

Los médicos jóvenes ante la muerte

por Federico Adolfo Urquiola ()*

(*) Médico. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Resumen

La muerte es un hecho inevitable en la vida de un ser humano. Como tal, los médicos deben estar preparados a que sus pacientes pasen por esta última etapa donde su vida culmina. Para ello el profesional de la salud debiera estar capacitado no solo científicamente sino también espiritual y emocionalmente frente a este suceso. Es común encontrar en los médicos, sobre todo jóvenes, una inmensa frustración y angustia al fallecer los pacientes que tenían "a cargo". Es probable que la falta de instrucción durante el paso por la facultad acentúe esta emoción humana a la que el médico no es ajeno. Él mismo debe pasar por las diversas etapas del duelo al igual que lo hacen los familiares del difunto. La sociedad de hoy día con su moderna tecnología trata de evitar la muerte, de esquivarla. Se trata de guardar en secreto la muerte de un paciente y llega a ser un "tabú". Esto no hace más que agravar la situación colocando al médico en situaciones extremas donde el exitismo predomina. Nada más erróneo. Es función y obligación de los educadores médicos estimular y enseñar sobre temas como la muerte durante la formación de grado y posgrado. El aprendizaje del joven médico acerca de estos temas madurará su espíritu para de esta manera generar en el paciente terminal calma, esperanza y una "buena muerte".

Palabras clave

Muerte, duelo, paciente terminal, residencia médica

Abstract

Death is part of life in a human being. Medical doctors should be prepared for this. Their patients died and nobody can avoid death. Usually young doctors feel a great frustration and anguish when their patients die. Probably, the lack of learning in these topics during the university studies generates this problem. The family of the death patient and the medical doctor should go through the five steps of the affliction. Nowadays, the society, with all the technology, tries to avoid death. At hospitals death is a secret, a taboo. Health workers learn how to save life and death is not tolerated. The doctor must save a life and nothing has to be wrong. Professors' obligations are to stimulate and teach about these topics during university program. Spirit of young doctors will increase and be more prepared, patients will die calm and with hope, a "good death".

Key words

Death, mourning, terminal patient, medical residency

OBJETIVOS

- Realizar una revisión sobre la actitud de los médicos, principalmente los jóvenes, ante la muerte.
- Analizar la postura de la sociedad con respecto a la muerte.
- Dar cuenta del déficit de enseñanza universitaria en este tema.

INTRODUCCIÓN

La muerte es un tema del que pocos quieren hablar y menos aún discutir. La sociedad de hoy refuerza esta idea evasiva de la muerte, la convierte en un verdadero tabú (1). La muerte no es un fenómeno instantáneo, es un verdadero proceso biológico, psicosocial y cultural. La muerte como problema filosófico tiene una serie de atributos: es inevitable, invivible, impredecible, incomprensible, intransferible, inefable y trascendente. No puedo experimentar la muerte a través del otro.

Día tras día los médicos se ven enfrentados a situaciones lindantes con la muerte y las primeras experiencias como profesionales de la salud se convierten en hechos imborrables de su memoria. La poca preparación universitaria con la que se ingresa a la residencia y el radical cambio de responsabilidades que recae sobre los hombros de los nuevos médicos agrava más la situación. Hay en el médico ansiedad, desconocimiento y actitudes que no ayudan en estos momentos al paciente o a los familiares a transitar este camino. Los médicos, principalmente jóvenes, conocen las medidas a tomar en emergencias frente a un paro cardiorespiratorio, pero no saben manejar el proceso interior que se genera y la inmensa frustración si el paciente fallece. Más duro aún es comunicar dicha noticia a los parientes, tema que podrá discutirse en otro trabajo.

Desde tiempos remotos los humanos hemos rendido culto a la muerte a través de rituales y distintas formas de entierro. El tiempo se nos presenta como una línea con un principio conocido y un final desconocido al que todos llegaremos. La mayoría de los profesionales de la salud estudiamos y ejercemos para beneficiar a los pacientes, sin embargo, cuando esa ayuda tiene que ver con la muerte y el duelo, nuestra capacidad se ve limitada (2). Los trabajadores de la salud como seres humanos que somos también hemos pasado por situaciones de muerte en nuestra vida personal, de padres, amigos o incluso hijos llevando a sufrir temores por futuras pérdidas. Debemos reconocernos vulnerables para poder comprender que las situaciones de duelo y muerte en nuestros pacientes nos van a afectar. Cuando se quiebra el vínculo con la persona fallecida el sufrimiento suele ser muy grande, poniendo en tela de juicio los fundamentos del ser, la existencia humana y nuestras más profundas creencias.

La muerte es la pérdida total de las funciones vitales. Se terminan los procesos biológicos y sociales del hombre. La muerte es un acontecimiento único, fundamental que le confiere a la vida un valor indiscutido y sumamentepreciado. La muerte puede presentarse de manera inesperada, súbita o en pacientes terminales. Algunos, acorde a creencias o vivencias, prefieren familiarizarse con la muerte. Por el contrario, hay personas que la ignoran como creyendo que de esta manera la muerte va a ignorarlos. No faltan aquellos que se exponen a situaciones de alto riesgo viendo de

cerca a la muerte con alevosía y soberbia. La muerte es fiel acompañante de la vida, sin una no está la otra. El ser humano teme a lo desconocido, el miedo a la muerte es universal.

En la era del mundo globalizado se fomenta la ilusión de que vamos a vivir muchos años y se alimenta la negación de la realidad de la muerte. Pero sabemos que vamos a morir y el fallecimiento de un ser querido es un hecho terrible, muy difícil de aceptar que afecta nuestro yo. El miedo a la muerte está tan arraigado que puede llevarnos a contrarrestar esa idea y angustia y la persona emprende una carrera ansiosa contra el tiempo, sin disfrutar de sus éxitos porque vive pendiente de obtener el máximo posible. En la antigüedad se consideraba a la muerte humana como algo natural, se moría en su casa rodeado de sus seres queridos. Las fuertes convicciones religiosas y los rituales preparaban al ser humano para el momento del fallecimiento. La población entera acudía al doblar las campanas para el entierro en el cementerio que generalmente se encontraba en medio de las ciudades. La “buena muerte” era aquella avisada, advertida, que permitía preparar los últimos asuntos. La muerte y la enfermedad estaban constantemente rodeando al hombre y muy visibles en épocas más antiguas: los enfermos andaban por las calles, estaban sentados al borde de los caminos, los leprosos anunciaban su presencia con notorios ruidos, sus procesiones eran advertencias visibles de otras procesiones más silenciosas que acompañaban enfermedades como la peste y el cólera. Hoy en día con el avance de la tecnología y el conocimiento médico muchos son los que fallecen en el Hospital rodeados de sus médicos y frecuentemente conectados a las más sofisticadas tecnologías con sus familiares esperando ansiosa y temerosamente afuera hasta la llegada de un nuevo parte médico. Se los aleja de la sociedad, de la vida pública. Cada día más es deseable morir sin darse cuenta (por desconocimiento o por la medicación administrada: morfina), pero también conviene morir sin que los demás se den cuenta. Incluso en los mismos hospitales se intenta que la muerte quede en secreto, que los demás enfermos no se enteren. El estilo de muerte que desea el hombre que vive en la sociedad tecnológica de hoy está en armonía con esa atmósfera de secreto y discreción.

DESARROLLO

Sufrimiento

La muerte provoca sufrimiento. Según Sadrin, es la respuesta emotivo/afectiva negativa, desagradable, generada en los más altos centros nerviosos por el dolor y por otras situaciones que psicológicamente se le asemejen, como pérdidas de personas queridas o de objetos de amor importantes, con la consiguiente depresión, estrés, ansiedad y frustración que suele acompañarlo (3). Durante el duelo el sufrimiento deriva de aquella noción de que nunca más podrá verse a ese ser, ni dialogar ni compartir con él.

Duelo

Duelo deriva del latín, y significa dolor. Para la Real academia española tiene varios significados: 1- Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. 2-Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien 3- Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los

funerales (4). Es una respuesta normal y natural a la pérdida de alguien afectando a la persona en su totalidad, en su aspecto psicológico, emotivo, afectivo, mental, social, físico y espiritual. La importancia que tiene el duelo es saber de qué manera manejarlo. Los médicos tanto residentes como ya especializados y con experiencia pasan por el duelo de sus pacientes fallecidos. Sin embargo, no es lo mismo el duelo por el que pasa un médico poco experto y que recién comienza su formación o carrera que alguien de mayor experiencia. De más está decir la diferencia de edad cronológica que evidentemente juega un papel en la madurez psico-afectiva del profesional (5).

Los teóricos sobre el duelo, han estudiado los signos y síntomas que se presentan durante el proceso de elaboración del duelo y los han configurado en diferentes etapas. No todas las personas pasan por todas las etapas y secuencias descritas. Se reconocen según Kubler cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (6). Todas las etapas se relacionan entre sí. El duelo debe existir y debe transcurrir en un sano proceso a través de las diferentes etapas según el tiempo de cada individuo acorde a su vida emocional, a su entorno y apoyo afectivo y efectivo. En algunos casos puede transcurrir hasta 3 a 4 años. O sea que el proceso del duelo es lento y es indispensable que se transiten todas y cada una de las etapas, para que ocurra la gradual aceptación e integración de la pérdida.

Etapas del duelo:

1.- NEGACION Y AISLAMIENTO. Se trata de un período defensivo que permite amortiguar el impacto inicial y da oportunidad para que otros mecanismos de defensa de la personalidad salgan a flote. Estos a veces son sanos y apropiados y a veces no lo son.

2.- IRA. Implica un proceso de proyección de sentimientos muy primitivos y de muy difícil manejo para el paciente, para sus familiares y para su médico: rabia, envidia, resentimiento, etc. Tiene tanto un componente racional como uno irracional. Se debe ser especialmente comprensivo, paciente y prudente en esta etapa.

3.- NEGOCIACION. Es una etapa que se da por accesos, breves pero progresivos hasta que el paciente llega a liberarse de sus temores irracionales, deseos inconscientes de castigo y culpas. Es una etapa en donde el paciente necesita un acompañamiento muy dirigido y profesional.

4.- DEPRESION. Es el estado afectivo que sigue y tiene dos componentes:

- El reactivo: secundario al propio proceso y

- El anticipatorio: pues recordemos que lo que el paciente tiene enfrente y hacia donde se dirige es hacia su propia muerte.

5.- ACEPTACION. Siempre y cuando haya tenido suficiente tiempo y haya recibido la adecuada ayuda y conducción en las fases anteriores. Cuando se llega a esta etapa habiendo vivido el paciente y el médico con él su proceso se tiene una de las experiencias más formativas y de mayor templeza humana y espiritual que un profesional de la medicina pueda tener.

A partir de esta etapa se debe procurar la ayuda de los familiares que en algún tiempo más deberán empezar a vivir su proceso de duelo.

Una misma pérdida tiene un significado diferente para varias personas, porque las percepciones son individuales y dependen del sentido, calidad e inversión emocional que representó para el doliente la relación con el fallecido, de la dependencia o independencia que ha generado, de la cantidad y calidad de los asuntos sin resolver entre el doliente y el fallecido, de las características del fallecido, (edad, sexo, personalidad), así como de la percepción del doliente acerca de la realización y las satisfacciones que la vida ha deparado al fallecido.

El duelo tiene una finalidad, la aceptación de la realidad de la pérdida. Luego expresar los sentimientos, identificarlos y comprenderlos para aceptarlos y encaminarlos adecuadamente para adaptarse a la nueva realidad. Desde el mismo momento del nacimiento, vivenciamos nuestra primera pérdida evolutiva importante, cuando tenemos que dejar las agradables condiciones del claustro materno para iniciar la vida extrauterina. En tal sentido, podemos decir que la vida está sembrada de pequeñas y grandes pérdidas significativas con sus respectivos duelos. A pesar de la carga de sufrimiento que el proceso de duelo origina, esta experiencia aparentemente negativa, puede transformarse en una vivencia positiva.

Sociedad, cultura y concepto de muerte

La actitud de los hombres frente a la muerte varía de acuerdo a condicionantes de tiempo y espacio. En la misma sociedad podemos encontrar diferentes actitudes frente a la muerte en épocas distintas y, en una misma época, se encuentran actitudes diversas en las diferentes sociedades. Eso sucede en la actualidad en el mundo, donde podemos encontrar, posturas radicalmente diferentes coexistiendo al mismo tiempo en los cuatro puntos cardinales (7).

Cuando se trata del fin del hombre, cada cultura tiene su imaginario respecto no solo al futuro de ese hombre fuera de este mundo, sino también al significado del abandono de este mundo por parte del que muere y rodea este fin de un ceremonial adecuado a esta creencia, que tiene sus reglas específicas y símbolos que lo hacen identificable. Así, cada sociedad tiene sus tradiciones en torno a la muerte y los mecanismos de control para que ellas sean seguidas. Dentro de estas costumbres también están las reglas por las cuales cada sociedad entiende que hay una forma mejor y más tolerable de morir.

La relación de las personas con su muerte y con la muerte en general varía también dentro de la misma cultura en períodos diferentes. En la actualidad, coexisten en el mundo diferentes formas de relacionarse con la muerte. Entre los esquimales, por ejemplo, la muerte seguida del nacimiento es el destino de la mayoría de las primogénitas, y los viejos eligen el momento de morir, retirándose a los hielos donde mueren de frío e inanición. Partir para reencontrarse con sus ancestros también es una práctica en algunas tribus africanas. Algunas tribus indígenas del amazonia no dejan a los niños nacidos con algún tipo de discapacidad. Dentro de las culturas

orientales, predominantemente en la hindú, la china y gran parte de la japonesa, la muerte no es vista como un fin de la vida sino como el ingreso a ella. Se festeja la muerte y el muerto no se llora.

En el Occidente contemporáneo la actitud de la sociedad frente a la muerte presenta conceptos distintos. Nunca fue tan despersonalizada y banalizada. La muerte aséptica, institucionalizada (en hospitales, sanatorios o asilos) ha sido rodeada de un despliegue tecnológico que impide, muchas veces, que la persona que va a morir pase sus últimos momentos junto a sus seres queridos, lo que fue, en otras épocas, considerado una condición necesaria para una "buena muerte". Pero al mismo tiempo, la muerte aséptica es la muerte más aceptada, por ser limpia, cuidada, asistida.

Por otra parte, debido a la creciente penetración de los medios de comunicación en la vida cotidiana, la muerte en sus varias formas ha pasado a ser un objeto de consumo, así como los rituales funerarios o la información de la muerte en circunstancias trágicas (violencia urbana en sus varias formas, violencia política, etc.) (7). Al mismo tiempo, el cine y la televisión, a través de sus respectivos productos, las películas y series, han ido progresivamente llevando a una banalización cada vez mayor de la muerte, a través de escenas de creciente violencia que buscan el impacto en la platea. La muerte en el mundo del espectáculo viene aumentando en cantidad y calidad con efectos sociales aún no estudiados suficientemente.

DISCUSIÓN

Actitud del profesional de la salud frente a la muerte

Hoy en día, son los miembros del equipo de salud quienes permanecen en contacto continuo con el paciente y su familia al principio y al final de la vida, ya que la mayoría de los nacimientos y muertes se producen en los centros hospitalarios. Este hecho hace que se generen relaciones estrechas entre el personal de la salud, los pacientes y sus familiares, quienes esperan encontrar en el equipo de salud el apoyo y la comprensión para enfrentar sus angustias y sentimientos presentes y futuros relacionados con los confines de la vida.

Los profesionales de la salud están a diario en contacto con situaciones de duelo y muerte y para poder responder y actuar en los momentos de miedo, angustia y sufrimiento de los pacientes para enfrentarse a la muerte es necesario enfrentarse consigo mismo. Observar la muerte de las personas nos hace ver la finitud de la vida. Para la Organización mundial de la Salud (OMS) para que los profesionales puedan enfrentar estos episodios de muerte y duelo deben haber podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y poder manejar satisfactoriamente las situaciones de estrés (8).

El médico está formado para tratar, curar, promover la salud, rehabilitar, aliviar el dolor físico. En situaciones de pacientes fallecidos donde también el médico tiene un sentimiento de

fracaso por no haber salvado al paciente su intervención profesional debe estar dirigida a ayudar a los familiares en el proceso del duelo y enfrentar digna y correctamente a la muerte. Esto implica enfrentar problemas no solo de índole técnicos y científicos sino también emocionales y espirituales.

Los médicos atraviesan las mismas situaciones que los parientes y familiares, con las mismas etapas psicológicas. En ciertas etapas, los médicos hablan cada vez menos con los enfermos, escuchan menos generando una incomunicación cada vez más evidente. Se establece una excesiva distancia emocional y se centran en los síntomas y signos específicamente. Esta actitud bloquea las capacidades terapéuticas de los médicos. Al aislarse del enfermo, se aísla de la realidad, se empobrece su capacidad para elaborar su propia impotencia ante la muerte, la cual se vuelve abrumadora y dañina para el propio médico. Ayudar a los enfermos a morir en paz se reconoce como una tarea ante todo humana y digna de elogio, pero permanece como un objetivo médico de menor categoría que vencer a la muerte, y sólo se admite cuando fallan por completo los medios para evitarla. Todos los avances tecnológicos, químicos, genéticos ayudan a preservar la vida pero en definitiva y al final no evitan la muerte.

Hay estudios realizados sobre profesionales de la salud, más específicamente médicos sobre el manejo que éstos tenían para informar a los familiares de una situación de fallecimiento y del acompañamiento de los pacientes moribundos. El 94% de los integrantes del equipo interdisciplinario de salud manifestaban tener serias dificultades para informar al paciente sobre la proximidad de su muerte y el 76% señalaba que sus relaciones con los moribundos eran habitualmente incómodas (2). Los estudios demuestran que los médicos responden a su ansiedad y a la falta de preparación para el manejo del duelo, con mecanismos de defensa inadecuados, sobre todo con ira y con actitudes negativas, cuando se enfrentan con pacientes en fase terminal vivenciando el duelo anticipado por la muerte. La falta de tiempo, la carencia de formación curricular en técnicas de comunicación, la susceptibilidad propia hacia la representación de la muerte y la inseguridad, son factores que proceden del personal de salud y que afectan al moribundo, haciéndolo, a su vez, más vulnerable. La confrontación con la muerte de su paciente genera en los profesionales angustia ante su propia muerte, estos profesionales son también seres humanos, y en escenarios como éste afloran prejuicios y creencias, ansiedades y temores ante la muerte y la historia personal de cada uno. Otros mecanismos de defensa diferentes a la ira son la dimisión o abandono hasta la hiperactividad terapéutica.

En un trabajo de Hernandez Cabrera (9) que investiga la actitud ante la muerte en los médicos de familiar concluye que a pesar de haber encontrado actitudes de aceptación y positivismo las principales reacciones fueron de evitación y temor. Observa que la mayoría de los médicos no valoran a la muerte como un pasaje a una vida mejor aunque sí como un alivio al sufrimiento. Sin embargo, la gran mayoría prefiere vivir sin calidad que morir reflejando un apego irracional a la vida.

Esto exige el desarrollo de estrategias para que los miembros del equipo de salud compartan experiencias, sentimientos, temores, fantasías y reacciones vitales vivenciadas en el acompañamiento terapéutico al enfermo y a los familiares durante el morir y la muerte y se apoyen mutuamente en el manejo de sus propios miedos y angustias con relación a la muerte y el duelo (2).

Es importante que el médico entienda que la muerte es un proceso natural que ocurrirá de manera inevitable en cierto tiempo determinado y de esta manera poder ayudar a los familiares y a sí mismo a enfrentar el período de duelo.

Son pocos los estudios que hay sobre la relación del médico con la muerte en nuestra cultura actual occidental desde un punto de vista antropológico sobre medicina urbana.

A continuación se expone una serie de propuestas de actitudes (Modificado de Dueñas Tentori) frente a pacientes moribundos y/o frente a la muerte de un paciente: (10)

- 1) El médico debe ser compasivo, paciente y sincero.
- 2) El médico debe proporcionar al enfermo o procurar que alguien lo haga: apoyo emocional y espiritual además del físico.
- 3) Se debe procurar en lo posible y con los medios a la mano evitar el dolor y tratar de no afectar el estado de alerta si existe la alternativa.
- 4) Tratar de evitar, si es posible, el aislamiento del enfermo de su familia.
- 5) Siempre tratar de evitar el sentimiento de culpabilidad en la familia. Guiarlos para que se convenzan de que están haciendo todo lo posible por su paciente.
- 6) La prioridad siempre deberá ser mantener la dignidad humana del paciente.
- 7) Siempre preguntar cuando el tiempo y las circunstancias le permiten si existen indicaciones específicas del paciente con respecto a maniobras de reanimación, técnicas de soporte vital, donación de órganos, etc. y plasmarlas por escrito con el aval de los familiares y hacerlo del conocimiento de una autoridad.
- 8) El médico tiene derecho a tener ayuda en lo personal de apoyo profesional, psicológico, espiritual, legal, etc. Es importante la creación de Comités de Ética y Tanatológicos que puedan auxiliar en tales circunstancias.
- 9) En caso de fallecer comunicar adecuadamente a los familiares trabajando en grupos interdisciplinarios.
- 10) Acompañar a la familia en el proceso del sufrimiento y del duelo. Contener a los parientes y allegados.
- 11) El médico deberá realizar su propio duelo.

Formación y Educación médica

Los médicos frente a la situación de fracaso ante la muerte irremediable tratan rápidamente de sentirse bien, un mecanismo de defensa frente al dolor que produce. Se llega incluso a prestar poca atención a los pacientes en proceso terminal o frente al hecho de la muerte. Existe según

Gomez Sancho (11) un déficit en la formación, no se enseña lo que hay que hacer con enfermos incurables y esto no se compensa con el buen deseo de ayudar, pero da lugar a una situación defensiva del profesional, a que éste responda a su ansiedad con mecanismos de defensa inadecuados: cólera, actitudes negativistas, etc. En segundo lugar, porque en realidad la muerte constituye para los profesionales de la salud, y muy especialmente para los médicos, una sensación de fracaso profesional. La formación médica universitaria fomenta la idea del exitismo por sobre la muerte, la muerte es un enemigo. Para los médicos que consideran su trabajo como la lucha por todos los medios contra la muerte, habría dos maneras de evitarla: una, consistente en intentar retrasarla más o menos obstinadamente (encarnizamiento terapéutico); otra, en resignarse y adelantarla (eutanasia).

Un enfoque moderno y de giro en el cuidado paliativo de los enfermos terminales es no torcer radicalmente el motivo y la actitud frente al enfermo cuando ya no queda nada para salvar su vida. El enfermo da cuenta cuando esto sucede y no es momento para dejarlo solo sino para acompañarlo en el proceso que culmina con su muerte, prepararlo.

La confrontación con la muerte, los moribundos y el duelo son actitudes que no se aprenden en la universidad. Existe un gran vacío en el aprendizaje de estos conceptos, igual vacío que se siente a la hora de estar en estas situaciones. Esta grave problemática no suele ser tenida en cuenta durante la formación en la carrera de medicina, ni durante la especialidad. Los médicos residentes se enfrentarán a estos procesos solo con el bagaje de sus experiencias propias, sus motivos espirituales y su psicología diaria. Estas carencias profesionales se verán reflejadas a la hora de enfrentarse a la muerte o al paciente terminal, haciéndolas más dolorosas y angustiosas (12).

Los expertos coinciden que debería existir una educación formal basada en la experiencia y ética para preparar a los estudiantes de medicina en lo que respecta al fin de la vida (13-15). También se coincide que a pesar que pueda existir una materia al respecto existe muy poca información académica sobre como los residentes médicos debieran comportarse frente a la muerte, como deberían manejar sus emociones y confrontar su propio proceso interno de duelo (16). Enseñar sobre el fin de la vida en pacientes terminales implica mucho más que la enseñanza de los cuidados clínicos y el apoyo a la familia

Está claro que la educación médica, tanto didáctica como basada en la experiencia junto la cama del paciente, tiene un efecto en las actitudes éticas y morales. Sin embargo, su efecto es variable y pobremente entendido.

Según estadísticas de los Estados Unidos de América en 2003 menos del 18% de los estudiantes norteamericanos recibían educación formal acerca de los cuidados del paciente terminal. A partir de esa época en adelante hubo un creciente aumento en la educación de los estudiantes alcanzando el 90% aquellos que recibían ese tipo de información. Según el trabajo de Gruber y col. (13) la enseñanza de las cuestiones éticas relacionadas a los pacientes terminales es fundamental y debe tener carácter de obligatoriedad para las escuelas que se dediquen a la formación de profesionales de la salud. La enseñanza puede impartirse a modo de presentaciones orales, lecturas de trabajos científicos, trabajo en grupo con presentación de casos clínicos. En un trabajo publicado por el mencionado autor se observa que aquellos estudiante con más años de práctica médica demostraban actitudes diferentes en lo que respecta a la información entregada a los pacientes y

familiares, la admisión a la unidad de terapia intensiva, las terapias de prolongación de la vida y las tomas de decisiones respecto a la resucitación cardiopulmonar.

Existe un acuerdo universal acerca de la importancia del médico ante un paciente terminal y frente a un paciente fallecido. El médico tiene la responsabilidad de ayudar y acompañar a los pacientes en la preparación para la muerte. Según un estudio (17), los estudiantes y residentes médicos de los EEUU se sienten poco preparados para enfrentar dichas situaciones y varios profesores incapaces de enseñar estos temas. Incluso el manejo básico del dolor en un paciente terminal no es enseñado a 30% de los estudiantes y 20% de los residentes. Las deficiencias educacionales se profundizan más desde el aspecto psicológico, el tratamiento de la depresión, de los miedos, angustias y desconocimiento de la muerte. Se estima que menos de 1/5 de los estudiantes ha tomado un curso de cuidados del paciente terminal y 1/3 de estudiantes y residentes califican la calidad de su enseñanza en esta área como pobre. A pesar que son los residentes los que muchas veces comunican una mala noticia al paciente o a los familiares 31% de éstos se siente mal preparado para paliar con el miedo de los pacientes, 50% se sienten poco preparados en materia espiritual y cultural e incluso para poder manejar sus propios sentimientos respecto a estos pacientes. Se espera que con el correr de los años de práctica médica mejoren estas habilidades, sin embargo, estos niveles y años de preparación resultan inaceptables y las medidas para su corrección deben ser tomadas en cuenta en los programas de formación médica universitaria.

Los cuidados paliativos

El crecimiento hospitalario y la medicina paliativa han experimentado un fuerte cambio en los últimos tiempos. Los cambios se basan en conductas y actitudes frente al paciente terminal de los equipos de salud, el reconocimiento de factores emocionales, éticos y económicos con el advenimiento de moderna tecnología que prolonga la vida (17).

Muchas enfermedades crónicas llevan a un proceso terminal que concluye en la muerte del paciente. Uno de los objetivos del cuidado paliativo es acompañar al paciente en este proceso y prepararlo para la muerte así como a sus familiares (18). Se genera un profundo impacto sobre el equipo de salud donde en general se desconoce su manejo, se evita y son los residentes médicos los que más sufren este desasosiego.

Tanatológicamente se llama paciente terminal a toda persona que tiene pleno conocimiento de padecer una enfermedad incurable y que por lo tanto será la causa más probable de su muerte. Es claro que el tiempo entre ese diagnóstico y el momento de la muerte será muy variable y dependiente de muchas situaciones totalmente individuales. Siempre debe empezar a conducirse a un paciente desde un punto de vista tanatológico con el mayor tiempo posible. Es claro que si se tiene algún tiempo previo para trabajar con él y sus familiares se tendrán mayores posibilidades y eficiencia en la ayuda que si se hace solo hasta el momento de encontrarlo moribundo y a un paso de la muerte. Tal es el beneficio de este concepto tanatológico de paciente terminal. La ayuda tanatológica en el proceso de morir, cualquiera que sea el momento en el cual se empiece a intervenir, implica desde la participación médica con algún psicofármaco en el caso de ser necesario y estar indicado hasta procesos de apoyo emocional, espiritual, religioso, de orientación legal, etc. De tal manera que lleva algún tiempo en consolidarse en el mayor beneficio del paciente y sus familiares. Debería existir siempre el apoyo del Tanatólogo en aquellos centros en donde exista un

servicio estructurado, pero el médico en general debe conocer que existen etapas bien definidas y estudiadas con respecto al proceso de morir (10).

Somos mortales, todos moriremos, Puede ocurrir de manera súbita o puede ser a través de un largo proceso de enfermedad crónica. El cáncer, la insuficiencia renal crónica, la cirrosis hepática, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, ciertas enfermedades neurológicas, el SIDA, son algunas de estas enfermedades. Uno de los diagnósticos que moviliza más angustia es el cáncer, a pesar de que dos tercios de estos pacientes se curen. La ansiedad puede ser tan importante que los médicos esconden el diagnóstico, aún en los casos en los que el paciente haya pedido la verdad.

Los equipos de salud destinados a estas tareas no solo deberían tener una preparación meramente científica y estructurada sino que deben capacitarse en aspectos psicológicos, éticos y espirituales para poder afrontar el difícil proceso terminal. El enfermo terminal y su familia, la mayoría de las veces bajo un gran impacto, generan un ambiente con una gran carga emocional, en la que hay que saber estar; debe cada quien prepararse y formarse para ello.

Hoy en día la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la idea de que el enfermo debe morir en casa, rodeado de objetos queridos, en una atmósfera tranquila y al lado de sus familiares y allegados, respetando sus derechos y voluntades, después de haber recibido durante cierto tiempo los beneficios de los programas de cuidados paliativos (19,20).

El médico es muchas veces el mediador entre la muerte y el paciente, es el portador de la mala noticia, el que le dirá al paciente que la lucha de ambos contra la enfermedad está siendo vencida y que el fin llega. Esta tarea de ser el anunciador de la muerte, fue asignada a los médicos por los papas a fines del siglo XVIII y principios del XIX. Hasta el siglo XX prácticamente, los médicos no se encargaban de curar, sino más bien de ayudar a que la persona tuviera una "buena muerte", siendo una especie de apoyo espiritual para el enfermo.

El retardo del momento de la muerte es causa y consecuencia de la hospitalización del moribundo, que pasó a ser práctica corriente, solo después de la segunda guerra mundial. Esta posibilidad reciente da un nuevo rol protagónico al médico, que pasa a tener poder de decisión sobre la vida de la persona. Una vez en el hospital el paciente y su familia quedan subordinados a la decisión del cuerpo médico y muchas veces la justicia interviene impidiendo que una máquina sea desligada y permita que el paciente muera como sería su deseo o el de su familia, una vez que estaría teniendo vida vegetativa. Surge aquí una de las discusiones de la medicina contemporánea. ¿Hasta dónde y hasta cuándo el médico puede decidir mantener vivo al paciente?

CONCLUSIONES

La muerte es un proceso natural, inevitable e irreversible. Los familiares del paciente fallecido junto al médico sufren este hecho. Los primeros por la pérdida de un ser querido y los momentos que no compartirán con él. Los segundos porque viven a la muerte como un fracaso médico, una frustración. Tanto unos como otros deben pasar por el duelo, cumpliendo las distintas

etapas hasta la aceptación. El médico debe aprender a controlar los sentimientos de miedo e ira y acompañar a los familiares en este duro y, para muchos, desconocido momento.

Sin embargo, es evidente la poca formación médica respecto a este tópico. Los programas de las facultades médicas no tienen contemplado la enseñanza acerca de temas como la muerte, los cuidados paliativos y el duelo, siempre hablando desde un punto de vista ético, emocional, social y espiritual (21,22). Debido a este problema los médicos jóvenes, muchas veces residentes son los que más sufren esta falta de capacitación. Sintiéndose vulnerables en este aspecto y poco útiles en situaciones de este tipo. Los médicos con más años de práctica suelen "aprender" con la experiencia (23).

La sociedad occidental de hoy día niega a la muerte, la ignora, piensa que de alguna manera puede hasta superarla. Llegado el momento prefiere apartarse, morir solos, aislados y en secreto. Esta cultura moderna de falta de aceptación conlleva a los médicos a un exitismo en su profesión. Esta situación cultural crea emociones sobre el médico pujándolo a prolongar la vida cayendo en el encarnizamiento terapéutico (24).

Debería ser función de los educadores médicos y profesores instruir a los médicos jóvenes. Crear espacios de discusión y trabajos en grupo planteando situaciones con casos clínicos. El médico residente, siendo muchas veces el que más tiempo pasa en el hospital, se sentirá más hábil para manejar las situaciones de muerte y pacientes terminales, no teniendo que esperar que tan solo el tiempo y los años de práctica transcurran para sentirse de esta manera (25, 26).

Bibliografía

- 1- Sevilla-Godínez H. Tanatoética: aportes de la filosofía ante la muerte. *Rev Med Inst Mex Seguro Social* 2009;47(2):227-230.
- 2- Zoraida E. Cira E. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*. 2008;2(2):14-23.
- 3- Sadrin, L. *Como afrontar el dolor*. Paulinas. Bogota Colombia. 2002.
- 4- Real academia española. http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=duelo. [Consultado el 15 de Julio de 2011].
- 5- Kelly E, Nisker J. Medical students' first clinical experiences of death. *Med Educ*. 2010 Apr;44(4):421-8. Epub 2010 Mar 3.
- 6- Kübler-Ross, E. *Sobre la Muerte y los Moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. 2da. Ed. México, 2006.
- 7- IntraMed - Puntos de vista - La actitud del médico ante la muerte. 6 de Agosto 2001. <http://www.intramed.net/servicios/imprimir.asp?contenidoID=14143>. [Consultado el 15 de Julio 2011].
- 8- Organización Mundial de la Salud (OMS). [Revista en Internet] 2003. Revista salud, trabajo y ambiente Vol. 10. No. 36. Segundo Trimestre. [Acceso el 5 de Julio de 2011] www.cepis.org.pe.
- 9- Hernandez Cabrera G. González García VM. Fernandez Machín L. et al. Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002;18(1):22-32.
- 10- Dueñas Tentori, H. Corral García, J. et al. El médico frente a la muerte. *PSIQUIATRIA.COM*. 2002; 6(3). [Consultado el 15 de Julio de 2011].
- 11- Gómez Sancho, R. *El médico ante la muerte de su enfermo*. En: M. Gómez Sancho (Ed.), *Medicina Paliativa en la cultura latina* (pp. 57-68). Madrid: Arán. 1999.
- 12- Gómez Esteban R. Las ansiedades del médico frente a la muerte. *Psiquiatría Pública*. 2000; 12 (3): 247-257.
- 13- Gruber P. Gomersall C. Gavin Met. et al. Medical Students and End-of-Life Decisions. *J Gen Intern Med*. 2008; 23 (10):1608-14.
- 14- Moores TS, Castle KL, Shaw KL, Stockton MR, Bennett MI. 'Memorable patient deaths': reactions of hospital doctors and their need for support. *Med Educ*. 2007 Oct;41(10):942-6.
- 15- Fraser HC, Kutner JS, Pfeifer MP. Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. *J Palliat Med*. 2001 Fall;4(3):337-43.
- 16- Williams CM. Wilson CC. Olsen CH. Dying, death and medical education: student voices. *J Palliat Med* 2005;8(2):372-81.

- 17- Sullivan AM, Lakoma MD, Block SD. The status of medical education in end-of-life care: A National Report. *J Gen Intern Med.* 2003;18:685-95.
- 18- Grau Abalo J, Llantá Abreu M, et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico.* 2008;4 (10): 27-58.
- 19- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). Cancer pain relief and palliative care. Geneva: OMS.
- 20- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). Asistencia paliativa. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre política y gestión (pp. 82-86). Ginebra: OMS.
- 21- Brabant S, Kalich D. Who enrolls in college death education courses? A longitudinal study. *Omega (Westport).* 2008-2009;58(1):1-18.
- 22- D Black, D Hardoff, and J Nelki. Educating medical students about death and dying. *Arch Dis Child.* 1989 May; 64(5): 750-753.
- 23- McFarland KF, Rollins EC, Gonzalez MF, Rhoades DR. Dealing with death and dying. *Med Educ.* 1994 Mar;28(2):136-8.
- 24- Pérgola, Federico. *La antropología médica en discusión.* Buenos Aires, El Guión Ediciones, 2008.
- 25- Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ* 2003;327(26):185-189.
- 26- Soleymani Lehmann L, Kasoff WS, Koch P et al. A survey of medical ethics education at U.S. and Canadian Medical Schools. *Acad Med.* 2004;79:682-9.