

**ASOCIACION MEXICANA DE TANATOLOGIA**

**EL MEDICO Y LA MUERTE**

**ALUMNA: OLGA LORENZO FLORES  
DIPLOMADO EN TANATOLOGIA GERONTOLOGICA  
2009-2010.**

## JUSTIFICACIÓN.

Nos encontramos viviendo en una sociedad que, siendo mortal, rechaza la muerte. Ésta se convierte en un personaje incómodo al que se desea olvidar, lo cual también ocurre dentro del personal médico. Este deseo puede tener más éxito para quien no trabaja junto con el enfermo, en cambio para el médico no se puede decir lo mismo pues se encuentra en contacto continuo con la muerte y con su propio miedo.

La muerte nos concierne a todos, pues nacimos para morir, es parte del ciclo vital, ésta es una característica que marca nuestra condición de ser vivo, sin embargo se tiende a negar tal realidad. La muerte en la actualidad, en la mayor parte de los casos, ya no sucede en los hogares como sucedía anteriormente, sino que se ha desplazado hacia los hospitales. Desde fines del siglo pasado se ha otorgado al médico el hacerse cargo de ese momento tan singular en la vida de todo hombre: la muerte. Lo cual es debido en parte al contacto que existe entre el médico con el paciente, a partir del cambio de los paradigmas vida-muerte, salud-enfermedad, así como también es resultado de una serie de adelantos tecnológicos que han puesto al proceso de morir como un motivo claro de atención médica.

El médico se encuentra en una situación dual, como miembro de la sociedad está de acuerdo y participa en el rechazo de la muerte, en cambio, como integrante del equipo de salud, esa misma sociedad le encarga que luche contra la muerte, y le da plena responsabilidad sobre ella. Por otra parte, si tenemos en cuenta que el hombre huye de la muerte, el médico como hombre que es, también tiene la necesidad de huir de esa realidad porque le es dolorosa. De tal forma que cuando se enfrenta a la muerte de su paciente, con frecuencia, no sabe que hacer.

Qué hacer, qué no hacer, definiciones de vida, de muerte, autonomía del paciente, posibilidades de sobrevivida, lo que el paciente quiere, lo que la familia desea, lo que el médico decide, son asuntos de gran importancia para el médico y que muchas veces desconoce.

Esta grave problemática no suele ser tenida en cuenta durante la formación de la carrera de medicina, por ello estas carencias en la formación influirán negativamente cuando el médico tenga que enfrentarse en su quehacer a estas circunstancias humanas, haciéndolas más dolorosas y angustiantes. Y más aún, teniendo en cuenta que el proceso de morir del paciente en el ámbito hospitalario se lleva en alrededor de un 75 a 80% de los casos, correspondiendo sobre todo a pacientes con enfermedades crónicas terminales y quienes requieren de gran apoyo durante su padecer. Los médicos no están preparados para ayudar a los enfermos en el final de sus vidas, cuando lo primero que les deberían haber enseñado es: "Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Y si no puedes aliviar, consuela." Es por ello que mediante el presente trabajo se pretende dar a conocer lo que ocurre en el médico cuando se encuentra ante la muerte de su paciente y de que forma poder apoyarlo.

## **OBJETIVOS Y ALCANCE.**

El presente trabajo es de gran importancia teniendo en cuenta que la muerte es universal y que desde el momento en que nacemos ya estamos en camino de la muerte. Actualmente la sociedad ha desarrollado una serie de técnicas para alargar la vida; la muerte en la mayoría de los casos ya no es algo intrínseco al individuo, sino que pertenece a un proceso que comienza con la enfermedad. En este proceso intervienen una serie de personas y situaciones en las cuales la figura del médico se erige como uno de los últimos responsables.

La muerte siempre nos acompaña, sin embargo es un tema apenas revisado dentro de la enseñanza de la medicina y, si analizamos la situación actual, encontramos que en la mayoría de los casos la muerte sobreviene en los hospitales y otros sitios de atención a la salud, en donde se entabla la relación médico-paciente, es por ello que el objetivo de este trabajo es el de mostrar lo que ocurre en el médico ante la muerte del paciente.

Además pretende dar a conocer a la población en general el sentir del médico frente a la muerte del paciente y ser para el médico una referencia en relación a lo que le puede ser de utilidad cuando se encuentra ante la etapa final de la vida de su paciente y ante la muerte, lo cual redundará en múltiples beneficios tanto para el propio médico como para el enfermo y su familia.

## MARCO TEÓRICO.

### HISTORIA.

Es necesario remontarnos a la historia para entender algunos de los elementos que se conocen hoy en día en relación a la muerte y la forma en que se aborda ésta dentro de la Medicina.

A inicios de la humanidad se temía a la muerte y por ello alejaban a los difuntos de las comunidades, se tendía a hacer rituales en los que se honraban las sepulturas por el temor al regreso de los muertos y la muerte se encontraba a cargo de la comunidad. Con la aparición de las iglesias se encuentra que no hay mejor lugar que estos recintos en donde se pudiera proteger no sólo al cuerpo mortal del difunto sino a su ser entero para el día del despertar y del juicio. La idea de una vida después de la muerte es común a la mayoría de las religiones antiguas y al cristianismo.

En la Edad Media se observa más sensibilidad y un valor mayor frente a la muerte real, la muerte estaba a cargo de moralistas y espirituales; y la vida se encontraba dominada por el pensamiento de la muerte. En los siglos XVI y XVII se tiende a enseñar a los vivos a meditar sobre la muerte, para lo cual se crean técnicas siendo uno de los principales maestros San Ignacio. En esta época la muerte se convierte en un pretexto para una meditación metafísica sobre la fragilidad de la vida, a fin de no ceder a sus ilusiones. Para entonces la muerte no es más que un medio de vivir mejor.

Hacia finales del siglo XVII los médicos pasan a tomar parte de las creencias comunes y se vuelven protagonistas del tema de la muerte, sustituyendo a los hombres de la Iglesia que habían sido prácticamente los únicos en jugar este papel en la Edad Media y en el Renacimiento. En tratados médicos de 1600, la muerte y el cuerpo muerto constituyen en sí mismos objetos de estudio científico independientemente de las causas de muerte: es decir, se estudia a la muerte antes de conocer sus causas y no sólo para descubrirlas. Se mira al muerto como más tarde se mira al enfermo en su cama. La muerte es percibida por el médico como un fenómeno complejo y mal conocido.

En el siglo XIX los médicos comienzan a rechazar el que la muerte represente un verdadero peligro, se pensaba que la muerte podía ser aparente iniciando la discusión de que por una parte puede existir un estado mixto (una mezcla de vida o muerte) y por la otra no, es decir, o era lo uno o lo otro. En cambio para los médicos de los siglos XVI, XVII y XVIII, el tiempo de la muerte era un estado que participaba a la vez de la vida y de la muerte. La muerte no era real y absoluta hasta más tarde, es decir, hasta el momento de la descomposición. Por eso al retardar la descomposición se retardaba la muerte absoluta. El embalsamamiento y la conservación, permitían alargar ese tiempo de la muerte-estado en el que subsistía algo de la vida.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX cambia la situación en relación al moribundo y su entorno. El médico juega un papel social y moral considerable, se convierte en un tutor y consejero tanto de ricos como de pobres. Cuida un poco, pero no cura, ayuda a morir. O bien prevé un curso natural que no le corresponde modificar.

Ya para 1930-1940 la muerte comienza a trasladarse al hospital y para 1950 se generaliza. La habitación del moribundo ya no está en su casa sino en un hospital y debido a causas médicas técnicas dicho traslado es aceptado por las familias y facilitado por su complicidad. Entonces la muerte deja de ser pública y el hospital se convierte en un lugar de muerte solitaria. Desde principios del siglo XX, lo que domina es el retiro de la muerte de la sociedad, quitándole su carácter de ceremonia pública, volviéndose entonces en un acto privado, reservado sobre todo a los allegados. Así, poco a poco, la familia misma fue apartada cuando la hospitalización de los enfermos se hizo general pues en este lugar se encuentran restringidas las visitas. El hospital no es sólo un lugar de sabiduría médica, de observación y de enseñanza, es lugar de concentración pues en el momento en que el médico encuentra a un paciente con una enfermedad que parece grave lo refiere para allá. También se da un gran progreso en la cirugía, en los procedimientos de reanimación, de atenuación del dolor y de la sensibilidad. En debates filosóficos se planteaba el hecho de que debía haber un profundo respeto por la vida y por su prolongación, así si se prolongaba la vida del enfermo 24 horas merecía la pena hacerlo pues no había razón para privarles de ellas. Para los médicos el vivir se convierte en un bien, ya sea estando sano o siendo un enfermo. En forma tradicional, el principio sagrado de la vida, inscrito en el juramento Hipocrático y las creencias religiosas que han influido y en muchas ocasiones entorpecido notablemente las decisiones médicas, había sido el rector de la práctica de los médicos.

Años más tarde, se da un cambio completo en las actitudes ante los pacientes terminales, lo cual no se dio por iniciativa de los médicos sino más bien de psicólogos, sociólogos y más tarde por psiquiatras. Feifel en 1959 fue quien inicialmente quiso interrogar a los moribundos sobre ellos mismos, lo cual causó indignación en las autoridades hospitalarias, quienes hacían alusión a que era algo cruel y traumático; él editó un libro colectivo llamado *The Meaning of Death*. Posteriormente la Dra. Elisabeth Kubler Ross, en 1965, comenzó su trabajo con moribundos, lo cual no fue nada fácil, pues inicialmente los mismos jefes de servicio le negaban la existencia de los mismos (no podía haberlos en un servicio bien organizado), sin embargo esta resistencia del medio hospitalario no consiguió detener el interés de la doctora convirtiéndose en una gran pionera de la Tanatología y de los estudios en moribundos, plasmando su ideología en varios libros: *Sobre la muerte y los moribundos*, *La Rueda de la vida*, *La muerte: un amanecer*, entre otros. Así la nueva corriente de opinión hacia el moribundo, se orienta hacia la manera de morir, devolviendo al moribundo su dignidad descuidada en épocas previas.

Desde hace algunos años la muerte ha cambiado de definición. Ha dejado de ser el instante en que se había convertido, en la puntualidad que permitía el más allá de la dualidad del alma y del cuerpo. Su tiempo se ha alargado y subdividido a

la vez, se habla de muerte cerebral, muerte biológica, muerte celular, entre otros. Ahora el que el corazón ya no lata y cese la respiración ya no basta pues se ven complementadas por el electroencefalograma y el electrocardiograma. “Hoy en día morir es más horrible en muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado; a veces, hasta es difícil determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte” (Kubler, E., 2006:21). El tiempo de la muerte se ha alargado, el médico no puede suprimir la muerte pero puede regular su duración, de algunas horas que era en otro tiempo, a algunos días y hasta años, gracias a los adelantos tecnológicos, volviéndose posible demorar el momento fatal y cayendo en el encarnizamiento terapéutico. “Un empecinamiento en curar lo incurable, de no reconocer la finitud de la vida y de la medicina y de negarse a admitir que la muerte es también un proceso natural, como cuando se nace, y de ninguna manera sinónimo de fracaso médico” (Garduño, A., 2007:16). Dicha prolongación se ha convertido en una meta que mantiene la vida a cualquier costo. Con ello la muerte pasa a ser de un proceso natural y un acuerdo entre la familia-hospital-justicia, a una decisión del médico. El moribundo fue poco a poco dejando a su familia la dirección del fin de su vida y por lo tanto también de su muerte. A su vez los familiares han descargado esta responsabilidad sobre el médico, quien a su parecer, posee los secretos de la salud y del sufrimiento, que sabe mejor que nadie lo que hay que hacer y al que por consiguiente se le da la libertad de elegir.

## **LA MUERTE EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA.**

Dentro de la enseñanza, los estudiantes de Medicina cada día tienen menos experiencia en la relación médico-paciente, aunado a ello, la sociedad pone más énfasis en los promedios y calificaciones de sus médicos que en las cuestiones de tacto, sensibilidad, capacidad perceptiva y buen gusto a la hora de enfrentarse con el ser sufriente: su paciente. Además “el estudiante adquiere mayor información científica a costa del contacto interpersonal cada vez menor” (Kubler, E., 2006:26).

En las Facultades de Medicina, la información sobre duelo y muerte es más bien escasa. El médico es formado para la vida, preservarla, fomentarla y, en el mejor de los casos, para mejorar la calidad de la misma sobre todo cuando las condiciones médicas hacen que los pacientes no puedan acceder en plenitud a lo deseable y que concuerde con los cánones de felicidad que nuestra cultura y sociedad impone.

La muerte y el duelo son apenas abordados en asignaturas como psicología médica y psiquiatría, pasando a formar parte de los apéndices de libros como el manual de clasificación de los desórdenes mentales DSM IV TR, cuando en realidad temas como comunicación de malas noticias, asesoramiento y acompañamiento al enfermo moribundo, de su familia, de su comunidad, asesoramiento de pérdidas en general y duelo deben formar parte de la enseñanza integral a los estudiantes de medicina porque en cualquier momento de la vida se experimentan pérdidas y sobre todo porque su profesión los enfrentará a la muerte y lo que la rodea.

## **LA MUERTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA.**

La muerte está presente en la relación médico-paciente cada vez que se ven enfrentados a la incertidumbre diagnóstica, o una vez identificada la enfermedad, a un pronóstico reservado, porque se cree que la enfermedad acerca a la muerte cuando realmente desde que nacemos estamos en contacto con ella. Habrá que tener presente que la muerte no solo debe de asociarse a una enfermedad Terminal, la muerte también se hace presente de forma simbólica en otro tipo de pérdidas: la pérdida de la salud, amputaciones, traumatismos, violencia, diagnóstico de enfermedades crónicas e invalidantes, discapacidades diversas, abortos, malformaciones congénitas, así como también en duelos relacionales que experimenta el paciente y que finalmente intervienen en su salud: procesos de separación, divorcio, migraciones, cesantía, cambios de estatus socioeconómico, en fin, una multiplicidad de circunstancias que el médico en la atención primaria debe hacer frente, tener competencias para ello, y no sintetizar toda la dimensión del sufrimiento humano en un síntoma, un síndrome o una enfermedad física en particular.

## **LA MUERTE EN LOS HOSPITALES.**

Anteriormente la muerte ocurría en los hogares, ahora se ha desplazado en la mayor parte de los casos a los hospitales. Si bien éstos pueden brindar recursos terapéuticos apreciables de disponibilidad inmediata, no son la mejor opción para tener una muerte digna. Decía la Dra. Kubler que el paciente al ser llevado de manera rápida a un servicio de urgencias era arrebatado de su ambiente familiar, que tantas cosas aun podrían brindarle si se lo permitieran. A la familia actual, pequeña y dispersa, le resulta económicamente perjudicial suspender las actividades laborales para asistir al enfermo, su concepto es que éste se encontrará mejor en una institución que le brinde las mayores alternativas terapéuticas. Sin embargo el hospital obliga al paciente a separarse de su ambiente natural y a cumplir con una serie de normas, entre las que se encuentran el ser dócil, obediente y sobre todo, no cuestionar a los profesionales que lo están atendiendo. Cuando un paciente está gravemente enfermo, a menudo se le trata como una persona que ha perdido su derecho a opinar, pues es el familiar o el médico el que toma la decisión de hospitalizarlo, cuando y donde. “¡Costaría tan poco recordar que la persona enferma tiene también sentimientos, deseos y opiniones, y- lo mas importante de todo- tiene derecho a ser oída. Puede que quiera que una sola persona se detenga un solo minuto para poder hacerle una pregunta... pero se encontrará con una docena de personas pendientes del reloj, todas activamente preocupadas por su ritmo cardíaco, su pulso, su electrocardiograma o sus funciones pulmonares, sus secreciones o excreciones, pero no por el ser humano.” (Kubler, E., 2006: 22). Además, el hospital también merma su libertad, y aunado a esto, los aspectos burocráticos en los que debe participar la familia del paciente internado tampoco favorecen un estado emocional óptimo para prepararse para la muerte de un ser querido. Por otra parte, los médicos no están capacitados para manejar las situaciones de irreversibilidad; la frustración que sienten los lleva a rechazar al paciente. La idea en la que los médicos han sido educados es la de restituir la salud, y el objetivo con el que se construyen los hospitales es la curación de los enfermos, cuando esto no ocurre

se suceden una serie de eventos que incluyen manejo de emociones tanto del personal médico como del paciente y su familia.

En la interacción con los pacientes terminales en clínicas y hospitales se encuentran cuatro tipos de conductas en la interacción médico-paciente:

1. Cerrada: muy extendida, consiste en no comunicar al paciente la gravedad de su situación, pretextando bienestar.
2. Evasiva: se anima al paciente y se eluden las preguntas comprometedoras.
3. Sospechosa: el paciente experimenta dudas acerca de su recuperación pero no las manifiesta o no son respondidas.
4. Abierta: el equipo sanitario y la familia deciden comunicar al paciente la gravedad de su estado ante la demanda de éste.

El hecho de que muchos profesionales eviten dar un diagnóstico es la necesidad que tienen de que el paciente se encuentre bajo control, con la excusa de evitarle perturbaciones innecesarias, o una negación que sirve para ocultar los propios temores frente a la muerte. Además de que si deciden llevar a cabo una interacción abierta, ésta implica que el médico debe brindar comprensión y afecto al paciente y a sus familiares, en forma dedicada y continua.

La muerte hospitalaria supone un cambio radical para un ser humano, quien previamente necesitará gran ayuda para enfrentar su hospitalización y todo lo que ésta conlleva, incluidas las pérdidas de todo tipo a las que se enfrenta por la enfermedad y por su hospitalización.

## **SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA.**

Las cuestiones referentes a la información en las enfermedades graves o terminales siempre han planteado un dilema ético al médico. La actitud actual respecto a la muerte es la continuidad de la respuesta de ocultación que ha hecho el médico a lo largo de la historia. Desde los tiempos de Hipócrates se ha defendido la necesidad de ocultar al paciente todo lo referente a su enfermedad, se suponía que si no se actuaba de esta manera se producía un estado de desesperanza en el enfermo que repercutía de forma negativa en su recuperación. Esta tendencia al encubrimiento se mantuvo dentro de la cultura médica hasta mediados del siglo XIX cuando se empieza a reconocer el derecho del paciente a conocer la verdad, derecho que debía ser suspendido si se suponía daño para el paciente o para la familia.

La situación histórica se invierte en 1977, al aprobarse por primera vez en Estados Unidos de Norteamérica la Ley del Derecho a la Información, que obligaba al personal sanitario a dar el diagnóstico al enfermo. Este hecho generó un cambio y es el responsable de que en ese país la mayoría de los médicos proporcionen información a sus pacientes. Sin embargo, a partir de esa época, ocurre que empiezan a disminuir los deseos de información de los pacientes y se describen en la literatura médica dos tipos de enfermos, los que se denominaban *autocontrolados*, que buscan información porque les es beneficiosa para conseguir un mejor nivel de adaptación y, los *evitadores* que la rehuyen y se encuentran



mejor psicológicamente si no reciben ningún tipo de información acerca de su enfermedad.

La psiquiatra Elizabeth Kubler Ross, al respecto, proponía que la pregunta a plantear no será si habrá que decirlo, sino más bien cómo es que dicha información se compartirá con el paciente. El médico debe buscar algún indicio en el paciente para saber hasta que punto se encuentra dispuesto a enfrentar su realidad y en base a lo que se investigue es que se le dará la información que él requiera. Se comenta que si en ese momento el no desea saberlo, tampoco habrá que obligarlo a escucharlo, se le deberá permitir que conserve sus defensas psicológicas durante un tiempo prudente. Comenta además que el médico le puede prestar un gran servicio al paciente al decir de forma franca su diagnóstico, sobre todo cuando se trata de una enfermedad Terminal, sin embargo recomienda nunca olvidar dar junto con esa información esperanza, ya sea por nuevos tratamientos, nuevas técnicas o nuevas investigaciones. Así como el que se le haga comprender al paciente que no todo está perdido, que si bien es ciertamente difícil, en su tratamiento estarán juntos (médico-paciente-familia), así el paciente no tendrá miedo al aislamiento, al engaño, al rechazo y podrá seguir confiando en su médico. Con esta actitud por parte del médico también podrá encontrar tranquilidad la familia, además que tanto el paciente como su familia se sentirán acompañados y sabrán que se hará todo lo posible y se evitará el sufrimiento.

La misma doctora refiere que si un paciente pregunta cuanto tiempo vivirá se le puede responder que nadie sabe cuanto tiempo vivirá. "Creo que la peor manera de tratar a un paciente, por muy fuerte que sea, es darle un número concreto de meses o años. Como esta suposición nunca es cierta no veo ninguna razón para tomarlo en consideración" (Kubler, E., 2006:50). De esta manera, la esperanza quedará y se podrá hacer uso de ella durante el manejo interdisciplinario al paciente. Finalmente, también hace alusión a que el médico debe revisar su propia actitud para afrontar la enfermedad y la muerte, si se da cuenta de que ello constituye un problema para él será difícil que pueda ayudar a su paciente a afrontar la muerte con tranquilidad.

Urraca Martínez reflexiona que "ocultar sistemáticamente la verdad del diagnóstico y pronóstico presupone desconfianza del médico en la madurez de sus enfermos para afrontar la enfermedad" (Urraca M., 1991: 75). A esto se agrega el hecho de que la comunicación de la verdad exige una preparación adecuada del enfermo, de la familia y de los profesionales, además de un apoyo posterior a los mismos.

Ante diagnósticos como cáncer, SIDA, u otras enfermedades terminales, la ansiedad en el médico ocupa un papel muy importante y por ello tienden a esconder el diagnóstico, aun a pesar de que el paciente haya pedido la verdad. En otros casos lo que dificulta dar el diagnóstico es que al médico le cuesta conocer si el paciente quiere o no saberlo. Las dudas se incrementan cuando captan la ambivalencia del paciente respecto a la problemática pues es habitual la negación que hace el paciente y la familia.

La disminución de los mecanismos de negación y evitación permite reflexionar acerca de la necesidad de informar, ya que este conocimiento puede tranquilizar al paciente, siempre que la información sea pertinente y se ofrezca en el momento y lugar adecuados. Asimismo se debe tener en cuenta la personalidad, la demanda del paciente y la de los familiares ya que, a menudo, son demandas contradictorias.

¿Qué informar, cómo y a quien? Son preguntas de gran interés, Ibáñez al respecto comenta “a quien pida, busca y quiera información, pues quien nada pregunta, nada quiere saber”, en tanto que De Ángel Martín propone que “el límite de la información es el deseo de no saber del paciente” (Gómez E.,2000:250). Por otra parte habrá que tener presente que no solo hay que informar, al respecto García Conde comenta que informar por informar satisface los requisitos legales que la sociedad impone, pero no cumple los principios éticos que toda actividad terapéutica demanda.

Si se da la información adecuada al paciente, éste puede aprender a convivir con su enfermedad y por ende encontrarse mejor en todos los aspectos; también se ha visto que los pacientes con mal pronóstico que no conocen su diagnóstico, pero lo sospechan, están más ansiosos. Esta circunstancia se vuelve más compleja por la posición de los familiares, que suelen querer conocer lo que le sucede al enfermo, pero evitar a éste el diagnóstico, aunque inconscientemente después se lo transmitan a través de gestos, expresiones y actitudes. Nuland plantea la importancia de la sinceridad para que el paciente pueda morir preparado, hecho que actualmente tiene más trascendencia porque antes el dolor y la muerte eran aceptados y, sin embargo, hoy en día se olvida que la muerte está ahí.

En relación a l hecho de que si en una familia se suscita la disyuntiva entre si decir u ocultar un diagnóstico, lo que se puede hacer es favorecer una reunión familiar sin incluir al enfermo. En ella se tocarán aspectos como información general sobre la enfermedad, pronóstico, tratamiento, riesgos; tratando de resolver todas las dudas de los familiares, para posteriormente pedir que cada uno de ellos expresen de forma libre y voluntaria su opinión a favor o en contra de decirle al enfermo su diagnóstico fundamentado con argumentos. Pasando después a solicitarles que refieran si en algún momento le han oído al paciente decir algo al respecto de un futuro o de la muerte, lo cual se hace con la finalidad de que se den cuenta de que la mayoría de las veces el paciente ya lo sabe o lo sospecha, y lo único que quiere es confirmarlo. En esta sesión también se favorecerá la expresión de sentimientos y emociones de cada familiar con respecto a la muerte inminente de su ser querido. Todo ello se recomienda porque se ha visto que si a una persona se le ofrece la oportunidad de conocer la realidad y los hechos de su enfermedad, poco a poco, según lo vaya solicitando y siempre en cuando cuente con el apoyo y la facilidad para compartir con otros los sentimientos que esta enfermedad le causa, se evitará que los demás le transfieran sus temores y con ello el enfermo podrá ir hacia delante, enfrentando su futuro con la situación que está viviendo, sin caer en el sufrimiento y en la desesperanza total. Una comunicación activa entre el médico, paciente y los familiares de los pacientes terminales mejora la aceptación de la muerte.

## **EL MÉDICO Y EL SUFRIMIENTO.**

Los médicos saben tratar las enfermedades y algunas veces en ese camino va descuidando a la persona que tiene enfrente, con lo que la relación médico-paciente del antiguo médico de familia ha ido deteriorándose, es por ello que ante una enfermedad Terminal se centra en manejar aspectos biológicos como el dolor y desatiende los psicológicos como el sufrimiento.

“El sufrimiento puede ser definido como el estado de malestar severo asociado a eventos que amenazan la integridad de una persona; es subjetivo, personal, tiene relación con el pasado de la persona, con sus vínculos afectivos, su cultura, sus roles, sus necesidades, su cuerpo, sus emociones, su vida secreta, sus fantasías y su futuro. Todas estas áreas son susceptibles de ser lesionadas, de sufrir pérdidas y de ocasionar sufrimiento” (Fonnegra, I.,2001:116). Algo importante a tener presente es que además del dolor físico, para el paciente también puede ser fuente de sufrimiento la no validación de parte del médico de sus sentimientos y de su dolor; así como también el que el sufrimiento puede manifestarse en el paciente mediante la tristeza, soledad, rabia, depresión, aflicción, infelicidad y aislamiento.

La atención médica debe volver a ser personal, íntima, informada e individualizada, como primera medida anti-sufrimiento de los pacientes terminales. La labor del clínico deberá incluir detectar el sufrimiento, ponerle un nombre y validar la necesidad de actuar para mitigarlo cada que sea posible, sobre todo porque la práctica profesional los pone en contacto con la muerte de los pacientes. Sin embargo, día a día se ve que a los estudiantes de medicina se les pone mayor hincapié en la adquisición de destrezas tecnológicas para enfrentar virtualmente cualquier crisis que el paciente pueda presentar; pero para su propia supervivencia emocional, aprenden a ignorar o a minimizar las señales de sufrimiento personal de los pacientes. Lo cual es debido a que para enfrentar el dolor emocional de un paciente, las implicaciones que su próxima muerte tiene dentro de su ámbito familiar, explorar el significado o la carencia del mismo, que para ese paciente en particular tiene la vida que está llevando y el futuro que le espera, los expone a tener que admitir sus propios temores, vulnerabilidad y limitaciones, lo cuales a veces no son reconocidos por ellos mismos. En ocasiones, creen que para defender su rol omnipotente, hay que ocultar cualquier manifestación de compasión, de sensibilidad, de tristeza por la situación de ese ser humano llamado paciente. La bata blanca puede entonces representar un símbolo de distancia y una armadura emocional que delimita el contacto con el paciente hacia la pura atención sintomática.

Para reconocer el sufrimiento del otro solo se requiere empatía, la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Afrontar con el otro su sufrimiento, requiere entender la propia condición de humanos susceptibles de sufrir. A veces la intolerancia ante el llanto, la tristeza o el desasosiego del paciente o sus familiares proviene de la propia intolerancia e inaceptación de las partes tristes propias, y dicha intolerancia lleva a medicar al paciente con antidepresivos o sedantes en lugar de generar una respuesta emocional de cercanía e interés por conocer y compartir su mal momento. Si el médico ve que su paciente sufre, y teniendo en cuenta que

muchos pueden ser los orígenes de su sufrimiento, habrá que preguntarle que es lo que le está pasando, pues es precisamente quien lo padece el que mejor puede orientar al médico en ese momento y en base a los datos que se obtengan dar una mejor atención a la persona; de esta manera también se favorecerá una relación médico-paciente más completa, integral y personalizada.

Actualmente, en momentos en los que la Medicina está muy avanzada, resulta preocupante darse cuenta de que haya más sufrimiento que nunca antes en un contexto de atención médica deshumanizada, en la cual los médicos no tienen tiempo de escuchar y en donde tampoco tienen el apoyo emocional para validar las reacciones que como personas les suscita la muerte de sus pacientes.

## **ASPECTOS PSICOLÓGICOS.**

Cuando el pronóstico de la enfermedad presupone la muerte surge una gran ansiedad en el paciente y en el médico, por lo que éste trata de evitar la relación directa con el paciente. La familia, a su vez, responde a la ansiedad del enfermo con la suya propia y de ésta se puede derivar el engaño, la incomunicación del enfermo y el aislamiento. En este proceso, el paciente aprende a no preguntar por su temor a la respuesta y para no poner en apuros al médico, al que ven eludir la cuestión o a los familiares para no hacerles sentir culpables. De este modo el paciente comienza a vivir en solitario lo más esencial de su vida, la propia muerte.

La complejidad aumenta porque, ante el diagnóstico que implica la muerte, es muy frecuente que el médico proyecte sus vivencias personales sobre el paciente, hecho que dificulta aún más que el paciente se enfrente a estas circunstancias.

Al ser un aspecto de la realidad social y de la práctica médica tan negado, no es extraño que ante una muerte o una situación de duelo, surja ansiedad. Si ésta es intensa se incrementan los mecanismos defensivos de negación y evitación, cuyo efecto es el abandono del paciente o, en el extremo opuesto, una masiva identificación con el enfermo y la familia, lo que hace inviable su función terapéutica.

La práctica médica tiene una actitud muy contradictoria frente a la muerte, en la asistencia psicológica a la persona que muere y a su entorno hay una falta de percepción y por lo tanto de intervención. La medicina tecnificada actual se olvida de la necesidad de que los individuos decidan por sí mismos y colaboren responsablemente en la asistencia a su propia muerte, circunstancia que está influida por el contexto socio-familiar que oculta la muerte desde la infancia y la considera un hecho del que no se debe hablar.

El imperativo ético para el médico que es informar al paciente y a la familia, no resuelve la pregunta sobre lo que el médico debe saber hacer frente a la muerte de su paciente. El médico puede tener clara su obligación de informar al paciente y a los familiares y, sin embargo, bloquearse por no saber qué hacer y qué decir.

## COMO ENFRENTA EL MEDICO LA MUERTE DEL PACIENTE.

El médico con frecuencia no sabe que hacer ante la muerte de sus pacientes. La muerte es lo inefable, lo que no se puede expresar con palabras. Freud, en *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte* plantea que el hombre muestra una inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida, considera que la muerte propia es inimaginable y en el fondo nadie cree en su propia muerte ya que en lo inconsciente se está convencido de la inmortalidad. El hombre va aceptando esta realidad a través de la muerte de los otros que son significativos para él o de las pérdidas que se van viviendo a lo largo de la vida. Afirma que de la negación de la muerte también se hicieron cargo las religiones, al rebajar la vida terrenal a una mera preparación para la otra vida, más allá de la muerte, que era la más valiosa. Del mismo modo se prolongó la vida en el pretérito y se inventaron existencias anteriores, la transmigración de las almas y la reencarnación, todo ello con la intención de despojar a la muerte de su significación de término de la existencia.

El médico frente a la muerte del paciente se encuentra ante diversos afectos y sentimientos, siendo los más significativos los de ansiedad, depresión y culpa, los cuales son mayores cuando la significación de la muerte del paciente presupone un cuestionamiento profesional y un fracaso personal para el médico.

Desde sus orígenes, la medicina y el ejercicio médico se ha regido y nutrido en la investigación en torno al cuerpo. La medicina se constituyó en ciencia independiente donde el organismo es el objeto de estudio a través del dolor y la enfermedad, teniendo dos metas fundamentales: el tratamiento y la prevención de estos dos males. En la época moderna la instauración definitiva del método científico introdujo un nuevo estatuto en el conocimiento médico; el énfasis se hizo más que en el hecho de estar enfermo en la enfermedad como tal; el cuerpo quedó a merced de la medicina científica y el médico se encaminó a los estudios anatómico-fisiológicos. El cuerpo como conjunto fue desmembrado en cada una de sus piezas, parte a parte se fueron reconociendo cada uno de sus elementos, lo cual fue de la mano de la tecnificación lo que produjo para la medicina un distanciamiento cada vez mayor del sujeto: la lesión orgánica se convirtió en la fuente del conocimiento médico y el componente psíquico presente en la evolución de una enfermedad desapareció del discurso del médico, sin darle a esto la mayor importancia. Teniendo en cuenta esta perspectiva histórica se puede ver a la medicina como una profesión curativa y dentro de ella a los médicos se les forma para que intenten descubrir la enfermedad, la traten y la eliminen. En términos generales los esfuerzos siempre están orientados a ayudar a las personas a vivir más y a funcionar mejor. Este enfoque de la práctica médica hace tener una visión a favor de curar a cualquier costo, de luchar por la vida, sin importar sus circunstancias ni su calidad. Dejándose así la visión de una atención médica humana adecuada para el paciente en proceso de morir.

Con este modelo se han formado varias generaciones de médicos, y dentro de la enseñanza de la medicina se encuentra casi de forma generalizada ausente el tema de la muerte, de tal forma que se enseñan muchas cosas (diagnósticos, tratamientos, medidas preventivas, etc) pero poco se reflexiona sobre algo tan

humano y tan propio como es la muerte. Podría decirse que la muerte ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario, siendo vista por los médicos como un fracaso. Es el enemigo contra el cual el médico lucha y esta lucha es su razón de ser. Cuando la muerte llega se considera como un accidente, como un signo de impotencia o de torpeza, que es preciso olvidar pues no debe interrumpir la rutina hospitalaria. Pero no solamente los profesionales de la salud interpretan la muerte como un fracaso. La sociedad en general, también percibe la muerte como un evidente fracaso de la ciencia. Es la constatación dolorosa y continua de la derrota del progreso científico. La medicina siempre tendrá sus límites, defraudando a los propios médicos.

Ante la muerte se encuentran dos escenarios diferentes, el del médico y el del paciente, con objetivos y expectativas dispares. Así el médico en algunos momentos llega a actuar para sí mismo y no para otro que lo necesita, es su necesidad, su miedo puesto en escena. La ética médica impone que las decisiones que toma el médico deben basarse en lo que es mejor y más adecuado para el paciente, pero el médico tiene problemas para tomar decisiones en cuestiones de la vida y la muerte porque durante sus estudios no tuvo la oportunidad de hacerlo y como tales temas no se discuten le es difícil analizarlos y evaluarlos cuando se ve enfrentado a ellos. Podría decirse que el médico recibe entrenamiento para muchas cosas pero no para pensar en la muerte como algo más allá que un hecho biológico, por tanto da atención a la enfermedad, a su conocimiento, pero no a la persona enferma. El enfoque es técnico cuando el momento exige una posición humanista.

Cuando el médico enfrenta situaciones de duelo o muerte intervienen varios factores desde la falta de preparación en el manejo de estos pacientes, el enfrentarse a sus propios miedos y/o realidad, el no haber elaborado sus propios duelos, factores culturales como el temor a la propia muerte, la cultura de muerte, la herencia familiar, la personalidad, entre otros.

Según un estudio realizado por Gómez se encontró que 94% de los integrantes del equipo multidisciplinario de salud refieren tener serias dificultades para informar al paciente sobre la proximidad de su muerte y un 76% señalaron que sus relaciones con los moribundos eran habitualmente incómodas. Tal estudio demostraba que los médicos responden a su ansiedad y 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. Worden señala que la experiencia del duelo propio nos hace difícil ser o sentirnos útiles con la persona que lo experimenta, el profesional de la salud puede sentir frustración y enfado, de igual manera puede sentirse tan incómodo siendo testigo del dolor de la otra persona, que este malestar lo lleve a establecer una relación breve y superficial con el paciente.

Álvarez refiere que, en ocasiones, el médico entra en una situación de confusión en relación con los pacientes y sus familiares, sintiéndose morir al mismo tiempo que sus enfermos. Frente a estos sentimientos, puede responder con una actitud defensiva de frialdad generando mayor confusión y dificultades en la relación médico-paciente-familia.

Si la ansiedad no se elabora no se puede establecer una relación adecuada con el paciente con la consiguiente dificultad para informar, acompañar y apoyar al paciente y a la familia ante la muerte. Es por ello que muchas veces los pacientes se enfrentan a la muerte en una situación de abandono e incomunicación sabiendo que no pueden esperar nada del médico que les atiende.

La elaboración por parte del médico de sus propias ansiedades frente a la muerte le posibilita asumir una función muy importante, la contención de las intensas ansiedades que se generan tanto en el paciente como en la familia en estas circunstancias tan dolorosas.

## **EL MEDICO Y LA TANATOLOGIA.**

Ante la muerte, los médicos experimentan sentimientos de frustración, fracaso, culpa, dolor, incompetencia y negación de la muerte. Esto exige el desarrollo de estrategias para que los médicos 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.

El médico al poder reconocer sus sentimientos de impotencia se puede dar cuenta de que aunque no pueda curar al paciente, sí puede hablar con él o acompañarle mientras esté vivo. Esta aceptación de la muerte evita los sentimientos de culpa que puede surgir en el profesional. Si el médico se da cuenta que sus pacientes al llegar al final de la vida sufren más emocionalmente podrá hacer más por ellos, para ello será importante que conozca y reflexione acerca de las diversas etapas que atraviesa el paciente en la aceptación de la muerte: la negación y el aislamiento, el resentimiento o la ira, el pacto, la depresión y la aceptación.

Es necesario también que el médico sepa comprender las diferentes dimensiones de las personas, los valores, necesidades, roles, sentimientos, motivaciones y mecanismos de defensa, que no son meramente físicos, biológicos o corporales, sino que contemplan también lo psicológico, espiritual, social, afectivo y lo intelectual. Es necesario que como integrante del equipo de salud asuma la muerte como un fenómeno natural, universal e inevitable, puesto que si no lo hace, no tendrá los elementos suficientes para ayudar en el proceso de duelo saludable a los pacientes y familiares y mucho menos para ayudarse a si mismo.

La atención que habitualmente el médico hace a los enfermos en las enfermedades graves y terminales, debido al modelo biológico de la medicina, está básicamente centrado en los aspectos biológicos. Actualmente se reconoce y asiste a la muerte corporal, pero no al hecho psicológico y social; en algunas ocasiones el enfermo niega su propia enfermedad, y por ende niega de este modo, la posibilidad de su muerte. De tal forma es importante que el médico además de cuidar cuestiones biológicas, deba también cuidar la existencia humana estando preparado para una relación humana y para todo aquello que se moviliza en las personas frente a la muerte. Debe saber como acompañar a un

moribundo y esto es algo que se le debe enseñar porque no se le enseña durante su formación médica, si tomamos en cuenta a la doctora Elisabeth Kubler Ross, ella manifestaba que a los pacientes les conviene ser animados a manifestar su rabia, a llorar para expresar su dolor, a referir sus miedos y sus fantasías a alguien que esté sereno escuchándoles. Ayudarles a que se vayan separando de sus relaciones más significativas y puedan aceptar su muerte. Asimismo, apoyar a la familia a comprender que la muerte, en ocasiones, puede ser un gran alivio, y que los pacientes mueren con más facilidad si se les ayuda a desligarse lentamente de todas las relaciones importantes de su vida.

El médico debe respetar los mecanismos de defensa del paciente y ayudarlo cuando esté en disposición de manifestar los sentimientos de rabia y de tristeza, frente a la posibilidad de su muerte. Asimismo, en los momentos cercanos, estar presentes en silencio para confirmar que se está disponible hasta el final, ya que para el paciente es muy reconfortante saber que no le olvidan cuando no puede hacerse nada más por él. Con la familia también es muy importante ayudarles a expresar sus sentimientos antes de que se produzca la muerte y posibilitar la elaboración del duelo para que éste no llegue a complicarse.

En relación al manejo de la información médica, si el médico ha tomado la decisión de comunicar el diagnóstico, el pronóstico y tratamiento a un enfermo Terminal, ésta debe darse teniendo en cuenta las distintas etapas que atraviesa el paciente. Algunas sugerencias básicas son:

1. Buscar un lugar apropiado, con privacidad, que facilite un clima de confidencialidad y respeto.
2. Explorar cuanto sabe el paciente de su realidad.
3. Descubrir qué tanto desea o necesita saber el paciente en ese momento.
4. Escuchar sus preocupaciones expresadas directa, indirecta o simbólicamente.
5. Compartir la información en pequeñas dosis y cerciorarse de que el paciente la ha comprendido.
6. Emplear un lenguaje claro, directo y honesto.
7. Permitir la expresión de sentimientos y discutir con el paciente sus preocupaciones en los órdenes psicológicos, familiar, social y espiritual, así como sus necesidades y deseos.
8. Desarrollar un programa permanente de apoyo y generar un compromiso longitudinal con el paciente, que solo terminará con su muerte.

El médico si está preparado, con serenidad podrá ayudar y acompañar al paciente y a la familia para que pueda enfrentarse mejor al proceso de la enfermedad y al final de la vida. Esta cuestión es central, ya que el acto médico está lleno de situaciones en las que la muerte está presente, aunque sea a nivel imaginario, momentos que producen infinidad de sentimientos que ni el médico ni el paciente reconocen, lo cual es debido a que ni uno ni otro conocen la evolución de la enfermedad de una manera certera. Saber tratar estos aspectos es muy importante ya que la incorporación de la muerte en la vida cotidiana del hombre es fundamental para la existencia humana.



No hay que olvidar que para que el médico pueda escuchar al paciente, él debe tener a otro que le escuche a su vez (profesional de la salud mental), para que pueda hablar con éste de su propia actitud hacia las enfermedades graves y a la muerte, para poder hablar después de estas cuestiones con el paciente sin excesiva ansiedad.

Por otra parte, es importante para los médicos el que favorezcan una comunicación activa con el paciente y sus familiares pues esto mejora la aceptación de la muerte.

El médico también deberá tener presente que los pacientes en duelo saben, por experiencia, que serán más escuchados por el médico si le hablan en lenguaje somático, así expresan su miedo y pena con manifestaciones tales como dolores gástricos o colónicos, y su rabia como cefalea, cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias; si el médico no investiga más allá de lo biológico, no podrá interpretar adecuadamente estas quejas y por el contrario, si lo hace, puede facilitar que el paciente otorgue un nuevo significado a sus síntomas, se conecte con sus emociones y comience la elaboración del duelo, lo que lo llevará a encontrar la tranquilidad necesaria para que elabore la pérdida y todo lo que se relaciona con ella. En el caso del paciente que va a morir, este proceso se vuelve aún más importante.

El adecuado diagnóstico por parte de los médicos, de los procesos vinculados a las pérdidas afectivas significa que a través de una entrevista clínica se pueda abordar integralmente al paciente, en sus dimensiones biológica, social, psicológica y espiritual. Cada uno de estos aspectos deben considerarse recursos para facilitar el asesoramiento en caso de tratarse de un duelo normal o la derivación y el tratamiento con terapias especializadas y tratamientos médicos si se trata de un duelo complicado. Resulta igual de importante la normalización de las emociones que vive el paciente respecto de su pérdida por parte del médico así como el adecuado diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica desencadenada por este evento vital. Esta postura clínica permitirá al médico no sobrediagnosticar o medicalizar el duelo y la muerte, con el consecuente exceso de solicitudes de exámenes de laboratorio y la prescripción innecesaria de medicamentos y psicofármacos, frente a una situación que es normal. El paciente se aliviará si escucha de parte del médico que sus síntomas corresponden más a tristeza o pena, lo cual es normal experimentar ante una pérdida, que a una enfermedad. Por otro lado, una actitud de negación o de minimización de la aflicción del enfermo, con una postura distante y descomprometida desde el punto de vista emocional, puede conducir erróneamente a un mal diagnóstico de enfermedades psiquiátricas subyacentes, a un tratamiento inadecuado y a un sufrimiento adicional e innecesario por parte del paciente.

Jorge Tizón señala que una tercera parte de los pacientes que consultan en el nivel primario de salud acuden a consulta médica por temas psicosociales, por ello es importante que el médico de primer nivel conozca los procesos de duelo, puesto que forman parte de su quehacer cotidiano. Al equipo de atención primaria le corresponderá acoger, acompañar, compartir y derivar. La acogida se refiere a una escucha empática y activa; acompañará en los duelos y diagnosticará

oportunamente los factores de riesgo para el desarrollo de duelos complicados. Una vez diagnosticados estos serán remitidos de forma oportuna con el médico psiquiatra, tanatólogos y/o con los psicoterapeutas, según lo amerite la persona. Dentro de la asistencia en los procesos de duelo habrá que tener presente lo siguiente:

- Los procesos de duelo y pérdida son importantes experiencias que deben ser reconocidas.
- Las pérdidas que han sido preparadas y se han hecho acerca de ellas procesos anticipatorios, tienen menor tendencia a complicarse, respecto a las pérdidas inesperadas.
- Muchas de las pérdidas tienen que ver con la vida de las familias de los pacientes. Por ello habrá que cuidar a la familia junto con el paciente.
- Las personas afligidas oscilan entre evitar o confrontar la pena; los problemas más frecuentes sobrevienen cuando no predomina ninguna de estas dos vías de afrontamiento. Algunas personas necesitan apoyo y permiso para afligirse y que se les asegure que sus reacciones son normales.
- La rabia y la vergüenza pueden complicar el curso de la aflicción. Los pacientes necesitan que alguien les asegure que no estarán afligidos todo el tiempo; deben tener esperanzas, oportunidades y apoyo para rehacer sus vidas.
- Habrá que identificar antes o durante la pérdida aquellas personas con factores de riesgo como duelos previos traumáticos, historias de vulnerabilidad personal y con escaso apoyo emocional. Los médicos, como trabajadores de la salud, son designados por la sociedad para evaluar dichos riesgos, proporcionar apoyo oportuno y atención a quienes necesitan ayuda adicional.
- La profesión médica que labora en lugares con alto impacto emocional (expuestos a procesos de duelos reiterados: urgencias, unidades de cuidado intensivo, oncología) requieren un tipo de asistencia sanitaria y autocuidado que debe ser imperativo ético de todo servicio de salud. La capacitación en temas de duelo y su elaboración, deriva en mejoría de la asistencia, más posibilidades de diagnóstico oportuno, mejor tratamiento y derivación adecuada a niveles de atención especializada.

Nunca habrá que olvidar los cinco aspectos que hay que monitorizar en un proceso de duelo:

1. Grado de aceptación de la pérdida.
2. Vivencias de duelos.
3. Adaptación al medio.
4. Expresión de vivencias no idealizadas acerca de lo perdido.
5. Reorganización de los intereses y relaciones.

Así como el que dentro de los objetivos de intervención en las personas en duelo se encuentran:

1. mejorar la calidad de vida del sufriente.
2. disminuir el aislamiento social.
3. aumentar la autoestima.
4. disminuir el estrés.
5. mejorar la salud mental (prevención de enfermedades)

El médico deberá de respetar la cultura del paciente y sus mitos personales, no tratará de imponer una realidad que el paciente no desea escuchar, surgida desde la propia defensa y bajo la coraza impuesta por el rol de médico. En este tipo de asesoramiento la primera prioridad es ser personas y jugar por entero ese rol que facilitará el encuentro interpersonal con el paciente y ayudará para acompañarlo hasta la muerte. Las conversaciones se deben dar en un clima de confianza, de tranquilidad, de paz espiritual, sin cargar al paciente de tecnicismos médicos, ni exámenes de laboratorio ni tratamientos excesivamente invasivos. No olvidar que los gestos y actos del médico hacia sus pacientes pueden ser verdaderos rituales de sanación, y no solo palabras de buena costumbre médica. Lo que le sirve al paciente son las actitudes espontáneas y creativas que surgen del profesional desde su intuición y su cuerpo, es decir, desde la persona misma del médico, el hombre o mujer que vive, sufre, llora y ama a sus pacientes debajo de la bata blanca. Para ello el médico deberá recuperar la espontaneidad perdida por las demandas de su rol de profesional.

Si tenemos en cuenta que aproximadamente un 15% a un 17% de las personas que acuden a la consulta externa se encuentran cursando con un duelo no resuelto, es para el médico de vital importancia contar con la debida formación tanatológica para intervenir en la medida de sus posibilidades para el bien de los pacientes y su familia, evitando con ello que aumente la morbilidad y mortalidad en general que se encuentran asociadas a la muerte y los duelos. El médico con la debida formación tanatológica puede brindar asesoramiento a la persona en duelo, le podrá ayudar a cerrar ciclos, a que exprese sus emociones y supere los diversos obstáculos que se encuentre en su camino para reajustarse a la pérdida, le podrá animar a despedirse y a sentirse cómoda al volver a disfrutar la vida. Es así como podemos darnos cuenta de que la capacitación del cuerpo médico, que se encuentra en tanto en contacto con el duelo y la muerte se vuelve una necesidad importante.

## **CONCLUSIONES.**

“La confrontación con la muerte, los moribundos y el duelo es una realidad cotidiana para los médicos en su práctica clínica. La muerte es uno de los problemas esenciales del hombre, circunstancia frente a la que se presenta un intenso temor, de ahí las dificultades para que el médico pueda enfrentarla con serenidad” (Gómez, E., 2000: 247).

El concepto popular de que la función del médico se limita a luchar contra la muerte, aparte de no ser correcto, lo coloca en la incómoda posición de perdedor obligado, porque en última instancia la muerte siempre saldrá ganando.

Al médico se le educa y entrena para enfrentar la enfermedad y para conservar la vida pero no se le forma en el manejo de la muerte, que es una circunstancia común para todo ser humano y que es el final previsible de toda persona y una experiencia ineludible para el personal de salud, incluido el médico.

El tema de la muerte es uno de los más difíciles de tratar en la Medicina y en la vida. Es un tema multidisciplinario que rebasa con mucho el modelo médico y que implica para su comprensión abordajes filosóficos, religiosos, espirituales, tanatológicos, artísticos, sociológicos, económicos entre otros.

La función del médico no debe ser solo la de identificar la causa de una enfermedad y explicar la situación de enfermedad o el porqué de la muerte, sino debe tener una visión más amplia de lo complejo del ser humano y sus circunstancias, que le permita comprenderse y comprender lo que está ocurriendo y así poder apoyar las decisiones, expresas o no, de la persona con respecto a su salud y a la preparación para la muerte.

La falta de enseñanza de un tema tan importante como la muerte dentro de la carrera de Medicina contribuye a la dificultad con que se encuentran médicos en los hospitales cuando se ven enfrentados a la muerte de su paciente.

La situación del médico ante la muerte no solo es propiamente de él, sino que él responde dentro de una cultura negadora de la muerte, lo importante es tomar conciencia de esto y plantear la muerte como un tema obligado de reflexión y de estudio.

Es necesario que los médicos dispongan de herramientas para que lleve al cabo un buen desempeño profesional, el que pueda analizar su propia práctica médica desde el punto de vista ético, así como su trascendencia existencial en la profesión que realiza, todo lo cual redundará en su propio mejoramiento personal y para con sus pacientes. Debe analizar las dimensiones de su persona, clarificar sus emociones e integrar sus sentimientos acerca de su propia muerte, a fin de estar en condiciones de apoyar a personas en la última etapa de su vida. Además debe tener en cuenta que su actitud es vital para el adecuado manejo de los

enfermos y en gran medida condiciona la actitud de los propios pacientes ante su enfermedad y la proximidad de su muerte.

En cuanto a la información médica sobre el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad, habrá que tener presente que este conocimiento puede tranquilizar al paciente, pero siempre que la información sea pertinente y se ofrezca en el momento y lugar adecuados, paso a paso y no de forma brutal, además es recomendable siempre tener presente las etapas por las que atraviesa el paciente. La información en los pacientes favorece la adaptación psicológica, los niveles previos de funcionamiento y la disminución de la sintomatología psicopatológica aparecida al inicio de la enfermedad en los pacientes, lo cual es de gran apoyo para el médico.

El médico ante la muerte, debe aprender a ser compasivo, paciente y sincero; proporcionar al enfermo (o procurar que alguien lo haga): apoyo emocional y espiritual, además del físico; evitar el aislamiento de su familia siempre en cuando sea posible; hacer lo posible por evitar el sentimiento de culpabilidad en la familia, guiarlos en el sentido de que se convenzan de que están haciendo todo lo posible por su paciente; la prioridad siempre deberá ser mantener la dignidad humana del paciente; y finalmente, el médico tiene derecho a tener ayuda en lo personal de apoyo profesional, psicológico, espiritual y legal.

La enseñanza de la Tanatología es imperiosa para el médico que se encuentra tan en contacto con la muerte. El médico debe estar preparado para el apoyo al paciente y su familia, y tener en cuenta que dentro de su profesión no siempre se puede salvar la vida ya que la muerte es parte de un ciclo vital irremediable que debe entender y saber atender.

Finalmente no se trata de tener especialistas de pacientes moribundos, sino como decía Elisabeth Kubler Ross, se trata de formar a los profesionales sanitarios para que sepan enfrentarse a estas situaciones y buscar soluciones, que pasan por reconocer las necesidades de los pacientes y de los profesionales.

## BIBLIOGRAFÍA.

\_\_\_\_\_. ¿COMO ENFRENTAR LA MUERTE? TANATOLOGIA. Ed. Trillas, México, 2008.

Aguirre Sandoval, Alberto. *“El médico frente a la muerte”*. Revista del Instituto Médico Sucre. Bolivia, 2007, Vol. LXXII. Núm. 130.

Calle, Jorge. Restrepo, Diana (¿?). *“El médico frente a la muerte”*. En [www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewPDF](http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewPDF).

Carmona, Zoraida. *“El sentir de médicos y enfermeras ante el duelo y la muerte del paciente”*. Revista electrónica de Portales Médicos. 2008, Vol. III. N.11.

De Fonegra de Jaramillo, Isa. *“El médico ante el sufrimiento del paciente que enfrenta su muerte”*. ARS Médica.2000, Vol. 2.

Dueñas Tentori, Héctor. Et al. *“Aspectos conductuales del médico frente al paciente moribundo y sus familiares”*. En [www.topia.com.ar/articulos/36-condu.htm](http://www.topia.com.ar/articulos/36-condu.htm)

Fonnegra De Jaramillo, Isa. DE CARA A LA MUERTE. Ed. Andrés Bello, Colombia, 2001.

Garduño Espinosa, Armando. CRONICAS DE LUCES QUE SE APAGAN. NIÑOS CON ENFERMEDAD TERMINAL. Ed. Corinter, México, 2007.

Gómez Esteban, Rosa. *“Las ansiedades del médico frente a la muerte”*. Psiquiatría Pública. 2000, Vol. 12. Núm. 3

Hernández Cabrera, Gisela. Et al. *“Actitud ante la muerte en los médicos de Familia”*. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002,Vol. 18, Núm.1.

Kubler-Ross, Elisabeth. SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS. Ed. de Bolsillo, México, 2006.

Kubler- Ross, Elisabeth. LA RUEDA DE LA VIDA. Ed. Zeta Bolsillo, España, 2007.

Kubler-Ross, Elisabeth. LA MUERTE: UN AMANECER. Ed. Luciérnaga, España, 2006.

Meza Dávalos, Erika. Et al. *“ El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales”*. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas. 2008, Vol.13. Núm.1.

Pérez Tamayo, Ruy. *“El médico y la muerte”*. Dolor, clínica y terapia. 2004, Vol. III. Núm. 4.

Solidoro Santisteban, Andrés. *“El médico, la muerte y el morir”*. Diagnóstico. 1999, Vol. 38. Núm.1.

Torres Godoy, Pedro. *“Médicos, psicólogos y terapeutas de duelo de cara a la vida y a la muerte”*. Conferencia en el Diplomado de Dramaterapia, Universidad de Chile.

Urraca Martínez, S. *“La comunicación no verbal en la relación médico-enfermo”*. Jano. 1991, Vol. 953.