena y el duelo, por la pérdida de alguien cercano. El luto también se encuentra asociado al comportamiento, a los tiempos del duelo, y a la forma de vestirse socialmente.

## Características del luto

- Expresa de forma externa el dolor y pensar por la muerte de un ser querido.
- Se encuentra definido por normas sociales, religiosas y culturales de cada sociedad
- Las ceremonias de despedida, la vestimenta negra, el comportamiento para expresar su pena, etc.

Es importante reconocer quienes están pasando por este duelo, expresar respeto hacia el difunto, manifestar públicamente sus sentimientos formara parte de la superación.

La tradición de llevar ropa negra es una costumbre que se practica en la mayoría de los países, aunque también se pueden apreciar otras maneras de vestir. Los dolientes (quienes son más afectados por la muerte de un familiar o amigo) suelen atravesar un periodo de duelo, el cual se caracteriza por el alejamiento de todo tipo de eventos sociales y por llevar un comportamiento calmado y respetuoso. De igual manera las personas tienden a cumplir con ciertas costumbres de carácter religioso practicadas durante este tipo de situaciones. (definición, s.f.)

## El luto en diferentes culturas

En África cuando alguien fallece, las mujeres suelen turnarse para realizar las labores domésticas para las familias de luto. Los hombres, por su parte, son los encargados de organizar todo lo referente al funeral, así como también son los encargados de levantar tiendas temporales a fin de dar alojamiento a todos aquellos que vengan a visitar a la familia de luto.

En Tailandia el negro es el color del luto y, por lo tanto, las personas deben asistir a los funerales, vistiendo de ese color.

De igual manera, durante el periodo de luto, es normal que se realicen ciertas prácticas, por ejemplo, los seguidores del islam acostumbran decretar 3 días de duelo, en donde los dolientes evitan llevar ropas decorativas y joyas. Según el Corán, las viudas deben llevar un luto de 4 meses y diez días largos; durante este tiempo se les prohíbe casarse de nuevo, usar ropa decorativa o irse de su casa. Tampoco puede manifestar su dolor con gritos, ni lamentos. (definición, s.f.)

## EL duelo

Es una experiencia única que cada persona afrontará con su propio estilo y recursos. Se asienta sobre una personalidad previa y se produce en unas circunstancias determinadas, y en un encuadre social concreto que condicionan el proceso y trabajo de duelo posterior. Las situaciones de duelo pueden repetirse de formas diversas a lo largo de la vida de una persona y resulta arriesgada

concretar cuándo un duelo sigue su curso esperable y normal, o cuándo la sintomatología sugiere una patología psiquiátrica.

El duelo es un proceso psicológico que se produce tras una pérdida, ausencia, muerte o un abandono. Es diferente para cada persona. Se puede sufrir de diferentes síntomas emocionales y físicos como: ansiedad, miedo, culpa, confusión, negación, depresión, tristeza, shock emocional, etc.

El dolor por la pérdida se puede experimentar no solo por la muerte, si no cada vez que en la vida tenemos una experiencia de interrupción definitiva de algo, de pérdida, de distancia que no podrá ser cubierta. La experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida, es lo que llamamos elaboración del duelo, que nos conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación.

Podemos decir que el duelo se trata de una herida, y, por tanto, requiere de un tiempo para su cicatrización.

En general se habla de que en el proceso de duelo se distinguen varias fases, escalones que hay que superar, aunque ello no significa que en todos los casos aparezcan todos. (Pascual, s.f.).

El duelo tiene su propio conjunto de elementos (tabla 1), destacando los síntomas psicológicos y efectivos, que pueden confundirse o solaparse con una depresión mayor, aunque ambos cuadros se distinguen por criterios sintomáticos y de duración del episodio. Ciertos síntomas depresivos no se observan en el duelo como la culpa por cosas diferentes que las acciones realizadas o no por la superviviente en el momento de morir la persona querida, los pensamientos de muerte más que la voluntad de vivir, el sentimiento de inutilidad, el enlentecimiento psicomotor acusado y prolongado o las experiencias alucinatorias distintas y a escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona

fallecida. Y aunque la depresión es una de las complicaciones posibles del duelo (tabla 2), no debe diagnosticarse salvo que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Sería útil contar con una definición más precisa o con instrumentos de medida adecuados para valorar el duelo transversal y longitudinalmente, pero las herramientas diseñadas se han limitado a la investigación clínica. (Madinebeitia, 2010).

## El duelo perinatal

El duelo perinatal comparte aspectos con el duelo como un proceso general. No existe un duelo perinatal igual a otro y duele como cualquier pérdida. También comparte las estadísticas que afirman que el duelo. Es un porcentaje muy elevado de los casos, es un duelo sano y se puede superar sin ayuda. Es aquel que se produce tras la pérdida de un bebé durante el embarazo, o en los momentos previos o posteriores al parto. En este tipo de duelo concurren dos momentos vitales antagónicos: la vida y la muerte. Este hecho marca definitivamente un proceso que tiene matices específicos. Para la madre gestante esta experiencia supone un choque brutal en el que los dos extremos de la vida se hacen evidencias.

La muerte de un recién nacido, es una situación extremadamente difícil de comprender, aceptar y que en ocasiones se tiende a infravalorar. La falta de formación, conocimientos y recursos, así como la falta de habilidad emocional para poder enfrentar adecuadamente la situación, lleva al equipo de salud neonatal a realizar medidas extraordinarias, que muchas veces se prolongan innecesariamente la vida del paciente. Los padres manifiestan actitudes ambivalentes de aceptación, negación, tristeza o agresividad, que entorpecen la relación con el personal. Es necesario que los profesionales de salud neonatal sean conscientes y tengan conocimientos de las etapas del duelo, por las que

atravesan los padres. Nuestro rol como integrantes del equipo de salud es saber informar, consolar y orientar, para ayudar a elaborar y consolidar un adecuado proceso de duelo. (NACERSANO, s.f.)

### ¿Cómo viven el duelo los hombres y las mujeres?

Cada uno lleva su duelo a su manera. Los hombres y las mujeres muestran su dolor de distintas formas. Aunque se la pareja coincida en muchas cosas, usted puede sentir y demostrar su dolor de manera diferente.

Las formas distintas de vivir el duelo pueden causar problemas para la pareja.

Durante el embarazo, la mamá crea un vínculo especial con su bebé. Su bebé es muy real para la mamá. Puede sentir una conexión fuerte con el niño. Su pareja tal vez no sienta tan cerca de su bebé en su cuerpo y puede parecerle menos real.

El duelo es el conjunto de sentimientos que usted siente cuando un ser querido muere. Donde existen diferentes emociones mientras se vive el duelo. Puede ser enojo, tristeza y confusión. Usted y su pareja pueden demostrar sus sentimientos de manera diferente.

Durante el proceso del duelo, usted y su familia puede buscar ayuda de su profesional de la salud, un trabajador social, un consejero especializado puede formar parte para brindarle orientación a la familia, para así poder recuperarse conforme pase el tiempo.



Es importante ayudar a recuperarse al cuerpo y sus emociones con un debido tiempo de recuperación. Es necesario buscar maneras especiales para usted y su familia que recuerden a su bebé de la mejor manera posible.

En general, usted puede demostrar su dolor de esta manera:

- Desea hablar de la muerte de su bebé con frecuencia y con mucha gente.
- Muestra sus sentimientos con más frecuencia, llora o se enoja mucho.
- Pide ayuda a su pareja, familiares y amigos, recurran a su lugar religioso o un grupo de apoyo.
- Vive el duelo solo, prefiere no hablar sobre la pérdida. Pasa más tiempo en el trabajo o hace cosas fuera de la casa para distraerse y no pensar en la pérdida.
- Siente que tiene la obligación de ser fuerte y estoico, y de proteger a su familia. No sabe cómo demostrar sentimientos y piensa que hablar de sus sentimientos lo hace parecer débil
- Trata de procesar su dolor solo en un lugar de pedir ayuda.

Demostrar dolor no responde a reglas o instrucciones. Con frecuencia. Los hombres y mujeres demuestran su pena de esas formas. Es completamente normal que el dolor y la pena se manifiesten de distintas formas. Es mejor ser pacientes y atentos entre sí. Traten de hablar sobre lo que piensan y sienten, y cómo desean recordar a su bebé.

¿Cómo podemos ayudarles a la pareja y familia a afrontar el dolor?

Hablar sobre su bebé y sus sentimientos puede ser beneficioso y reconfortarle. Pero de preferencia hablar con alguien capacitado para ayudarle a sobre llevar el dolor, donde puede ser beneficioso, por ejemplo:

- Profesional de la salud: puede ayudarle a entender la razón por la que murió el bebé. También puede recomendarle gente que la ayude a pasar el duelo, como un trabajador social o un consejero especializado. Y si s

esta lista, puede ayudarle a prepararse para quedar de nuevo embarazada. Si se siente una tristeza profunda por un largo tiempo, el profesional puede ayudarle a conseguir un tratamiento para la depresión.

- Un trabajador social: es un profesional que asiste a las personas a resolver problemas y a mejorar su vida. Puede ayudarle a sobre llevar su dolor y en los hospitales se encuentra uno para todos los pacientes.
- Consejero especializado en duelo: es una persona capacitada para brindar atención psicológica a la gente en duelo.
- Su consejero religioso o espiritual: sus creencias religiosas pueden reconfortarla durante el duelo.

¿Cómo puede manejar a sus familiares y amigos mientras está viviendo el duelo?

La muerte del bebé también afecta a sus familiares y amigos. Puede resultarle difícil tratar con otras personas mientras sobre lleva su dolor. Sugerencias:

- Dígales que sus llamados y visitas son importantes para usted.
- Decidir si está bien que le hagan preguntas sobre lo que le sucedió a su bebé. Si no, dígales que no está lista para hablar de ellos.
- Dígales que está bien si no saben qué decir exactamente. Dígales que puede ser reconfortante escuchar palabras honestas, tales como: “no sé qué decir” o “quiero ayudar, pero no sé cómo”.
- Es importante hablar exactamente de lo que se necesita de las demás personas, o bien, podemos cambiar de tema mediante platicas y distracciones.
- Si se desea se puede pedir que se use el nombre del bebé. (NACERSANO, s.f.)

## Etapas del duelo

1. La negación: defensa temporal para el individuo, y permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante. Este sentimiento es generalmente remplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.
2. Ira: la negación es sustituida por rabia, la envidia y el resentimiento. Surgen todos los “porque”. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aun injustamente.
3. Pacto o negociación: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y/o con dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.
4. Depresión: estado, en general temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que se es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo.
5. Aceptación: la esperanza es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido. Permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza. (bautista, s.f.)

## El tabú en torno al duelo perinatal

Se habla poco de la muerte que se produce durante la gestación, o en los momentos cercanos a ésta. El hecho de no hablarlo no nos ayuda a alejar o evitar esa realidad, si no que nos desprotege.

No estamos preparados ni social ni profesionalmente para atender un duelo de estas características: las matronas, las enfermeras, los médicos...no encuentran palabras ni saben qué hacer en esas situaciones. Algunos profesionales hacen uso del sentido común y de sus habilidades. Pero no existe ningún protocolo específico o “humanizado” para atender esta experiencia tan desgarradora.

### Ausencia de protocolos sanitarios ante pérdida de perinatal

En este campo, disponen de protocolos, de habitaciones acondicionadas para que los padres se despidan de su hijo o le hagan fotos, clínicas especializadas para mujeres que han tenido pérdidas gestacionales previas. Nada de estos existe todavía en casi ningún lugar del mundo, pero es hacia lo que tenemos que dirigirnos: al desarrollo de unidades que permitan atender estas situaciones.

También se pide la posibilidad de recibir atención psicológica temprana y que se explique el procedimiento a los familiares que van a dar a luz un bebé, para todos debemos de estar preparados.

### Intervenciones ante la inminencia de la muerte de un recién nacido

- Usar el nombre del bebé cuándo nos referimos a él.
- Usar tarjeta identificatoria con los datos del neonato

- Facilitar el contacto con los padres siempre que sea posible. Los padres no son visitas en la unidad de los cuidados intensivos.
- Permitir personalizarla incubadora/sitio del bebé con un juguete lavable.
- Brindarles a los padres la posibilidad de sacarse fotos con su hijo, si lo desean.
- Favorecer las visitas de la familia y horarios flexibles
- Enviarles a los hermanos un papel con las huellas/contornos de pies/manos del bebé.
- Hablar con ambos padres equitativamente
- Mostrar empatía y comprensión
- Ofrecer contención psicológica si es necesario (bautista, s.f.)

## Duelo complicado

Perder a un ser querido es una de las experiencias más angustiosas y, desafortunadamente frecuentes que enfrentan las personas. La mayoría de las personas que padecen una aflicción y un duelo normal atraviesan un período de dolor, aturdimiento e incluso culpa e ira. Gradualmente estos sentimientos se alivian, y es posible aceptar la pérdida y seguir adelante.

Para algunas personas, los sentimientos de pérdida son debilitantes y no mejoran, incluso con el paso del tiempo. Esto se conoce como duelo complicado a veces llamado \*trastorno por duelo complejo persistente\*. En duelos complicados, las emociones dolorosas duran tanto y son tan intensas que se resulta difícil recuperarte de la pérdida y continuar con tu propia vida.

Cada persona tiene su propia forma de afrontar la experiencia del duelo. El orden y la duración de estas etapas pueden variar según la persona:

- Aceptar la realidad de tu pérdida

- Permitirte sentir el dolor de tu pérdida
- Adaptarte a una nueva realidad en la cual la persona fallecida ya no está presente
- Tener otras relaciones

Estas diferencias son normales. Sin embargo, si no logras superar estas etapas en más de un año después de la muerte perinatal, puedes atravesar un duelo complicado. En tal caso, busca un tratamiento. Este puede ayudar a asumir la pérdida y a recuperar un sentido de paz y aceptación. (Clinic, 2017)

## Síntomas

Durante los primeros meses después de una pérdida, muchos signos y síntomas del duelo normal son los mismos que los del duelo complicado. Sin embargo, mientras que los síntomas del duelo normal comienzan a desaparecer gradualmente, aquellos síntomas del duelo complicado persisten o empeoran. El duelo complicado es como estar en estado de aflicción constante e intensificado que no te permite recuperarte.

Los signos y síntomas del duelo complicado son:

- Tristeza profunda, dolor y pensamientos constantes acerca de la pérdida del ser querido
- Falta de concentración en cuestiones que no sean la muerte del ser querido
- Atención extrema a los recuerdos del ser amado o la anulación excesiva de los recuerdos
- Deseo o añoranza intensos y persistentes por el difunto
- Problemas para aceptar la muerte

- Entumecimiento o distanciamiento
- Resentimiento por la pérdida
- Sentimiento de que la vida no tiene sentido ni propósito
- Falta de confianza en otros
- Incapacidad para disfrutar la vida o para recordar las experiencias positivas vividas junto con la familia

También se puede diagnosticar el duelo complicado se continúa presentando lo que se indica a:

- Tienes problemas para llevar a cabo las actividades cotidianas
- Te aíslas de los demás y te apartas de las actividades sociales
- Crees que hiciste algo mal o que podrías haber evitado la muerte
- Sientes que no vale la pena vivir sin la persona querida
- Deseas haber muerto junto con el ser querido perdido

### Quando consultar al médico

Comunícate con un médico o un profesional de salud mental si sientes una aflicción intensa y tienes problemas para desenvolverte que no mejoran, al menos, un año después de la pérdida de un ser querido.

¿Cómo viven el duelo los hombres y las mujeres?

Cada uno lleva su duelo a su manera. Los hombres y las mujeres muestran su dolor de distintas formas. Aunque se la pareja coincida en muchas cosas, usted puede sentir y demostrar su dolor de manera diferente.

Las formas distintas de vivir el duelo pueden causar problemas para la pareja.

Durante el embarazo, la mamá crea un vínculo especial con su bebé. Su bebé es muy real para la mamá. Puede sentir una conexión fuerte con el niño. Su pareja tal vez no sienta tan cerca de su bebé en su cuerpo y puede parecerle menos real.

El duelo es el conjunto de sentimientos que usted siente cuando un ser querido muere. Donde existen diferentes emociones mientras se vive el duelo. Puede ser enojo, tristeza y confusión. Usted y su pareja pueden demostrar sus sentimientos de manera diferente.

Durante el proceso del duelo, usted y su familia puede buscar ayuda de su profesional de la salud, un trabajador social, un consejero especializado puede formar parte para brindarle orientación a la familia, para así poder recuperarse conforme pase el tiempo.

Es importante ayudar a recuperarse al cuerpo y sus emociones con un debido tiempo de recuperación. Es necesario buscar maneras especiales para usted y su familia que recuerden a su bebé de la mejor manera posible.

En general, usted puede demostrar su dolor de esta manera:

- Desea hablar de la muerte de su bebé con frecuencia y con mucha gente.
- Muestra sus sentimientos con más frecuencia, llora o se enoja mucho.
- Pide ayuda a su pareja, familiares y amigos, recurran a su lugar religioso o un grupo de apoyo.



- Vive el duelo solo, prefiere no hablar sobre la pérdida. Pasa más tiempo en el trabajo o hace cosas fuera de la casa para distraerse y no pensar en la pérdida.
- Siente que tiene la obligación de ser fuerte y estoico, y de proteger a su familia. No sabe cómo demostrar sentimientos y piensa que hablar de sus sentimientos lo hace parecer débil
- Trata de procesar su dolor solo en un lugar de pedir ayuda.

Demstrar dolor no responde a reglas o instrucciones. Con frecuencia. Los hombres y mujeres demuestran su pena de esas formas. Es completamente normal que el dolor y la pena se manifiesten de distintas formas. Es mejor ser pacientes y atentos entre sí. Traten de hablar sobre lo que piensan y sienten, y cómo desean recordar a su bebé.

¿Cómo podemos ayudarles a la pareja y familia a afrontar el dolor?

Hablar sobre su bebé y sus sentimientos puede ser beneficioso y reconfortarle. Pero de preferencia hablar con alguien capacitado para para ayudarle a sobre llevar el dolor, donde puede ser beneficioso, por ejemplo:

- Profesional de la salud: puede ayudarle a entender la razón por la que murió el bebé. También puede recomendarle gente que la ayude a pasar el duelo, como un trabajador social o un consejero especializado. Y si s esta lista, puede ayudarle a prepararse para quedar de nuevo embarazada. Si se siente una tristeza profunda por un largo tiempo, el profesional puede ayudarle a conseguir un tratamiento para la depresión.
- Un trabajador social: es un profesional que asiste a las personas a resolver problemas y a mejorar su vida. Puede ayudarle a sobre llevar su dolor y en los hospitales se encuentra uno para todos los pacientes.

- Consejero especializado en duelo: es una persona capacitada para brindar atención psicológica a la gente en duelo.
- Su consejero religioso o espiritual: sus creencias religiosas pueden reconfortarla durante el duelo.

¿Cómo puede manejar a sus familiares y amigos mientras está viviendo el duelo?

La muerte del bebé también afecta a sus familiares y amigos. Puede resultarle difícil tratar con otras personas mientras sobre lleva su dolor. Sugerencias:

- Dígales que sus llamados y visitas son importantes para usted.
- Decidir si está bien que le hagan preguntas sobre lo que le sucedió a su bebé. Si no, dígales que no está lista para hablar de ellos.
- Dígales que está bien si no saben qué decir exactamente. Dígales que puede ser reconfortante escuchar palabras honestas, tales como: “no sé qué decir” o “quiero ayudar, pero no sé cómo”.
- Es importante hablar exactamente de lo que se necesita de las demás personas, o bien, podemos cambiar de tema mediante pláticas y distracciones.
- Si se desea se puede pedir que se use el nombre del bebé. (NACERSANO, s.f.)

## Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal

El duelo perinatal es una temática de gran interés y cuya importancia está empezando a reconocerse en las últimas décadas. Se trata de un concepto muy amplio, ya que comprendería el proceso de dolor por el que pasa una familia, tras la muerte de un niño antes de un nacimiento o a los pocos días de éste. A nivel epidemiológico, en el año 2008 se produjeron 1.602 muerte fetales tardías y 1.114 defunciones entre el nacimiento y los primeros 27 días de vida.

El interés en el duelo perinatal comienza a mediados del siglo XX. En este tiempo se produce un cambio en las actitudes de los padres, y un mayor control de la natalidad, lo que hace que los niños vayan dejando de ser “otra boca más que alimentar”. Actualmente existe una mayor sensibilidad con respecto a las pérdidas perinatales tanto por parte del personal médico, cómo por parte de la sociedad. A pesar de esto, los casos de muerte perinatal se tienden a infravalorarse e incluso a negar en los propios hospitales.

Las características del duelo perinatal y factores psicológicos asociados. El duelo perinatal tiene unas características propias y únicas. Con el niño que fallece, también lo hacen una serie de promesas y expectativas que no van a poder ser vividas por los padres. Lo que se pierde en un futuro, una posibilidad, que además puede dificultar el proceso de convertirse en padres, especialmente cuando se trata del primer hijo. Las repercusiones de esta pérdida pueden afectar a muy diversos ámbitos, que van desde el emocional, social, la vida de pareja, o a los vínculos sociales inmediatos.

La mayoría de las parejas, especialmente las mujeres pasan por un período inicial caracterizado por una sensación de shock, de estrés y de gran dolor, aunque suelen recuperarse y encontrar un sentido a esa pérdida. Sin embargo, existe al menos un 15-25% de las parejas que tienen problemas para superar esta etapa vital. Algunos efectos psicológicos que se han descubierto en las madres son:

tristeza, irritabilidad, culpabilidad, síntomas somáticos, ansiedad ante la muerte, depresión, culpa, y preocupación en los siguientes embarazos. En el caso de los padres, aparecen sentimientos de shock, rabia, vacío, indefensión y de soledad. Tras un aborto o pérdida perinatal, la nueva experiencia del embarazado puede despertar en ambos padres una gran cantidad de angustia y ansiedad.

Con respecto a la gravedad del duelo, factores de riesgo importantes parece ser: los problemas psiquiátricos previos, las pérdidas recurrentes, si la madre ha padecido depresión, la falta de apoyo familiar y social, estilos de afrontamiento no adaptivos, y problemas vitales de importancia.

Las diferencias de género en el duelo perinatal. Otro punto muy importante al hablar el duelo perinatal, es la diferencia entre los padres y madres, que actualmente sigue siendo un tema incierto. Lo que demuestran algunos artículos es que el dolor puede ser tan devastador en los hombres que han visto a sus hijos mediante ecografías o ultrasonido mostraban mayor sentimiento de pérdida que aquellos que no lo habían visto. La imagen empieza a ser un modo de relaciones de manera directa con el niño (como ocurre con las mujeres cuando sienten los movimientos del bebé).

Es muy común que los hombres sean los que den apoyo emocional a las mujeres, lo que puede hacer que encuentren sentido al duelo y a la pena, aunque también puede convertirse en un foco de conflicto. Ellos muestran menor ansiedad que las mujeres en la misma situación, aunque estos niveles son superiores a los de un grupo de control que no había pasado por una pérdida perinatal. La depresión es también menor en ellos, siendo sus puntuaciones iguales a las de los grupos control. Habría que tener presente que la intensidad del duelo e ha relacionado con la percepción de falta de apoyo social, con la historia previa de eventos de vida estresantes, y con una baja fortaleza del ego.

Los hombres tienden a llorar menos, expresar más rabia y a hablar menos al respecto. Los estudios cualitativos han señalado algunas de las temáticas más importantes para ellos: el reconocimiento de su duelo, la falta de tiempo que des

da la sociedad, el estoicismo, o el esfuerzo que deben realizar para mantenerse como los “fuertes”, y finalmente la falta de apoyo emocional. También señalaban que era muy común para ellos utilizar el trabajo como un medio de escape de la ansiedad.

Todavía no hay estudios longitudinales sobre cómo evolucionan las parejas tras un duelo perinatal, aunque lo que sí parece es que existen más problemas maritales en los hombres que han pasado por un duelo perinatal que en los controles. El impacto de una pérdida perinatal no solo afecta a la pareja, sino también al resto de la familia. Así, como señalaban Badenhorst y Hughes, los otros hijos de la pareja pueden tener sentimientos ambivalentes, ser desatendidos a realizar preguntas que puedan suponer dolor para los padres.

Parece ser básico el trabajo en equipos multidisciplinares. Siguiendo la propuesta de Bennett. Durante las primeras entrevistas, los objetivos que se plantean son dar a los padres a la oportunidad de hablar sobre los sentimientos en que están inmersos. Esta primera etapa debe servir al clínico para tener una visión global de cuáles serían las intervenciones más adecuadas para esa familia en concreto. Estas necesidades, serán abordadas de manera más profunda en las posteriores entrevistas, donde también pueden comenzar a aparecer las temáticas de carácter más práctico. Habrá que tener siempre en cuenta la singularidad de cada caso a la hora de planificar una intervención.

Actualmente se trabaja mucho en la creación de cajas de recuerdos que permitan tener un contacto simbólico con el niño. Para ellos se crea una caja donde el personal médico incluye fotografías, huellas dactilares, el cordón umbilical,

pulseras del hospital, mechones de pelo, certificados de nacimientos, ropa, cartas de amigos o certificados de bautismo, que es entregada a los padres. Este trabajo está basado en un nuevo paradigma de intervención: en vez de dejar pasar el tiempo se focaliza en establecer relaciones emocionales con este niño en sus últimos momentos es una variable importante, independiente de la edad con la que haya fallecido.

Así mismo, se les ofrece a los padres la opción de sostener, ver y tocar al bebé siempre que ellos lo deseen. El hacer esto tiene como objetivo reforzar los lazos de apego y ayuda a los padres a crear recuerdos sólidos del niño. Los estudios muestran que la mayoría de los padres se alegran de haber visto a sus hijos, y que a un gran porcentaje le hubiera gustado poder disponer de más tiempo. Sin embargo, estos mismos autores relatan el caso de uno de los participantes que sintió una gran tristeza ante la visión de un hijo, aunque no se convirtió en un evento traumático.

Por otro lado, hay autores que señalan que estas experiencias pueden aumentar los sentimientos de tristeza, duelo y shock, pudiendo ser contra-terapéuticos. Las mujeres que escogieron no sostener ni ver a su bebé, tuvieron unas puntuaciones más bajas en depresión, así como menos síntomas de ansiedad y estrés postraumáticos en el siguiente embarazo.

La principal conclusión que podemos sacar de estos estudios es la necesidad de realizar una labor que tenga en cuenta los aspectos idiosincrásicos y propios de cada familia y cada pareja, sin que las guías de tratamiento se conviertan en algo rígido, que se utilice para evitar tener que enfrentarse con la singularidad de cada pérdida y el dolor propio de cada familia. En cambio, dichos protocolos o guías, deberían ser utilizados de una manera orientativa, y no como normas fijas o estrictas.

Los estudios recomiendan que la intervención que se produzca en hospitales sea una labor conjunta, donde el personal valide la pérdida, así como la actitud de los padres. Se recomienda una actitud empática y respetuosa, que permita a los

padres tomar sus propias decisiones y ayudándoles en la búsqueda de soporte social. Según Badenhorst y Hughes, parece que los padres muestran menos enojo e irritabilidad, así como menos problemas para dormir, pérdida de apetito, lloros o depresión cuando se les involucra en la toma de decisiones sobre el futuro del niño, en comparación con un grupo control.

Con respecto al uso de los grupos de apoyo para las pérdidas perinatales su efectividad no está del todo clara, aunque parece que a las madres les permite desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para el siguiente embarazo. Lo que sí está claro es la necesidad de tener en cuenta el contexto social y cultural en que se enmarcan estas prácticas. Al mismo tiempo se está desarrollando e investigando la posibilidad de intervenciones a través de internet. Un ejemplo son los foros o los grupos de apoyo para las madres en proceso de duelo. Finalmente, no debemos olvidar la importancia de los rituales en el duelo perinatal, ya que dan significado y orden en las transiciones, y además nos conectan simbólicamente con los eventos relevantes, permitiendo la expresión de las emociones.

El personal sanitario y el duelo perinatal, la relación entre el personal hospitalario y la pareja empieza. Por lo general, con el anuncio del embarazo a los futuros padres. Este primer mensaje dependiendo de la historia previa a cada uno, puede ser vivido como un drama, un desastre, una gran alegría, etc. Si esto es así, se puede imaginar lo personalizada e individual que va a ser la recepción de una información donde esté en juego la vida de este bebé. Por ello, una de las primeras cosas que habría que tener en cuenta a la hora de comunicar esta noticia, son los antecedentes de la pareja, y el contexto en que se encuentra.

En general, no existe una dificultad para dar las condolencias, por parte de los profesionales sanitarios, debido a las emociones que esto produce y a la gran falta de formación. Es un estudio realizado en 2008 por Widger y Picot, se estudió cuál había sido la percepción que los padres habían tenido del cuidado ofertado durante el periodo de la muerte perinatal. Aunque la mayoría de las personas que

participaron en este estudio estuvieron bastante satisfechas con el trato, otras expresaron sus disconformidades. Muchas de las quejas estaban centradas en la información contradictoria, la falta de seguimiento o en la falta de comunicación, entre profesionales. Por lo general, dentro del personal sanitario, son las enfermeras las que dan mejor apoyo emocional, en palabras de los padres, mientras que los médicos eran calificados como de menor ayuda.

Lo más criticado a los profesionales ha sido la poca atención prestada a los deseos y decisiones de la familia. Emplean frases como “no te preocupes, siempre podrás tener otro” deberían empezar a ser sustituidas, dándoles a las madres y padres en duelo el reconocimiento que se merecen. Una estrategia bastante útil es no decir nada que no se le diría a una persona tras la muerte de un ser querido adulto. Así mismo, habría que cuidar la manera en que se entra en las habitaciones, las risas inapropiadas, el silencio, o tratar al bebé de manera descuidada. (scielo, 2012).



## CAPITULO III

### METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

#### Diseño y tipo de estudio

##### Diseño

Según Hernández Sampieri el termino de diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El diseño constituirá el plan o la estrategia para confirmar si es o no cierto que le resultado atractivo. (Sampieri, 2010).

Según Mario Tamayo el diseño es la estructura a seguir en una investigación, ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con los interrogantes surgidos de los supuestos e hipótesis-problema. Constituye la mejor estrategia a seguir por el investigador para la adecuada solución del problema planteado.

El diseño también es un planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas, que pueden adaptarse a las particularidades de cada investigación y que nos indican los pasos y pruebas a efectuar y las técnicas a utilizar para recolectar y analizar los datos. (Tamayo, 2003).

Esta tesis se basó en el diseño de Hernández Sampieri y Mario Tamayo como base del proyecto de investigación. Tomado como referencia Hernández Sampieri para crear el diseño de investigación que tiene como finalidad crear un plan o una estrategia para confirmar los resultados y si son o no favorables. De Mario Tamayo se logra rescatar e implementar confirmar los resultados basados

en hipótesis y planteamientos del problema de una serie de actividades sucesivas y organizadas.

### Tipo de estudio

Según Hernández Sampieri el enfoque cuantitativo representa un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. En el cual estableció las siguientes fases: fase 1: idea, fase 2: planteamiento del problema, fase 3: revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico, fase 4: visualización del alcance del estudio, fase 5: elaboración de hipótesis y definición de variables, fase 6: desarrollo del diseño de investigación, fase 7: definición y selección de la muestra, fase 8: recolección de los datos, fase 9: análisis de los datos, fase 10: elaboración del reporte de resultados. (Sampieri, 2010).

Según Hernández Sampieri el enfoque cualitativo también se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis que precede a la recolección y análisis de los datos, los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes, y después, para refinarlas y responderlas. (Sampieri, 2010).

Según Mario Tamayo por su enfoque cualitativo metodológico fundamentación epistemológica tiende a ser un orden descriptivo, orientado a su estructura teórica y suele confundirse con la investigación etnográfica dado su origen y su objeto de investigación. Utiliza preferentemente información cualitativa, descriptiva y no cuantificada. Estos paradigmas cualitativos e interpretativos son usados en el estudio de pequeños grupos: comunidades, escuelas, salones de clases, etc. Se caracteriza por la utilización de un diseño flexible para enfrentar la realidad y las poblaciones con objeto de estudio en cualquiera de sus alternativas. Trata de integrar conceptos de diversos esquemas de orientación de la investigación social. En la literatura estos nuevos paradigmas aparecen con nombres diversos, bajo la clasificación de enfoques cualitativos. Estos a su vez derivan algunas modalidades como: historias de vida, etnociencias, etnometodología, macro y microetnografía, teoría fundada, estudio de casos cualitativos, etc. (Tamayo, 2003)

Según Mario Tamayo el muestreo mixto se combina en diversas clases de muestreo, ya sea probabilístico o no probabilístico, o puede seleccionar las unidades de las muestras en forma aleatoria y luego aplicarse el muestreo por cuotas. (Tamayo, 2003)

La investigación realizada se basó principalmente en tres tipos de enfoques, el enfoque cuantitativo y cualitativo de Hernández Sampieri y el enfoque cualitativo y mixto de Mario Tamayo. Se seleccionaron estos tipos de estudio debido a que la investigación requiere una recolección de muestras referente a la población a estudiar. En el enfoque cualitativo se enfocó esencialmente en el planteamiento de hipótesis, en la recolección y análisis de datos.

## Universo y muestra

### Universo

Según Mario Tamayo cuando para un estudio el universo se toma la totalidad de la población y, por ello, no es necesario realizar un muestreo para el estudio o investigación que se proyecta. Cuando esto ocurre se dice que se ha investigado el universo. No todas las investigaciones se pueden hacer a partir de un universo; además, tampoco es necesario. (Tamayo, 2003).

Se eligió el concepto de universo de Mario Tamayo para llevar a cabo un estudio que abarco la totalidad de la población, sin necesidad de realizar un muestreo.

### Muestra

Según Mario Tamayo a partir de la población cuantificada para una investigación se determina la muestra, cuando no es posible medir cada una de las entidades de la población; esta muestra, se considera, en representativa de la población. La muestra descansa en el principio de las partes representan el todo y por tanto refleja las características que define la población de la cual fue extraída, lo cual nos indica que es representativa. Es decir, que para hacer una generalización exacta de una población es necesaria una muestra totalmente

representativa y, por lo tanto, la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de la muestra. (Tamayo, 2003).

La muestra se lleva acabo cuando no es posible medir cada una de las entidades de la población. Es por eso que llevamos a la practica la definición de Mario Tamayo puesto que esta investigación de la muestra llevada a cabo se refiere a un 10 % del total de la población.

### Tipo de muestreo

Según Mario Tamayo el muestreo mixto se combina en diversas clases de muestreo, ya sea probabilísticos o no probabilísticos, o pueden seleccionar las unidades de la muestra en forma aleatoria y luego aplicarse el muestreo por cuotas.

## Material y métodos

### Material

| Recurso Humano  |
|---|
| Coordinación de enseñanza del HMC   |
| Tutor de tesis  |
| Población (padres y personal sanitario) del HMC   |
| Responsables del trabajo de investigación:<br>Anahi Azucena Vazquez Vazquez<br>Shunashi Vinissa Medina Castillo |
| Enfermeros de la UCIN   |
| Directora: Ing. Alejandra Gonzales  |
| Coordinadora: Lic. Alicia Guadalupe Nájera Granados   |

| Recursos financieros    |
|-------------------------|
| Impresiones             |
| Empastado               |
| Pasajes                 |
| Recargas (uso de datos) |
| Hojas papel             |
| Lapiceros               |
| Lápices                 |
| Borradores              |
| Correctores             |
| Calculadora             |

| Recurso material                |
|---------------------------------|
| Libros y revistas de sitios web |
| Computadora                     |
| Entrevistas                     |
| Memoria USB                     |
| Teléfonos celulares             |

## Métodos

Según Mario Tamayo el método de análisis directo este empleado para determinar las condiciones de conocimiento en determinados acontecimientos por medio de análisis reflexivo. Consiste en aplicar a un hecho determinado la reflexión, para ver las condiciones de conocimiento que ese hecho como tal exige. Es así como se pueden plantear problemas al sujeto que conoce, a la experiencia y a las construcciones deductivas, el método directo ha sido empleado por las epistemologías clásicas, o sea, las epistemologías de carácter filosófico, en las cuales se presentan problemas formales y materiales.

Según Mario Tamayo el método científico es un procedimiento para descubrir las condiciones que se presentan sucesos específicos, caracterizado generalmente por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y observación empírica. (Tamayo, 2003).

Nos basamos en estos tipos de métodos, donde empleamos nuestro principal objetivo en la obtención y resolución de problemas formales y materiales que nos ayudó a formar parte de este trabajo de investigación y el método científico nos favorece a descubrir las condiciones que se presentan sucesos específicos, por ser tentativo, verificable, con razonamiento riguroso y de observación empírica.

### Criterios de inclusión

Según Mario tamaño son todas las características de los integrantes de la población de referencia que permiten su ingreso-formar parte- a la población en estudio. (Tamayo, 2003).

### Criterios de exclusión

Según Mario Tamayo los criterios de exclusión son todas aquellas características de los integrantes de la población de referencia que descartan su ingreso-no formar-parte-a la población en estudio. (Tamayo, 2003).

### Criterios de eliminación

Según Mario Tamayo este aspecto corresponde con las características que se pueden presentar en el desarrollo de la investigación, es decir, serian circunstancias que pueden ocurrir después de iniciar la investigación de haber seleccionado los participantes. (Tamayo, 2003).



## Plan de análisis

Según Mario Tamayo se explica aquí el procedimiento, lugar y condiciones de la recolección de datos. Esta sesión es la expresión operativa de diseño de investigación, la especificación concreta de cómo se hará la investigación. (Tamayo, 2003).

## Aspectos éticos

### Códigos de ética

- Principios éticos: conocimiento de cada uno de los principios establecidos en la ley 911 del 2004.
  - Autonomía
  - No maleficencia
  - Beneficencia
  - Justicia
  - Lealtad
  - Solidaridad
  - Fidelidad
  - Veracidad
- Comité de ética en investigación con registro de COFEPRIS y autoevaluación de CONBIOÉTICA
- Código de Núremberg, declaración de Helsinki, CIOMS, OMS, ICH, E6-R1, FDA y normatividad internacional.
- Patrocinador y sus procedimientos operativos estándar, evaluación del impacto del estudio en el sector salud, riesgos y beneficios que justifiquen su conducción.

## Leyes

- Ley de propiedad industrial 1942
- Ley general de normas, pesas y medidas 1961
- Ley para el fomento de las ciencia y tecnología 1970
- Ley de conacyt 1970
- Ley de invenciones y marcas 1976
- Ley para coordinar y promover el desarrollo científico y tecnológico 1985
- Ley de fomento y progteccion de la propiedad industrial 1991
- Ley general 1993
- Ley para el fomento de la investigación científica 1999
- LCyT 2002
- LOC 2002
- Ley 29/2006, de uso racional de medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 14/2007, de investigación biomédica.
- Ley general de educación 1993.
- Ley general de salud, reglamentos, normas, guías y acuerdos para obtener la aprobación de COFEPRIS en materia de investigación para la salud en México.

## Normas

- Artículos 3º, 25 y 73: el estado tiene la obligación de brindar la educación básica y promover una visión compartida en términos de fomentos de las actividades de ciencias y tecnologías, lo que involucra a todos los tres niveles de gobierno y al sector privado.
- COFEPRIS: registro nacional de estudios clínicos (RNEC) base de datos electrónicos para informar sobre los estudios clínicos en México.
- NIH/FDA: sitio web de acceso público “clinical trials. gov”, es un registro de información sobre estudios clínicos.
- EMA: base de datos sobre estudios clínicos “EudraCT” a través de la cual los resúmenes de resultados de estudios clínicos se hacen públicos.
- OMS: registros internacionales de estudios clínicos “ICTRP” garantiza que quienes participan en la toma de decisiones en el área de la atención de la salud tengan acceso a una visión completa de la investigación.

## Reglamentos internos de la institución

El proyecto de investigación se elaboró por los lineamientos girados por la dirección de UDS campus Comitán como requisito para la institución por tesis o por promedio mismos que se entregaron al término de la carrera.

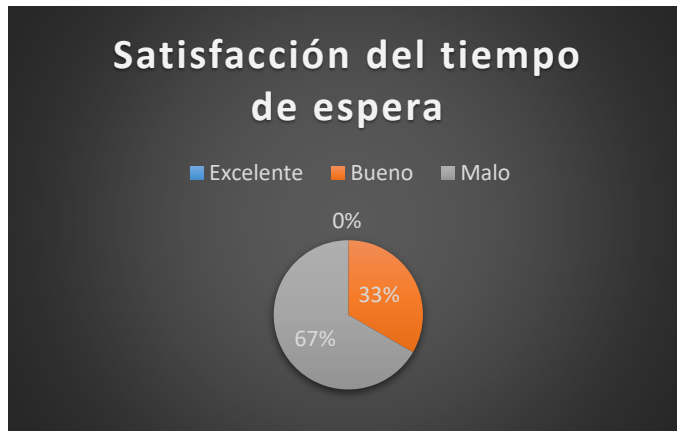
- Portada
- Hoja en blanco
- Autorización de impresión
- Dedicatoria
- Índice
- Introducción
- Capitulo I

- Capitulo II
- Capitulo III
- Capitulo IV
- Sugerencias y/o propuestas
- Bibliografía

## CAPITULO IV

### 4.1 Análisis y prácticas de resultados

#### 4.1.1 Tabla 1 y grafica 1



| Satisfecho del tiempo de espera |    |             |
|---------------------------------|----|-------------|
|                                 | fi | %           |
| Excelente                       |    | 0           |
| Bueno                           | 2  | 33.33333333 |
| Malo                            | 4  | 66.66666667 |
|                                 | 6  |             |

Observando y analizando esta encuesta hacia los familiares entrevistados mencionaron que el tiempo de espera no fue tan grata como ellos esperaban, es por eso que los resultados arrojaron un 67% malo y 33% bueno. En conclusión, la espera fue mal.

#### Tabla 2 grafica 2

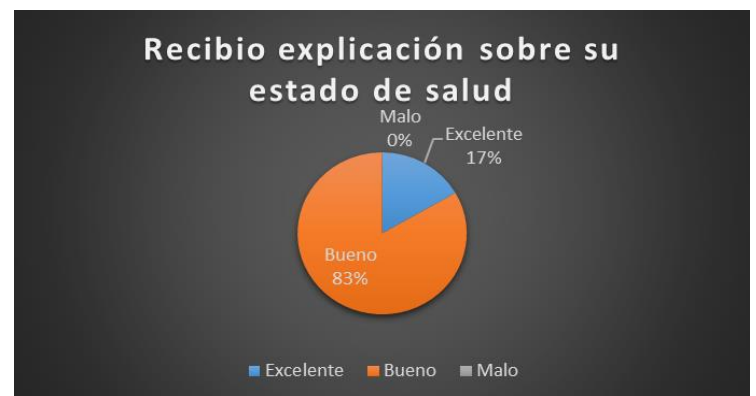


| Se le permitió conocer |    |             |
|------------------------|----|-------------|
|                        | fi | %           |
| Excelente              | 1  | 16.66666667 |
| Bueno                  | 3  | 50          |
| Malo                   | 2  | 33.33333333 |
|                        | 6  |             |

Las personas entrevistadas manifestaron una buena comunicación con el médico para que conozca sobre de su estado de salud debidamente. Los resultados obtenidos fueron: malo con un 33%, excelente 17% y bueno dominando con un porcentaje total de 50%.

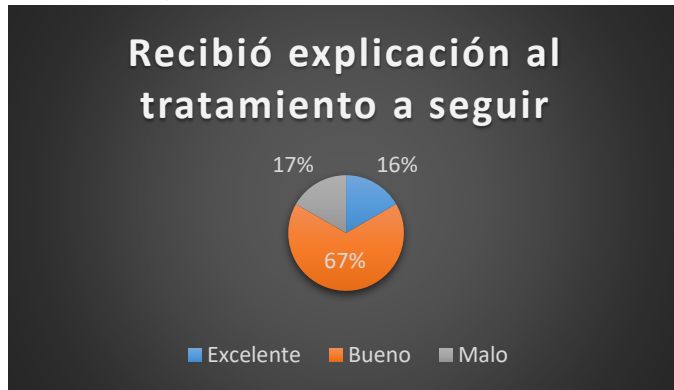
Tabla 3 gráfica 3

| Recibio explicación |    |            |
|---------------------|----|------------|
|                     | fi | %          |
| Excelente           | 1  | 16.6666667 |
| Bueno               | 5  | 83.3333333 |
| Malo                | 0  | 0          |
|                     | 6  |            |



Las personas redactaron que recibieron una buena explicación para conocer su estado de salud o las complicaciones que se pudieron haber llevado a cabo, pero conociendo que el mejor resultado pudo ser excelente, termino siendo bueno con un porcentaje de total del 83%, excelente 17% y malo 0%.

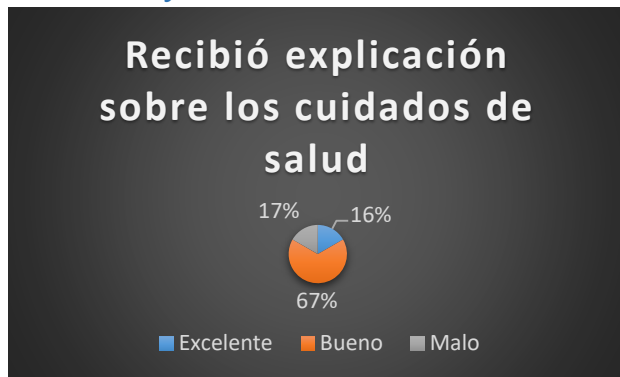
Tabla 4 y Grafica 4



| Recibió explicación |    |            |
|---------------------|----|------------|
|                     | fi | %          |
| Excelente           | 1  | 16.6666667 |
| Bueno               | 4  | 66.6666667 |
| Malo                | 1  | 16.6666667 |
|                     | 6  |            |

Se manifestó buena la explicación que las personas recibieron referente a su tratamiento y diagnóstico con un resultado favorecido de 67%, malo 17 % y excelente 16%.

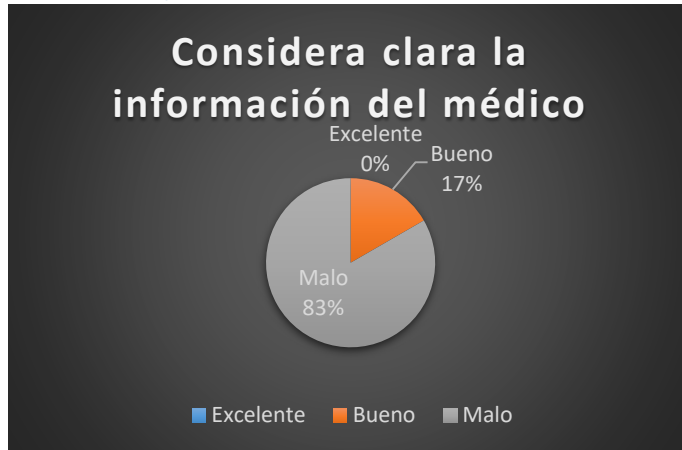
Tabla 5 y Grafica 5



| Recibió explicación |    |            |
|---------------------|----|------------|
|                     | fi | %          |
| Excelente           | 1  | 16.6666667 |
| Bueno               | 4  | 66.6666667 |
| Malo                | 1  | 16.6666667 |
|                     | 6  |            |

La explicación sobre los cuidados de salud que se deben de seguir después de alta termino siendo favorecido por bueno con la generalidad del porcentaje 67%, excelente con un 17% y para finalizar 16% malo.

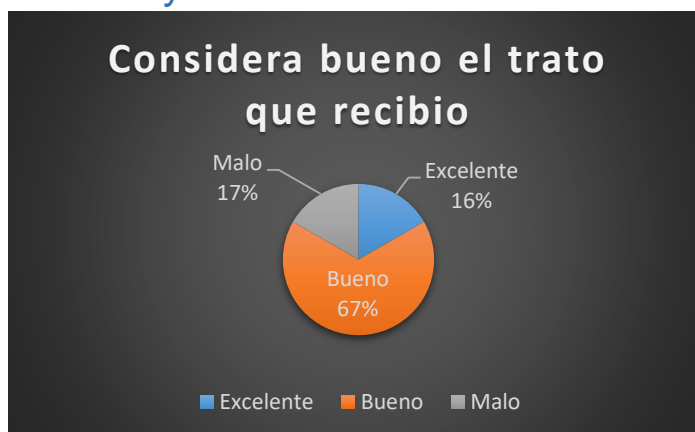
Tabla 6 y Grafica 6



| Considera clara |    |            |
|-----------------|----|------------|
|                 | fi | %          |
| Excelente       | 0  | 0          |
| Bueno           | 1  | 16.6666667 |
| Malo            | 5  | 83.3333333 |
|                 | 6  |            |

La información del médico tiene que ser precisa y clara al momento de explicarle al familiar sobre el estado de salud en el que se encuentra el paciente. Por lo tanto, en esta cuestión favoreció lamentablemente malo con un 83%, bueno cubriendo el total del porcentaje con 17% y excelente 0%.

Tabla 7 y Grafica 7

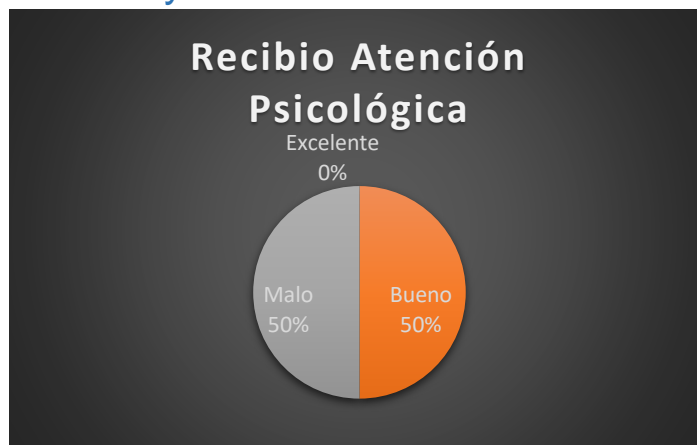


| considera buena |    |            |
|-----------------|----|------------|
|                 | fi | %          |
| Excelente       | 1  | 16.6666667 |
| Bueno           | 4  | 66.6666667 |
| Malo            | 1  | 16.6666667 |
|                 | 6  |            |



En el hospital materno el trato por parte del personal sanitario hacia los pacientes fue bueno con un porcentaje de 67%, malo 17% y excelente 16%.

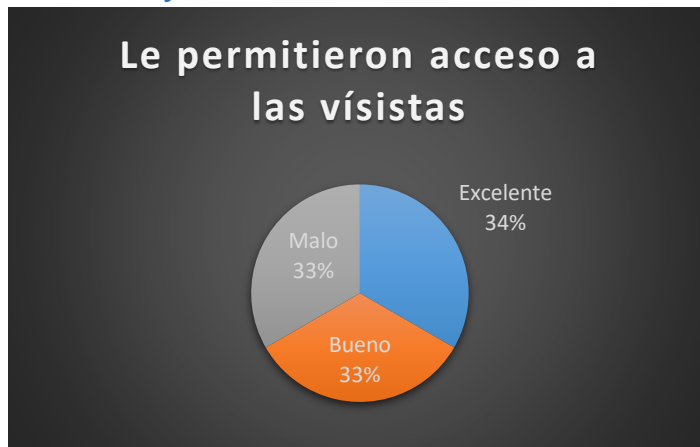
Tabla 8 y Grafica 8



| Recibió atención |    |    |
|------------------|----|----|
|                  | fi | %  |
| Excelente        | 0  | 0  |
| Bueno            | 3  | 50 |
| Malo             | 3  | 50 |
|                  | 6  |    |

El personal de psicología es una parte muy importante que debe actuar de forma profesional con los familiares, en este caso las personas entrevistadas manifestaron un 50% bueno la atención psicología que se les brindo y malo cubriendo los otros 50%.

Tabla 9 y Grafica 9



| Considera buena |    |            |
|-----------------|----|------------|
|                 | fi | %          |
| Excelente       | 2  | 33.3333333 |
| Bueno           | 2  | 33.3333333 |
| Malo            | 2  | 33.3333333 |
|                 | 6  |            |

Existe un horario en el que el familiar puede ingresar a ver al paciente y por lo tanto hay un horario en el que se les es permitido acceder. Se obtuvo un porcentaje mayor con una excelente accesibilidad de visitas al 34%, bueno 33% y malo 33%.

## Conclusión

Se llegó a la conclusión de acuerdo a los datos obtenidos de las encuestas realizadas que el personal de enfermería no cuenta en su totalidad con la capacitación suficiente para realizar estos tipos de procedimientos. Asimismo, se implementó el test del trato digno dirigido a los familiares de los pacientes fallecidos en donde expresan su inconformidad referente a los tratos recibidos por parte del personal de enfermería y médicos.

## Recomendaciones

Realizada la conclusión sobre los conocimientos post mortem con los que cuenta el personal de salud y ver la necesidad que se tiene para el mejoramiento de los mismos se establece recomendaciones para establecer la realización de guías profesionales de enfermería, cursos, actualizaciones que permitan al personal encargado a establecer una imagen correcta a los usuarios, también establecer y conocer las maniobras adecuadas en dichos procesos, para vincular un apoyo familiar de los usuarios tratados, todo esto para conservar los cuerpos de la mejor manera y establecer un trabajo correcto y correlacionado con los familiares de la persona fallecida.

## Referencias bibliográficas

- (Tamayo, 2003)
- (Sampieri, 2010)
- (Clinic, 2017)
- (Chospab , s.f.)
- (Conde, 2020)
- (Duran Salgado, 2017-06-20)
- (EUROINNOVA, s.f.)
- (Eliade, Revista de filosofía , s.f.)
- (GUERRA, 2009)
- (Madinebeitia, 2010)
- (Moncadas, 2015)
- (Núñez, s.f.)
- (Psicología y mente , s.f.)
- (REVINICI)
- (Revista de filosofía , s.f.)
- (TANATOS FORMACIÓN , 2022)
- (UNAM, s.f.)
- (scielo, 2012)
- (uaemex, s.f.)
- (muy INTERESANTE, s.f.)

## Anexos

|    | A                          | B | C | D | E       | F | G | H | I     | J | K | L | M     | N | O | P | Q    | R | S | T | U     | V | W | X | Y | Z |   |   |  |  |  |  |
|----|----------------------------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 1  | RESPONSABLES               |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 2  | SEMANAS                    |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 3  | ENERO                      |   |   |   | FEBRERO |   |   |   | MARZO |   |   |   | ABRIL |   |   |   | MAYO |   |   |   | JUNIO |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 3  | 1                          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |  |  |  |
| 4  | SELECCIÓN DE EQUIPO Y TEMA |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 4  | PORTADA                    |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 5  | PORTADILLA                 |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 6  | AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN  |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 7  | DEDICATORIA                |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 8  | INDICE                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 9  | INTRODUCCIÓN               |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 10 | JUSTIFICACIÓN              |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 11 | OBJETIVO                   |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 12 | PLANTEAMIENTO              |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 13 | HIPÓTESIS                  |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 14 | CAPÍTULO I                 |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 15 | CAPÍTULO II                |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 16 | CAPÍTULO III               |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 17 | CAPÍTULO IV                |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 18 | SUGERENCIAS Y/O PROPUESTAS |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 19 | CONCLUSIONES               |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 20 | BIBLIOGRAFIA               |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 21 | ANEXOS                     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 22 |                            |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |



1. Lee con cuidado y responde lo que se te solicita

Nombre:

Sexo: F

### EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL TRATO DIGNO

| INDICADOR   | PUNTUACIÓN |       |      |
|---|------------|-------|------|
|   | Excelente  | Bueno | Malo |
| Está satisfecho con el tiempo de espera                           |            |       |      |
| Le permitió el medico hablar sobre su estado de salud             |            |       |      |
| Recibió explicación sobre su estado de salud                      |            |       |      |
| Recibió explicación sobre el tratamiento a seguir                 |            |       |      |
| Recibió explicación sobre los cuidados de salud a seguir          |            |       |      |
| Considera clara la información del médico                         |            |       |      |
| Considera bueno el trato que recibió                              |            |       |      |
| Recibió atención psicológica por parte del personal de enfermería |            |       |      |
| Le permitieron el acceso a las visitas                            |            |       |      |