

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RESPECTO A LA MUERTE Y
EL DUELO EN MEDICOS RESIDENTES

Estudio descriptivo transversal realizado en médicos residentes del Hospital
General San Juan de Dios durante Mayo de 2,002.

MARIA GABRIELA GONZÀLEZ GATICA

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, julio de 2002

INDICE

I. Introducción	1
II. Definición y Análisis del Problema	3
III. Justificación	5
IV. Objetivos	7
V. Revisión Bibliográfica	8
VI. Material y Métodos	38
VII. Presentación de Resultados	42
VIII. Análisis y Discusión de Resultados	62
IX. Conclusiones	68
X. Recomendaciones	70
XI. Resumen	71
XII. Referencias Bibliográficas	72
XIII. Anexos	77

I. INTRODUCCION

El Hospital General San Juan de Dios, institución pública dedicada a brindar servicios de salud de Tercer Nivel, se ubica en la capital de Guatemala. Es uno de los 2 Centros metropolitanos de referencia nacional y dado la complejidad de los casos que en él se atienden, presenta tasas importantes de mortalidad. Su infraestructura posee varios servicios y para su funcionamiento tienen vital importancia estudiantes de medicina de pregrado y médicos residentes de los diferentes rangos jerárquicos de las especialidades de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Traumatología y Anestesia, con programas avalado por la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Al ser un Hospital escuela, la mayor carga de atención directa a los pacientes, recae en el médico residente. Son ellos, los que se enfrentan predominantemente ante el fenómeno de la muerte y quienes tienen a su cargo la difícil tarea de informar sobre las enfermedades terminales, el fallecimiento de la persona y conversar con la familia durante el proceso de duelo; lo cual produce una carga psíquica y emocional en ellos al no tener un conocimiento adecuado para afrontar dichas situaciones. Ante todo lo anterior, estudiar el conocimiento y las actitudes acerca del tema Muerte-Duelo en el personal antes descrito de la Institución, es necesario para conocer de qué forma puede mejorarse, aportando ideas y soluciones para así prestar un mejor servicio tanto a los pacientes en estado terminal como a la familia que los acompaña.

El estudio evidenció que los médicos residentes no poseen un conocimiento teórico sobre el manejo del paciente agonizante, el momento de la muerte y el proceso del duelo, pues solamente el 58 % y el 22% han estudiado el tema de muerte y duelo respectivamente. Así mismo, 65 % admitieron hablar con

la familia durante el duelo, 96 conversan sobre la enfermedad, 106 conversan con la familia sobre la muerte, pero únicamente 29 conversan con el paciente sobre su muerte; desconociendo el contenido y la calidad del plan educacional.

Parte de una atención integral consiste en la formación de un grupo multidisciplinario que tenga la responsabilidad de dar información y atención con excelente calidad, basándose en los conocimientos teóricos adquiridos y en la sensibilización de cada individuo. Para lo anterior, es necesario implementar en los programas de estudio de pregrado y postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el estudio sistematizado de muerte y duelo.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La muerte constituye uno de los interrogantes más grandes que atormenta al hombre, por ser el único mortal que tiene conciencia de su propio fin y así lo expresa. (41)

La muerte actualmente se toma como la presencia de paro cardiorrespiratorio, lesión celular irreversible principalmente neuronal y el cese de las funciones tronculares y corticales. (18, 26, 33, 34, 39)

El duelo es considerado el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática por lo cual siempre es dolorosa. (22, 23, 24, 28, 32, 40, 50)

Desde siempre los seres humanos han pensado en la muerte para explicar la vida, entender la ausencia, resolver el dolor, reorganizarse socialmente; de ahí que la muerte también esté presente en las elaboraciones simbólicas de los rituales relativos a las crisis de adaptación, cambios de edad y de estatus. La muerte es parte integral del ciclo de vida, pero su carácter impredecible y misterioso genera en la conciencia humana una gran ansiedad tanatofóbica.

La tanatología percibe al hombre como un todo, con sus necesidades y realidades físicas, psicológicas, espirituales, sociales y culturales. Contemplando antes que nada al enfermo terminal o en fase terminal, y luego a quienes le rodean: familia, amigos, equipo terapéutico e interdisciplinario, etc. Esto incluye a todos aquellos que en algún momento y por algún motivo específico, tienen que enfrentarse con la muerte de un ser humano.

En la actualidad la enseñanza sobre la muerte y el duelo es limitada en cuanto a carga horaria y extensión temática en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Es de suponer que debido a ello, el médico residente presenta carencias en cuanto a su nivel de conocimientos respecto al tema y actitudes no idóneas para enfrentarlo en su práctica hospitalaria cotidiana.

III. JUSTIFICACION

Los seres humanos, como parte del proceso de crecimiento y desarrollo, tienen que enfrentar diversas situaciones que implican pérdidas y separaciones. Como parte del proceso de la vida tienen que enfrentar al único hecho universal y cierto de este proceso, que es la muerte. (49)

La actitud que una persona tenga hacia la muerte depende mucho del entorno tanto cultural, familiar y religioso.

Sorprende que, siendo la muerte un aspecto tan decisivo de la historia de nuestras vidas y un punto culminante del simbolismo ritual en todas las culturas, sea ahora una temática encubierta que, sin embargo, transita constantemente entre toda suerte de eufemismos y espectacularidad en los medios de comunicación. La razón de este encubrimiento hay que buscarla en que la muerte ha pasado a ser el último tabú en nuestras sociedades y, virtualmente, uno de los objetivos tácitos más importantes en la reconfiguración de los viejos mitos y la manipulación ideológica de la eterna juventud y el progreso.

La estrecha relación entre el enfermo y el personal que le atiende crea vínculos muy fuertes, que cuando finaliza en la muerte provoca impacto emocional, desolación y crisis de identidad, que es más fuerte al inicio de la carrera y va decreciendo con el paso del tiempo.

El ejercicio de la profesión médica requiere un conocimiento básico pero suficiente sobre la muerte y el duelo. El pensum de la carrera de médico y cirujano, al igual que el de las especialidades no contempla o sólo lo hace en forma mínima

dicha temática. El profesional médico puede desembocar en un poso melancólico al no ser capaz el profesional de manejar y asimilar su frustración.

El médico no puede reducir al paciente terminal nunca a un mero sistema fisiopatológico desintegrado. Es eso, pero es mucho más: es una persona. Su visión ha de integrar la imagen del sistema irreparable, con la del ser humano al que no puede abandonar y respetará y cuidará hasta el final. Ahí está la grandeza de la medicina paliativa: ver a un tiempo personas para seguir a su lado, y una biología naufragada para abstenerse de acciones fútiles. Reconocer la imposibilidad de curar es manifestación de humanidad, ética llena de solicitud y de esa humildad propia del científico riguroso. (1)

Es importante que los equipos multidisciplinarios de profesionales insertos en las instituciones de salud tengan sensibilidad, respeto, y que sean activos y creativos respecto a las necesidades de los seres humanos a los que están tratando. (12)

La ética se incorpora al sistema de valores de quien la practica e influye en todos los aspectos de la vida.

Conocer el nivel de conocimientos y las actitudes en médicos residentes respecto a la muerte y el duelo nos debe brindar una base para determinar en qué medida se debe fortalecer la enseñanza de dicha temática en la Facultad de Ciencias Médicas.

IV. OBJETIVOS

A. Objetivo General:

Identificar los conocimientos y actitudes respecto a la muerte y el duelo en médicos residentes egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el Hospital General San Juan de Dios.

B. Objetivos Específicos:

1. Determinar los conocimientos predominantes en los médicos residentes en relación a la muerte y el duelo.

2. Identificar las actitudes de los médicos residentes en relación a la muerte y el duelo.

3. Identificar el momento del proceso de enseñanza aprendizaje en donde se obtuvo conocimiento con respecto a muerte y duelo.

4. Relacionar comparativamente los conocimientos y actitudes en relación a muerte y duelo en los residentes según especialidad, distintos niveles de especialización, edad y religión.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. LA MUERTE

1. Concepto:

El concepto de muerte ha variado en la historia, hasta llegar al criterio actual de muerte cerebral. La ansiedad frente a su definición no se inicia con la era de la tecnología moderna. La muerte en sí no se ha definido en términos objetivos, sino que es una construcción subjetiva y basada en valores. (26, 32)

La muerte más que un hecho es un acto humano en un entorno histórico y social. (41)

2. Aspectos Históricos Conceptuales:

Históricamente diferentes observadores reconocieron que todas las partes de un organismo no morían en forma simultánea y que específicamente ciertos órganos eran indispensables para la supervivencia del organismo.

Los médicos griegos reconocían que el proceso de morir podía iniciarse en los pulmones, el cerebro o el corazón, pero era éste último el centro vital. Para los hebreos y los cristianos lo era la respiración.

En el siglo XII se señala la cabeza y la muerte se interpreta como la consecuencia de la pérdida de la guía del alma. De todas formas se presentaban errores de diagnóstico y se cuestionaron la ausencia de pulsación cardíaca y de respiración como definiciones de muerte.

Philip Aries habla de la muerte amaestrada, en la alta Edad Media (hasta Siglo XII), donde tanto para el pagano como para el cristiano la muerte constituye un fenómeno necesario, no negado. A la muerte no queda otra que aceptarla.

Coincidentemente con la cultura moderna que se inicia en la baja Edad Media (Siglo XII), se produce lo que Aries denomina la muerte de uno mismo. Se marca

aquí la confrontación de la vida con la muerte de uno mismo. Acompaña a esto una iconografía macabra, típica de este período, en relación con la aparición de la peste negra en Europa, y con la apertura del cuerpo para saber más de él (disección de cadáveres). Hay un intento de domesticar la muerte desde un aspecto técnico, es decir, el hombre se enfrenta con la muerte, no ya en una actitud de resignación sino en una forma agresiva.

Durante el Renacimiento, hacia 1,600, el médico papal Paulus Zachías escribió que ningún signo diferente al inicio de la putrefacción podía diferenciar con certeza entre el vivo y el muerto.

En Francia, entre el 1740 y 1767 se iniciaron las maniobras de respiración artificial para reanimar víctimas de ahogamiento y sofocación. La resucitación eléctrica de humanos comenzó en 1774 y con la introducción hacia 1786 de la anestesia inhalatoria, se adicionaron nuevos argumentos para la confusión en los criterios que diferenciaban la vida de la muerte.

A partir del siglo XVIII la comunidad médica se esfuerza en determinar en forma más sensible la muerte. El espejo, la pluma y la vela frente a la nariz y la inmersión en agua, para detectar burbujas, fueron pruebas para determinar respiración.

En la primera mitad del siglo XIX se describe la muerte del otro, que sería una forma romántica de enfrentarse con la muerte. El Romanticismo hace un culto a la muerte, sufre la seducción de la muerte, exalta la muerte del otro, la del amante, del prójimo. Esto va acompañado de la creación de una iconografía especial, de rituales alrededor de la muerte y de cementerios donde las tumbas proyectan este sentir la muerte del otro, como el de Génova, donde se hace referencia a la búsqueda de la última morada por parte del peregrino.

A partir de la segunda mitad del Siglo pasado, comienza a borrarse la muerte como problema, como consecuencia de la mentalidad positivo-científicista, que

comienza a predominar. La Ciencia y la Técnica que avanza, hacen de esta etapa lo que Aries denomina la muerte borrada o prohibida, la muerte como tabú. Esto aparece no sólo en los discursos sino también en los ritos funerarios. El duelo desaparece, el entierro se hace cada vez más higiénico. El Cementerio de Arlington constituye el más claro ejemplo que se contrapone al de Génova.

Luego se generalizó el empleo del recientemente descubierto estetoscopio; para evaluar la circulación se recurría a la palpación del pulso, su auscultación, la sección de arterias, la observación de livideces y la depresión ocular eran comunes. Otras pruebas incluían la no respuesta dérmica a sustancias inflamatorias y la inactividad frente al sonido de trompetas al oído. Ganó la aceptación como criterio de muerte la no respuesta a la ventilación mecánica. (9, 26, 41)

En 1959, Neurólogos franceses reportan los primeros casos de pacientes con daño cerebral masivo que continúan "vivos" sin signos de actividad cerebral gracias a la ventilación mecánica, lo que cuestiona el entonces bien establecido concepto de muerte. Denominan a este estado "*coma dépassé*" (mas allá del coma).

En la década de los 60 aparecen más casos similares reportados en la literatura médica y en 1968, el Comité de la facultad de medicina de Harvard constituido por 10 médicos, un abogado, un teólogo y un historiador formula el primer criterio para la determinación de muerte basados *en un total y permanente daño cerebral*, acuñándose el concepto de "*muerte cerebral*". (39)

La Asociación Americana de Medicina (AMA) en 1981 aceptó como definición de muerto: "Un individuo que presenta o 1) cese irreversible de funciones circulatorias y cardíacas, o 2) cese irreversible de todas las funciones del cerebro, incluyendo el tallo cerebral. La determinación debe realizarse acorde con los parámetros médicos aceptados."

Las razones para delimitar los criterios de muerte es poderla diagnosticar y declarar muerta a una persona. Así puede la sociedad iniciar los procesos de duelo, los ritos religiosos, los funerales y aceptar la muerte biológica. Legalmente pueden entonces leerse los testamentos, disponer de las herencias, reclamar seguros, establecer nuevas uniones y darle curso a diferentes procesos legales. Médicamente puede suspenderse el cuidado y si hay criterios plenos de muerte cerebral, procederse a la donación de órganos.

La declaración de muerte a partir de criterios de muerte cerebral fue la consecuencia lógica de la evolución del cuidado médico en el Siglo XX. (26)

3. Aspectos Filosóficos de la Muerte:

La muerte puede ser considerada como a la partera filosófica de todos los mortales, porque cumple una función humanizadora, al hacer ver de una manera incontrastable, que todos los mortales, cualquiera sea su origen, credo o condición social, se igualan ante ella. (41)

Cada humano tendrá una filosofía de la vida distinta, con sus creencias y sus religiones. (25, 40)

En el hombre el principio del eros, biológicamente realizado como instinto erótico o libido, condujo a Freud al descubrimiento de otro contrapuesto a él, el principio del thánatos, que biológicamente constituye el instinto de muerte. (3, 41) Ambos, eros y thánatos, con expresiones e intensidades distintas, según el momento, operan en el hombre constantemente desde el inicio de su vida hasta el momento de su muerte.

Según Furlow, al proceso del morir podemos compararlo con 3 anillos concéntricos:

a. El primero, exterior, es la propia vida social, que está hecha por el comportamiento y las relaciones interpersonales. Es la más vulnerable y la primera en morir. Es la muerte social.

b. El segundo círculo representa a la vida intelectual, esa parte de nuestra constitución que nos separa del resto del mundo biológico. Este nivel se caracteriza por la conciencia y la interacción racional, que derivan de la región superior del encéfalo. Cuando la muerte ha llegado a esta región sucede la muerte física o muerte clínica.

c. El tercer círculo pertenece a la vida biológica, controlada principalmente por el tronco cerebral. No es únicamente humana porque se comparte con los no humanos. La pérdida de la función de esta región constituye la muerte biológica o vegetativa.

Así como los avances registrados en Genética y Biología molecular nos hacen cada vez más difícil determinar cuándo comienza la vida humana, la tecnología médica hace también difícil marcar los límites que existen entre la vida y la muerte.

Tales avances han desarrollado un misticismo, toda vez que se cree, que cuando una enfermedad entra en el cuerpo de una persona, el médico una vez abierto su maletín es capaz por medio de sus trucos, de sacarla o neutralizarla, para que el enfermo pueda seguir viviendo. El resultado de este fenómeno es que también aquí se desdibuja la línea que separa la vida de la muerte. (39, 41)

4. Aspectos Culturales y Religiosos de la Muerte:

La muerte parece un ejemplo paradigmático de lo que puede llamarse un "hecho social". (16) Sabemos que la muerte y las pérdidas sensibles tienen lugar en un contexto social, en función de organizaciones, definiciones profesionales de rol social, interacción y significado social.

Diferentes culturas manejan el problema de diferente manera. En la sociedad occidental, históricamente, el luto ha dejado de ser una costumbre donde se especificaba indumentaria, comportamiento y límites de interacción y tiempo. Al parecer existe una rápida caída de prestigio y des-acreditación de la persona de duelo.

Gorer (17) señaló que las dificultades actuales para enfrentar la pérdida de un ser amado se deben, en parte, a la ausencia de rituales establecidos y patrones estructurados de duelo. El significado de la muerte se define socialmente, y la naturaleza del duelo y el luto reflejan la influencia del contexto social en donde ocurren. (7)

De vez en cuando hay grandes variantes en los niveles de práctica de una persona a otra que practique una religión específica, a pesar de esto, las familias generalmente se sienten muy complacidas si el cuerpo médico manifiesta interés en sus creencias y en su cultura y reconoce que el paciente puede tener necesidades en estas áreas de su vida. (46, 47)

a. La Iglesia Cristiana:

Para el cristiano, que confía en la resurrección de los muertos y en la vida futura, la muerte no es definitiva, pero no por ello menos tremenda. Es el momento de ajustar cuentas ante Dios, quien provee de alma al cuerpo, haciéndole participar de lo espiritual.

El enlace cuerpo-alma se disuelve con la muerte que es, junto con el juicio, el infierno y la gloria, una de las cuatro postrimerías del hombre -también denominadas novísimos- o situaciones que le esperan al final de sus días. (45)

En el corazón de la religión cristiana está la figura de Jesucristo quien, ante los cristianos, ha sido tanto humano como divino.

Ellos aceptan y tratan de seguir sus enseñanzas como están escritas en el Nuevo Testamento, así como el desarrollo y la aplicación de esta enseñanza en la vida de la Iglesia. Los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios. También creen que por la resurrección de Cristo, El salvó al mundo de la muerte y del pecado y que da nueva vida a quienes crean en El. Esta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser experimentada por el creyente cuando se convierte en cristiano a través del rito del bautismo con agua en “el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo”. El creyente recibe el don del Espíritu Santo en el bautismo y su compromiso con Jesucristo se reafirma posteriormente en vida a través de la Confirmación o Comunión.

El paciente católico normalmente deseará ver a un sacerdote y recibir la “extremaunción”. En un principio esto se asociaba con los “últimos ritos”, pero actualmente se les administra a personas que no necesariamente están agonizando y tiene como objetivo ayudarlos a lograr la verdadera salud y no sólo prepararlos para la muerte.

En el caso de los bebés o niños pequeños, los padres pueden desear que sean bautizados y que se les ponga en contacto con el capellán apropiado. Ante una situación de urgencia, un miembro del cuerpo médico puede bautizar a un niño si el capellán no está disponible.

A la hora de la muerte, los parientes pueden desear que un sacerdote esté presente para orar con o por el moribundo así como para recomendarle a Dios el cuidado de esa persona y ofrecer apoyo a los familiares. Por lo general, hay dos aspectos de estas oraciones de comendación en que se expresa confianza en Cristo y en su labor de salvación que son tanto encomendar al moribundo a la merced y al amor de Dios, así como autorizarle morir. (47)

b. Budismo:

Los budistas creen en la reencarnación, por lo que deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en vidas posteriores.

Generalmente creman a sus muertos con el fin de que su alma pueda ser liberada del cuerpo para entrar dentro de su siguiente existencia. Normalmente no hay ninguna creencia solemne final, con excepción de que el cuerpo debe ser envuelto en una sábana lisa, sin ningún símbolo después de que el cuerpo médico realizó los servicios tradicionales finales. Lo más importante es que el sacerdote Budista sea informado lo más pronto posible y el tiempo de depósito depende del calendario lunar, pudiendo variar de 3 a 7 días.

c. Judaísmo:

Existen oraciones especiales que pueden rezarse en tiempo de enfermedad y cuando se acerca la muerte, sin embargo, en el Judaísmo no hay ninguna necesidad particular de que un intermediario proporcione los “últimos ritos” y por tanto, un judío agonizando puede solicitar no ver a un Rabino. Cuando la muerte ocurre, hay manera respetuosa y especial de tratar el cuerpo y no se permite ninguna mutilación del mismo a menos de que haya alguna disposición legal definida para practicar una autopsia.

El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas o tan pronto como sea posible y el cuerpo, por lo general, se entierra. El cuerpo es lavado en forma especial y amortajado antes de ubicarlo en un sencillo ataúd y de que se pronuncien las oraciones. Es importante que el cuerpo médico o el asistente traten al cuerpo con respeto y con cuidado por el pudor del individuo.

d. Hinduismo y Sikhismo:

Para los asiáticos, la higiene y el pudor son dos aspectos muy importantes de la vida así como el respeto hacia los profesionistas de cualquier raza. Se espera que los practicantes de la medicina tradicional sean hábiles, incorruptos y que respeten la confidencialidad. De aquellos que practican la medicina occidental se espera que mantengan en alto los mismos patrones.

Si un paciente Hindú está agonizando en el hospital, algunos parientes aprovecharán la oportunidad para sentarse con él y leer un libro sagrado como Bhagavad Gita capítulos 2, 8 y 15. Si el sacerdote Hindú está presente, puede ayudar a las personas a aceptar la muerte de una manera filosófica. Puede, así mismo atar un hilo alrededor del cuello o de la cintura del paciente como una bendición.

El paciente puede desear acostarse en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de la muerte y ayudar así a la subsiguiente encarnación. Después de la muerte, los parientes procederán a lavar el cuerpo y vestirlo con ropa nueva antes de sacarlo del hospital.

e. Musulmanes:

Su libro sagrado es el Corán y su día sagrado el viernes. Generalmente la mezquita local proveerá los servicios de un imán o sacerdote cuando la familia no ha establecido aún el contacto necesario.

Un paciente en cama necesitará una oportunidad para lavarse antes de rezar y después de ir al baño. Un moribundo deseará continuar su patrón normal de oraciones tanto como sea posible.

En el momento de la muerte, las últimas palabras en labios de un musulmán deberían ser "No existe ningún otro Dios que no sea Alá y Mahoma es su profeta". Cualquier practicante musulmán puede decir esto al oído del moribundo si éste es

incapaz de decirlo por sí mismo. Después del deceso, el cuerpo no puede ser tocado ni lavado por nadie que no sea musulmán. Se le debe voltear la cabeza hacia el hombro derecho para enterrarlo con la cara hacia la Meca, los miembros enderezados y el cuerpo envuelto en una sábana sencilla. Generalmente el entierro se lleva a cabo de preferencia en el transcurso de 24 horas. (47)

Algunos dolientes no manifestarán ningún sentimiento de dolor ya que hacerlo es visto como una señal de fe en Alá.

f. Humanistas y Ateos:

“El hombre es la medida de todas las cosas” es la piedra angular de la filosofía humanística, que piensa que el hombre puede, por sí mismo, mejorar su propia situación sin ninguna ayuda sobrenatural. Un humanista, por tanto, tiene fe en la inteligencia del hombre para traer sabiduría y comprensión al mundo y poder resolver los problemas morales de libertad, tolerancia, justicia y felicidad. Por la relación tan estrecha entre el cuerpo y la mente es inevitable, señala el humanista, que al morir, la vida de una persona se termine por completo. Por tanto, no creen en la inmortalidad. (47)

5. Conceptos y Criterios para Declaración de Muerte:

Dentro de los conceptos y criterios que se utilizan actualmente para declaración de muerte en un individuo se encuentran:

a. Parada Respiratoria:

Es la falta de respiración y como consecuencia ocurre una falta de oxígeno necesario para la vida.

b. Parada Cardiorrespiratoria:

Es la interrupción brusca e inesperada de la respiración y circulación espontánea. Puede comenzar como parada respiratoria que evolucione a Paro Cardiorrespiratorio por falta de oxígeno al miocardio; si la parada inicial es cardíaca habrá un deterioro de órganos vitales por falta de oxígeno.

Si se produce una parada cardiorrespiratoria el tiempo de supervivencia del cerebro sin que sufra daños ronda los 4 a 6 minutos; si pasan más de 10 minutos el daño cerebral será incompatible con la vida; pero todos estos tiempos son relativos a las causas, factores ambientales y fisiología del paciente.

Los síntomas con los que cursa son la ausencia de pulso central y respiración, palidez en la piel o cianosis, midriasis acusada, en los primeros minutos enfriamiento progresivo del paciente. (13, 18, 30, 42)

c. Muerte Clínica:

La muerte clínica o aparente es la ausencia en el individuo de constantes vitales apreciables (latido cardíaco y respiración) sin que se produzcan lesiones. Es una situación potencialmente reversible si se inicia la resucitación cardiorrespiratoria a tiempo y adecuadamente.

d. Muerte Biológica:

La muerte real o biológica es la ausencia de constantes vitales apreciables, así como de actividad eléctrica cerebral (encefalograma plano) de lo que se deduce la muerte cerebral, por la cesación de los procesos de síntesis y replicación con pérdida irreversible de la integración de las unidades biológicas, especialmente de las células nerviosas; a pesar de que artificialmente se puedan mantener las constantes vitales del cadáver. Representaría el umbral definitivo entre la vida y la muerte. (18, 26, 33, 34,39)

e. Muerte Cerebral:

Para determinar este diagnóstico se debe demostrar el cese de la función Cortical y Troncular en forma irreversible para lo cual es necesario documentar los siguientes *tres cardinales hallazgos clínicos* (estos deben establecerse en ausencia de todo efecto de medicación sedante o relajante):

i. La presencia de Coma Profundo:

Ausencia de respuesta, ya sea consciente o refleja, a estímulos externos de cualquier tipo, teniendo en cuenta que los reflejos espinales, viscerosomáticos y visceroviscerales no necesariamente deben estar ausentes.

ii. La pérdida de todos los reflejos del Tallo Cerebral:

- Pupilar (No respuesta a la luz y posición en línea media con tamaño de 4 a 9 mm).
- Oculocefálicos (No respuesta al movimiento de la cabeza - si no hay fractura o inestabilidad cervical).
- Oculovestibulares (No respuesta a la irrigación de cada oído con 50 cc de agua fría hasta por 1 minuto después y con un intervalo mínimo de 5 minutos entre lado y lado).
- Pontinos (Ausencia de reflejos corneano, mandibular, de chupeteo, mentoniano y de trompa).
- Bulbares (Ausencia de reflejos nauseoso y carinal teniendo en cuenta que la alteración de la frecuencia cardíaca en respuesta a este último se considera una respuesta positiva).

iii. Dos pruebas de hiperoxigenación apneica positivas:

Deben realizarse siempre dos pruebas con un intervalo mínimo de seis horas. Debe tenerse en cuenta que el resultado de éstas pruebas puede ser Fallido, Positivo o Negativo. (21, 39, 43)

B. Tanatología:

1. Concepto:

Etimológicamente significa: *thánatos* muerte y *logos* estudio o tratado, es decir, estudio sobre la muerte y sus manifestaciones. (12, 37)

Dicha ciencia humana tiene como objetivo ayudar al enfermo terminal y a sus familiares o amigos a afrontar el proceso de muerte o pérdidas de diferentes tipos, promoviendo además el amor a la vida desde una perspectiva integral, concibiendo al hombre como un ser bio-psico-social-espiritual.

La tanatología percibe al hombre como un todo, con sus necesidades y con sus realidades físicas, psicológicas, espirituales, sociales y culturales. Contemplando antes que nada al enfermo terminal, o en fase terminal, y luego, a quienes le rodean: familia, amigos, equipo terapéutico interdisciplinario (médicos, enfermeros, psicólogos, sacerdotes, trabajadores sociales, abogados), etc. Es decir, a todos aquellos que en algún momento y por un motivo específico, tienen que enfrentarse con la muerte de un ser humano y que son sometidos frecuentemente a un fuerte "stress".

La tanatología se ha llegado a convertir en una especialidad que tiene una base interdisciplinaria; en especial con ciencias humanas, como medicina, psicología, enfermería y sociología; implicando también áreas como trabajo social, educación, antropología, religiones, justicia, ética, entre otras.

Ha sido durante los últimos 20 años cuando los profesionales de la salud han empezado a mostrar interés relacionado con el proceso de muerte y el duelo que acompaña a quienes han tenido alguna pérdida significativa en sus vidas, a reconocer la importancia que estos procesos desempeñan en los problemas médicos y psiquiátricos.

Lo que la tanatología exige es una sensibilización y una formación seria y profunda; es decir, contar con una especialización en este campo; incluir dentro de la formación académica estudios serios y científicos, que preparen al profesional como tanatólogo. (4, 12, 31, 37)

2. Aspectos Éticos de la Muerte:

La limitación del tratamiento es justo lo contrario del demostrado encarnizamiento terapéutico, práctica derivada del empeñamiento en mantener la vida biológica a ultranza sin valorar ni la calidad de vida posterior, ni los deseos del sujeto. Normalmente, esta última actitud se considera contraria a la buena práctica médica ya que, aunque los profesionales sanitarios han sido formados en la lucha para salvar la vida, la muerte es una realidad que forma parte de esa misma vida y, desde luego, aunque sea fin de la medicina evitar la muerte prematura, no lo es intentar evitar lo inevitable alargando la agonía de un ser humano sin esperanza. Por ello, la limitación del esfuerzo terapéutico, en circunstancias en las que la recuperación no es posible y en las que lo único que se alarga es el proceso de la muerte, es una actitud profesional correcta y socialmente preferible. (44)

a. Ética:

Desde la ética de la virtud del Siglo de Pericles al utilitarismo de Stuart Mill mucho se ha escrito y discutido sobre el tema.

No sólo es importante el enfoque filosófico del término y sus problemas o consecuencias, sino más bien práctico, es decir, reflexionar éticamente desde la cotidianeidad y en este sentido el mejor comportamiento ético podría devenir de las palabras de Confucio: "No hagas a otro lo que para ti no quieras". Este sabio principio moral (del latín "mos", costumbre, norma) tiene su versión positiva en el Evangelio que cita: "amar al prójimo".

b. *Ética Médica:*

No es otra cosa que preguntarse (como médico) frente a un enfermo: "¿estoy haciendo con él lo que me gustaría que hicieran conmigo, de ser yo el paciente?". La contestación a ese interrogante puede distinguir al médico - robot del médico - persona; "persona", en su etimología greco - latina: lo que vibra detrás de la máscara, el "per-sonare", la mutua vibración que es el encuentro personal, esto es, la persona - enferma con la persona - médico, o como fue definida la medicina: "Una confianza que se entrega a una conciencia". (1)

La buena praxis, un principio con profundas raíces en la ética médica, es ejemplificada en la máxima "primum non nocere": primero no lastimes. Todos aquellos comprometidos y guiados por el principio de buena praxis toman decisiones que minimizan el daño, el cual puede ser tanto mental como físico y puede ser infligido a través de ciertos actos como aquellos que violan la privacidad de los pacientes. Dondequiera que el beneficio es un compromiso positivo, la buena praxis es negativa - refrenamiento de realizar algo que dañe. (1)

c. *Paciente:*

Miguel Unamuno definió al enfermo como "un ser humano, de carne y hueso, que sufre, ama, piensa y sueña". Quizá es la mejor definición, pues todos los textos de medicina tienen, en general, una visión "etic", esto es, en términos

antropológicos, una visión desde el observador no atendiendo el otro enfoque, el "emic", el del observado, lo que piensa, lo que siente el enfermo; en antropología médica al primero se lo denomina "disease" y al segundo "illness".

En este sentido no está demás recordar los "Derechos de los Enfermos"; respeto como persona, información, rechazo a un tratamiento o a una investigación, privacidad, confidencialidad, garantía de atención médica, idoneidad del equipo de salud, explicación de los costos, ser informado sobre sus derechos.

i. Paciente Grave:

Según Max Harry Weil (máxima autoridad mundial en Terapia Intensiva) define al paciente crítico y a la relación médico - paciente como: "Un paciente crítico es el que necesita un médico las 24 horas del día y los 7 días de la semana".

De todas maneras, lo importante en saber es fundamentalmente aquello que el paciente necesita, siente que necesita, más allá de las mediciones y parámetros biológicos.

Es común ver cómo los médicos están acostumbrados a fijar al paciente en esos términos, olvidándose de las necesidades sentidas por los pacientes; claro está que las mismas no van a surgir de una tomografía o de un estado ácido - base, sino de aquella relación persona - persona que hace, en definitiva, a la esencia del acto médico.

La práctica de la medicina que es la ciencia y el arte de curar a los enfermos y preservar su salud, significa para el profesional, el deber de desplegar una actividad técnicamente perfecta y someterse a la disciplina ética propia de su profesión.

La medicina, como otras profesiones tiene una deontología propia acorde con los actos que cumple quien se dedica a ella. Particularmente las reglas de conducta de una profesión son definidas por los Códigos de Deontología. Esta última proviene del griego "deontoslogos" que significa ciencia o tratado de los deberes.

(5)

ii. Paciente en Estado Terminal:

Estado terminal define una situación de muerte inminente inevitable, en la que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte. Para poder hablar con propiedad de estado terminal ha de tratarse de una enfermedad incurable hoy y ahora con pronóstico infausto a corto plazo.

- Medidas Concretas ante Pacientes Terminales:

* Acompañamiento: el médico no debe dejar de atender al enfermo con toda solicitud aún cuando no pueda curar. Sigue vigente el clásico principio de la ética médica que sintetiza la función asistencial del médico: **Curar, Aliviar, Consolar.**

* Información: la muerte es un hecho trascendente que afecta a la persona y a su entorno (familia, amistades, etc.). Se podría decir que cada uno tiene "derecho" a «vivir su propia muerte»; esto sería imposible sin la información adecuada. La tarea de informar debería corresponder a personas de confianza como los familiares, pero en la práctica esa tarea recae muchas veces sobre el personal sanitario. Es preciso saber dosificar la información. El engaño al paciente nunca es positivo, pues a fin de cuentas es él quien se va a enfrentar con su propia muerte. Por otra parte, de casi siempre el paciente es consciente de su situación grave y verse rodeado de medias verdades o mentiras aumenta su ansiedad y, sobre todo, su soledad.

* Atención Espiritual y Social: no se puede imponer una determinada conducta en este terreno, pero el médico, en el respeto de la libertad del enfermo, debe ofrecer la posibilidad de recibir la asistencia espiritual que desee y la posibilidad de atender a obligaciones morales graves como otorgar testamento, etc. antes de recurrir a medicaciones que puedan privarle de la conciencia.

* **Tratamientos Paliativos:** son aquellos que se administran para hacer más soportables los efectos de la enfermedad y especialmente eliminar el dolor y la ansiedad.

Cuidados mínimos: son aquellos que se deben a toda persona por el hecho de serlo, por lo que nunca pueden abandonarse, ya que responden a la consideración debida a la dignidad de la persona humana:

- **Alimentación:** oral o por sonda nasogástrica o gastrostomía. La nutrición parenteral total sólo debe administrarse cuando hay una razón curativa o paliativa clara, pero no parece razonable cuando se llega a una situación terminal.

- **Hidratación:** forma parte de las medidas paliativas, pues elimina la sed, contribuye a la estabilidad hemodinámica y, por tanto, contrarresta el malestar del paciente.

- **Cuidados Higiénicos:** mantenimiento de la piel, medidas antiescaras, higiene de la boca, cambio de ropa de cama, limpieza, etc. (44)

d. Ética Médica frente al Paciente Crítico:

i. La Medicina como Ejercicio del Poder:

Aristóteles decía que todos los conocimientos se podían resumir en dos saberes según su utilización: el saber de servicio y el saber de poder. Es menester como médicos, a partir de la práctica, internalicen críticamente lo social en los pacientes en oposición a la externalización social de la medicina clásica. Visualizar la cultura en la medicina más que la medicina de la cultura, esto es, ponderar, medir, la influencia de las pautas culturales en nuestra práctica, desde esas redes del poder hegemónicas en y por un positivismo cientificista. Debe, el médico darse cuenta cómo o cuándo es utilizado en nombre del positivismo por la "nomenclatura

médica", convirtiéndose en aliados inconscientes o involuntarios (lo que puede desculpabilizarlos pero no desresponsabilizarlos) de la "medicalización de la vida".

ii. El Poder en la Relación Médico-Paciente:

En la atención del paciente grave, a los derechos del mismo, debe agregarse el derecho a una muerte digna, entendiendo como tal a aquella sin dolor, con lucidez para la toma de decisiones y con capacidad para recibir y dar afectos.

Desafortunadamente, muchas veces y debido al poder que se ejerce sobre los pacientes, sumado a una educación médica triunfalista que ve en la muerte solamente el fracaso de la medicina, lleva, a veces, a una suerte de "ensañamiento terapéutico", prolongando una agonía y/o negando la posibilidad al enfermo de una muerte digna, en compañía de sus seres queridos, situación denominada "distanasia" y resultante de una irracionalidad en el uso de los recursos tecnológicos y, por otra parte, tema de continuo debate, el de la Eutanasia.

El enfermo necesita algo más que remedios y aparatos, necesita del médico como persona - médico y en esta relación la palabra es fundamental; pero, ¿qué decirle a un paciente en esas circunstancias? Siempre, con un mensaje de esperanza, las palabras serán un bálsamo. Por ejemplo: cuando un paciente crítico pide: "doctor, tómeme el pulso". Aunque a través del cardioscopio se conozca el resultado numérico, lo que el médico debe entender o comprender es que el paciente le está diciendo: "a mí nadie me toca", significa encontrar el sentido más allá del significado literal: muchos pacientes mueren "con hambre de piel", saciarlos de ello no significa pecar de "paternalismo".

Por otro lado, el efecto sanador de la presencia del médico, que el paciente "sienta" que el médico está a su lado, implica la vibración del encuentro irreplicable de persona - persona, que se está en la misma "sintonía corporal".

Ayudando al bien morir, el galeno está ayudando al bien vivir. (1)

C. EL DUELO

1. Definición:

Es el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal. (23, 24, 28, 22, 32, 40, 50)

Es un proceso necesario y natural para sanar la mente y se utiliza siempre que se pierde algo o alguien querido. (40)

2. Fases:

Las fases no ocurren una tras otra en una secuencia simple, sino que los sentimientos y actitudes asociadas con una fase pueden estar presentes en otra. Se puede pasar de una fase a la siguiente y luego regresar. (49)

a. Entumecimiento o Protesta:

Caracterizada por angustia, miedo, ira, pena, incredulidad, respiración suspirante, dolor, manos frías y sudorosas, repetición mental constante de los eventos que condujeron a la pérdida y a la muerte misma.

b. Anhelo y búsqueda de la figura perdida:

A medida que los síntomas y reacciones iniciales gradualmente pierden su intensidad, y la persona acepta intelectualmente (en su pensamiento y realidad) la nueva situación, comienza la segunda fase del duelo.

Caracterizada por la preocupación por la persona perdida, inquietud física, llanto, ira, culpabilidad, resentimiento, desorganización emocional, la constante sensación de estar al borde de una crisis nerviosa y perder la cordura.

c. Desorganización y Desesperación:

Desasosiego, falta de objetivos, aumento de las preocupaciones somáticas, desinterés, apatía y tristeza. Reiterada reviviscencia de recuerdos.

d. Reorganización:

Con el establecimiento de nuevos patrones, objetos y objetivos, el pesar cede y en su lugar surgen recuerdos apreciados, reaparición de la esperanza y reconducción de la vida. (5, 22, 23, 40, 49, 50)

3. Factores Determinantes:

El camino que toma el duelo, está profundamente influido por la manera en que sea tratado, por lo que es importante detectar y abordar los factores determinantes para prevenir el duelo patológico. (15, 23)

i. Antecedentes:

Se incluye la falta de capacidad para expresar emociones y un estatus socioeconómico bajo.

ii. Subsiguientes:

La presencia de fe religiosa, la ausencia de tensiones secundarias durante el desarrollo de nuevas oportunidades de vida en el trabajo y en las relaciones interpersonales. (23, 36)

4. Manifestaciones:

a. Físicas: Anorexia, pérdida de peso, insomnio, disminución del interés sexual, estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca, aumento de la morbilidad y mortalidad.

b. Psicológicas: Ansiedad, tristeza, apatía, desinterés, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, autorreproche, dificultades en la atención y concentración.

c. Sociales o Comportamientos: Rechazo a los demás, tendencia al aislamiento, hiperactividad, sueño con el fallecido, trastornos del apetito por defecto o por exceso, conductas no meditadas dañinas para la persona, suspiros, hiperactividad, llorar y frecuentar los mismos lugares del fallecido.

d. Cogniciones o pensamientos: Incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas. (23, 24, 29)

5. Tipos:

a. Duelo Normal: Es la capacidad de destrucción que todo ser humano tiene dentro, predominando la destructividad hacia fuera, es decir, la agresividad y el odio.

b. Duelo Patológico: La persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen, predominando sentimientos autodestructivos.

En el caso del duelo patológico existen dos variedades:

i. Duelo Patológico por Exceso: Cursa con mucha ideación, con mecanismos de defensa, con grandes fantasías, con enorme dolor y con fuertes sentimientos de culpa.

Los cuadros clínicos a que puede dar lugar son la depresión clásica que sigue a una muerte, las conductas peligrosas y la perversión narcisista, es cuando una persona se adueña de los sentimientos, considerándose la víctima; con eso tortura a su entorno durante años de no haber sufrido lo suficiente la pérdida de un ser querido.

ii. Duelo Patológico por Defecto: Es cuando se aplica la destrucción contra el propio funcionamiento mental y el individuo deja de sentir, de pensar, de percibir la falta de la persona que ha perdido y llega un momento en que tiene tal empobrecimiento psíquico que no puede hacer frente a la situación. (16, 20, 23, 28)

c. Duelo Anticipado: Ayuda a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte. (10, 23)

d. Duelo Retardado: Se manifiesta en aquellas personas que parecen mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento.

e. Duelo Crónico: El superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de reinsertarse en la sociedad. (23)

6. Superación del Duelo:

Se acepta como fecha aceptada dos años. Dos signos concretos indican que la persona está recuperándose de un duelo:

a. La capacidad de recordar y hablar de la persona perdida sin llorar ni desconcertarse.

b. La capacidad de establecer nuevas relaciones y aceptar los retos de la vida.

Hay algunas personas que nunca completan el duelo, reapareciendo la pena de vez en cuando. (22, 23, 24, 29, 50)

D. CAPACITACION DEL CUERPO MEDICO

El cuerpo médico está involucrado a muchos niveles. Su principal reto, y quizá el más obvio es tratar directamente con una persona que está agonizando. Muchos miembros del cuerpo médico se “bloquean” mentalmente cuando se trata de una confrontación directa con alguien que agoniza. (2, 47) En muchas ocasiones se debe a la falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales de la salud que trabajan en medicina general y paliativa. (4) El cuerpo médico también tiene un papel que desempeñar con los dolientes, aquellos que enfrentan las

consecuencias de la pérdida. Su papel con los colegas que están involucrados en una situación de ésta índole es menos obvio. Algunas veces la diferencia entre estos tres papeles puede resultar confusa. (47)

Un punto a considerar lo constituye la medicalización de la muerte; esta ha caído bajo el dominio de la medicina, asimilándose a un modelo técnico-profesional. A medida que la creencia de la inmortalidad del alma se debilita, va surgiendo el mito compensador de la supervivencia corpórea. La muerte abandona el orden moral (muerte-pecado) y se instala en el terreno natural (muerte-enfermedad), donde representa una transgresión a ese orden.

La actitud del médico frente al moribundo ha cambiado, puesto que bajo el pretexto de cuidar la vida del paciente, puede incurrirse en actos de encarnizamiento terapéutico, que por los juicios de mala praxis o por evitar el fracaso, al considerar a la muerte como tal, convierten al médico y al paciente en víctimas de un sistema que suele relegar al paciente, con sus sufrimientos y su voluntad a una posición secundaria, privilegiando la tecnología. (41)

Los enfermos de cáncer o alguna patología terminal, sus familiares y los profesionales que les atienden se encuentran ante distintos duelos a lo largo de la enfermedad y cuando el paciente fallece. (35, 38) “Enfrentarse a las nuevas situaciones en la vida, la necesidad de una reeducación para afrontar la muerte, el duelo como causa de malestar psíquico y, en muchas, como origen de demandas al sistema sanitario, hace necesario que los profesionales de atención primaria estén preparados para comprender estos procesos” afirma Miriam Moreno, de la Asociación Española Contra el Cáncer de Vizcaya. (38)

“La primera reacción del profesional sanitario ante la muerte de un niño es la de plantearse su identidad profesional. Se pregunta si todo esto sirve para algo, tantos esfuerzos y no hemos podido salvarle la vida”.

En el caso de la relación tan estrecha entre el niño enfermo y el personal sanitario que le atiende en el centro se crean unos vínculos muy fuertes, que cuando finaliza en la muerte provoca en los facultativos “impacto emocional, desolación y una crisis de la identidad profesional, más fuerte al principio, cuando empiezan en la profesión. Esta situación se va atenuando y queda como un poso melancólico” considera Carlos Cobo, jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital de la Paz, de Madrid; por lo que defiende la necesidad de formación académica en este campo, con sesiones donde se aborde cómo afrontar la muerte de un niño y que se seleccione al personal por su sensibilidad con estos temas. (38)

La siguiente reacción es la negación. “Al día siguiente el médico debe volver a su trabajo y poner buena cara. Fuera del hospital, los profesionales deben hacer una vida mental satisfactoria; si no corren muchos riesgos de aumentar ese poso melancólico y de activar a la larga depresiones”. (19)

Para evitar dichos procesos es necesaria la capacitación del personal médico, lo que exige una amplia gama de habilidades. Estas pueden fluctuar de prácticas a profesionales pero están, inevitablemente relacionadas con algún tipo de habilidades asociadas con la orientación psicológica. Algunos miembros del cuerpo médico se resisten a aprender las “habilidades con orientación psicológica” ya que las contemplan como ajenas a su área de práctica. Sin embargo, toda interacción contiene un elemento de este tipo de orientación. La capacitación simplemente puede mejorar las habilidades básicas de la comunicación que se encauzarán, en gran medida, hacia las necesidades de orientación psicológica. Existe una amplia variedad de áreas prácticas hacia donde puede dirigirse la ayuda. Con frecuencia, la capacitación puede ayudar a los asistentes sensibles a esto, así como proveerlos de posibles vías de aprendizaje.

Un examen de la capacitación tradicional para el personal médico revela un patrón mediante el cual los miembros de éste reciben su entrenamiento profesional

formal antes de su capacitación. Cualquier aprendizaje subsecuente puede ser desvinculado y no decisivo en la capacitación determinada. Por supuesto que mucho del aprendizaje ocurre después de la capacitación, pero éste a menudo es abandonado al método de “ensayo-error”. La técnica de enseñanza y la calidad de la misma reciben poca atención y la opción más descuidada es el papel de modelador. (11, 47, 48)

1. Oportunidades de Aprendizaje:

La enseñanza tradicional está enfocada a la primera oportunidad. El cuerpo médico generalmente es entrenado antes de la capacitación y la cantidad de información recibida durante y después de ésta, con frecuencia está limitada al aprendizaje informal y a algunos cursos aislados. Así, muchos miembros del cuerpo médico anecdóticamente pretenden aprender mucho de sus experiencias. Esto pudiera formalizarse y llevarse hasta al máximo para beneficio durante este período.

a. Aprendizaje Antes de la Exposición:

Esta forma de preparación es ideal y asegura que antes de la exposición, el cuerpo médico esté sensibilizado a los problemas y haya practicado las habilidades para manejar las situaciones de pérdida. Las desventajas de delegar toda la capacitación a este período es que una vez entrenados, la mayoría de los elementos trabajan durante muchos años.

Muchos elementos presentan gran dificultad para hacerle frente a pacientes en semejantes situaciones y se sienten mal preparados para ello. La capacitación les permitirá estar tan preparados y prevenidos como sea posible, así mismo, les ayudará a hacer uso de sus experiencias posteriores en una forma de aprendizaje constructivo más que a sentirse mal en relación con ello y por esto, paulatinamente retirarse, bloquearse o evadirse.

b. Aprendizaje Durante la Exposición:

Capacitarse durante el proceso mismo de proveer atención incrementará tanto la calidad del cuidado que se brinda en el momento, como la cantidad que puede aprenderse para el futuro. Es la oportunidad que con más frecuencia se deja de lado por la presión del trabajo. Esto es especialmente triste cuando la capacitación previa a la evaluación fue limitada.

La capacitación debería ser parte del trabajo diario, vincularse al conocimiento previo, a la dirección del cambio y a los beneficios aplicados. El aprendizaje durante la experiencia permite el flujo de nuevas ideas, puede crear reuniones de debate para apoyo informal y puede ofrecer una herramienta preventiva en caso de desastre.

c. Aprendizaje Después de la Exposición:

Una situación delicada o difícil que no pueda ser abordada es una fórmula para afianzar malas experiencias y el cuerpo médico puede responder ya sea con negación o bloqueándose; los siguientes pacientes pueden recibir una atención distante e incompasiva y el proceso puede descender en espiral.

2. Principios Generales de la Capacitación:

La planeación debería determinar una atmósfera de atención en donde los miembros del cuerpo médico puedan expresar cualquier dificultad y sentirse a salvo para explorar intereses. El simple hecho de saber que sus sentimientos son compartidos puede ser un gran alivio.

Idealmente debería capacitarse a todas las personas que están trabajando en un ambiente que implica cualquier forma de agonía, muerte o duelo, no importando que sean individuos voluntarios, permanentes, con contacto directo o periférico con

los pacientes. De una manera clara, su papel determinará la naturaleza y el grado de profundidad de su capacitación.

Es importante tener en mente que puede ser difícil establecer una diferencia entre la vida personal y la profesional. Las personas que han experimentado un duelo reciente pueden tener la necesidad de adaptarse a su propio estado emocional antes de poder ofrecer algo positivo a otras personas. Al mismo tiempo, quienes han vivido la experiencia personal, pueden haber adquirido suficiente insight que podría ser de mayor utilidad.

Una capacitación bien pensada incluirá un seguimiento reflexivo dentro del salón de clase, en donde los miembros pueden intentar hacer uso de las habilidades y del insight que han adquirido en situaciones reales y posteriormente discutir cuáles elementos de la capacitación facilitarán su trabajo, cuáles son obstáculos y cómo los enfrentan. (47)

3. Derechos del Enfermo Terminal:

Dentro de los derechos de los enfermos terminales a tomar en cuenta con respecto a la formación de los médicos se encuentran los siguientes:

a. Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles.

b. Crear e impulsar centros de investigación, enseñanza y capacitación en los campos de la medicina y los cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinaria. (4)

4. Pensum de Medicina:

“En la facultad no enseñan a comunicar un diagnóstico grave o cómo enfrentarse a la muerte día a día”. Por eso muchos médicos cuando llega el momento último de la muerte de un paciente se marchan, incluso días antes, y como dicen los propios enfermos, se hacen los huidizos y son las enfermeras las que se quedan más al pie de la cama. Por eso conviene hacer reuniones del personal con expertos que les puedan ayudar a reflexionar sobre la muerte” considera Cobo.

Se reconoce que el tema de la muerte es un tabú en la sociedad y también en los equipos profesionales sanitarios. “Hay cierto pudor entre los facultativos a reconocer que se está afectado por un caso. Se puede comentar a un amigo o a un compañero, pero no se hace a nivel profesional”.

El estudio de la muerte y el duelo no es un asunto nuevo. En países como Francia, Gran Bretaña, Alemania o Estados Unidos existe numerosa literatura científica al respecto. (19)

Dentro del pensum de la Universidad de San Carlos de Guatemala se contempla para el estudio sobre muerte y duelo, 2 horas durante el primer año de la carrera y luego una clase en el quinto año dentro del área de Pediatría Hospitalaria.

Dentro de los programas de especialidades solamente es contemplado como charla complementaria, dada por psicólogos, en el Departamento de Pediatría.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. Metodología:

1. Tipo de Estudio:

Es un estudio descriptivo transversal

2. Sujeto de Estudio:

El estudio se realizará con los médicos residentes egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala en las diferentes especialidades del Hospital General San Juan de Dios.

3. Universo y Muestra:

Para seleccionar a los residentes se tomaron los médicos egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala que se encuentran en todos los años de las diferentes especialidades, lo que constituye 123 en total.

4. Criterios de Inclusión:

a) Todo médico residente egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala de todos los años de las diferentes especialidades del Hospital General San Juan de Dios.

5. Criterios de Exclusión:

a) Todo médico residente no egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

b) Todo médico que no se encuentre realizando especialidad en el Hospital General San Juan de Dios.

6. Variables:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
1. Conocimientos	Conocer, tener idea o noción de una cosa.	Tiene o no idea de los conceptos de muerte y duelo.	Nominal	Si No
2. Actitud	Postura del cuerpo. Disposición de ánimo.	Cuál es la postura del médico residente frente a la muerte y el duelo.	Ordinal	Mucho Regular Poco Nada
3. Muerte	Es la presencia de paro cardiorrespiratorio, con lesión celular irreversible y cese de las funciones corticales y tronculares.	La definición que el residente considera sobre la muerte.	Cualitativa	Fisiológico Biológico Clínico Religioso

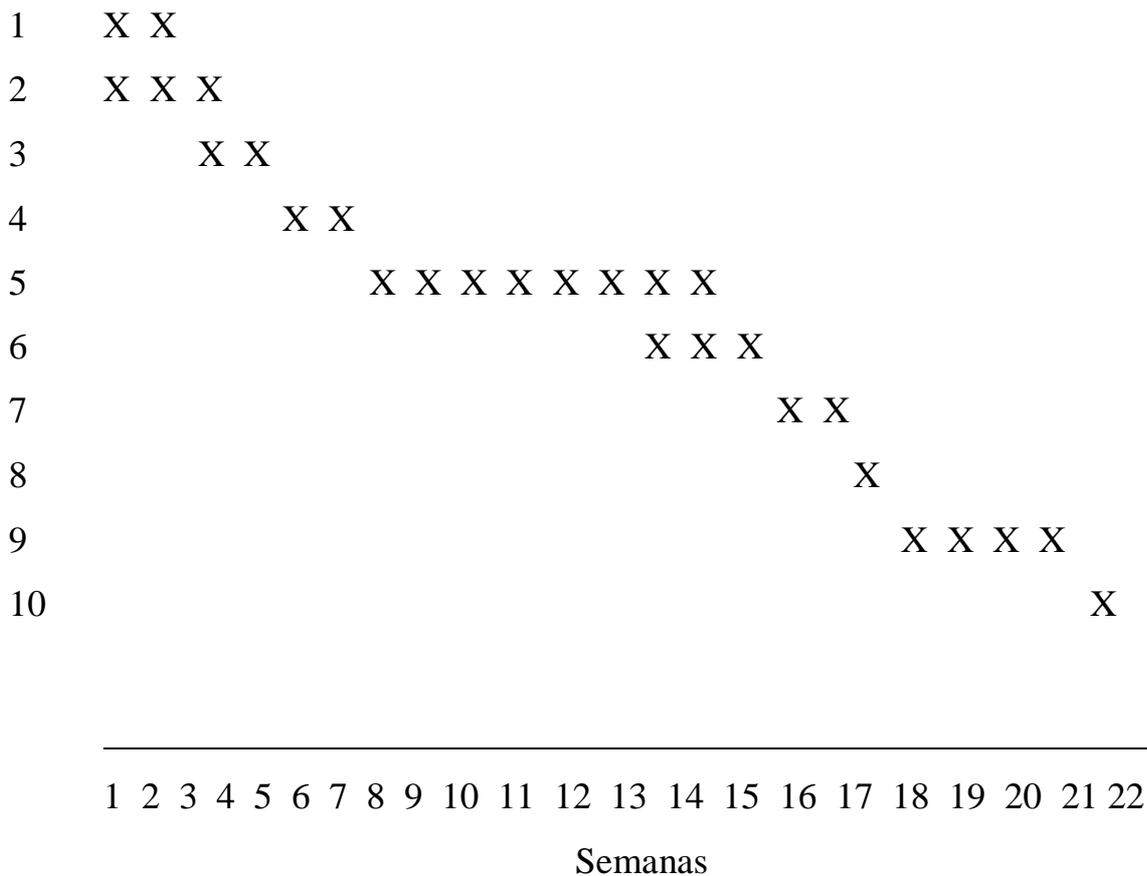
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
4. Duelo	Estado que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa querida.	La definición que el residente considere sobre el duelo.	Cualitativa	Fisiológico Clínico Religioso

7. Ejecución de la Investigación:

El presente trabajo de investigación se realizará en los meses de febrero a julio del 2002; por lo que se diseñó una boleta de recolección de datos, la cual será pasada durante el tiempo libre y fuera de la institución a los médicos residentes de los diferentes años (1° a 4°) de todas las especialidades del Hospital General San Juan de Dios.

A continuación se presenta la gráfica de Gantt donde se ilustra el tiempo destinado a cada área del trabajo.

Actividades



Actividades:

1. Selección del tema del proyecto de investigación, elección de asesor y revisor.
2. Recopilación de material bibliográfico
3. Elaboración de protocolo conjuntamente con asesor y revisor

4. Aprobación del protocolo por la unidad de tesis
5. Ejecución de trabajo de campo
6. Elaboración de Informe final
7. Presentación del informe final para correcciones
8. Aprobación del informe final
9. Impresión de tesis y trámites administrativos
10. Examen público de defensa de tesis.

8. Presentación de Resultados y Tipo de Tratamiento Estadístico:

Se utilizará el sistema EPI-Info respectivo al análisis estadístico y cruce de variables a estudiar, los resultados se presentarán con gráficas y/o cuadros estadísticos.

B. Recursos:

1. Humanos:

- a) Médicos residentes del Hospital General San Juan de Dios

2. Materiales:

- a) Boleta de recolección de datos
- b) Equipo de Oficina
- c) Instalaciones del Hospital General San Juan de Dios
- d) Revisión bibliográfica del tema

3. Económicos:

- a) Equipo de Oficina
- b) Recopilación de Bibliografía
- c) Reproducción de Boletas de recolección de datos
- e) Impresión de protocolo, informe final y tesis.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

Distribución según edad y sexo de Médicos Residentes del Hospital General San Juan de Dios en Mayo de 2002

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
< 25 años	5	0	5
25 – 28 años	38	39	77
29 – 32 años	18	16	34
33 – 36 años	5	0	5
37 – 40 años	2	0	2
TOTAL	68	55	123

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 2

Distribución según Religión y Especialidad de Médicos Residentes en el Hospital General San Juan de Dios en Mayo de 2002

Especialidad	Religión				Total
	Católica	Evangélica	Ateos	Otra	
Pediatría	21	3	0	1	25
Cirugía	18	3	0	5	26
Ginecología	16	7	0	1	24
Medicina Interna	15	4	0	3	22
Traumatología	13	1	0	0	14
Anestesia	7	5	0	0	12
TOTAL	90	23	0	10	123

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 3

Distribución según Especialidad y Año de Residencia de Médicos Residentes en el Hospital General San Juan de Dios en Mayo de 2002

Especialidad	Año de Residencia				Total
	I	II	III	IV	
Pediatría	9	6	9	1	25
Cirugía	9	2	8	7	26
Ginecología	6	8	10	0	24
Medicina Interna	8	8	6	0	22
Traumatología	3	4	4	3	14
Anestesia	3	5	4	0	12
TOTAL	38	33	41	11	123

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 4

Referencia del Estudio de la Muerte en Médicos Residentes según Especialidad en el Hospital General San Juan de Dios, Mayo de 2002

Especialidad	SI		NO		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Medicina Interna	16	13.00	6	4.88	22	17.88
Cirugía	16	13.00	10	8.13	26	21.3
Pediatría	13	10.57	12	9.76	25	20.33
Ginecología	11	8.95	13	10.57	24	19.52
Traumatología	8	6.5	6	4.88	14	11.38
Anestesia	7	5.70	5	4.06	12	9.76
TOTAL	71	57.72	52	42.28	123	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 5

Referencia del Lugar donde fue Adquirido el Conocimiento sobre la Muerte en Médicos Residentes del Hospital General San Juan de Dios, Mayo 2002

RESPUESTAS	N	%
Facultad de Ciencias Médicas	31	44.00
Iniciativa Propia	35	49.00
Otros (TV, Periódico, Internet)	5	7.00
Ninguno	0	0
TOTAL	71	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 6

Referencia del Momento del Proceso de Enseñanza Aprendizaje donde se obtuvo Conocimientos sobre la Muerte de un Paciente, Mayo de 2002

RESPUESTAS	N	%
Antes	29	24.00
Durante	69	56.00
Después	25	20.00
TOTAL	123	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 7

Concepto de Muerte según Médicos Residentes del Hospital General San Juan de Dios en Mayo de 2002

ESPECIALIDAD	A		B		C		D		E		F		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pediatría	0	0	0	0	11	8	7	6	5	4	2	2	25	20
Cirugía	2	2	1	1	10	8	5	4	6	5	2	2	26	21
Medicina Interna	1	1	2	2	9	6	4	3	5	4	1	1	22	18
Traumatología	2	2	0	0	5	4	6	5	1	1	0	0	14	11
Ginecología	2	2	2	2	4	3	9	7	4	3	3	2	24	20
Anestesia	0	0	0	0	2	2	5	4	4	3	1	1	12	10
TOTAL	7	7	5	5	41	33	36	29	25	20	9	8	123	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

A: Fisiológico

B: Biológico

C: Clínico

D: Filosófico

E: Religioso

F: No Contestó

Cuadro No. 8

Referencia de Estudio del Duelo en Médicos Residentes según Especialidad en el Hospital General San Juan de Dios, Mayo de 2002

Especialidad	SI			NO			TOTAL	
	n	%	%r	N	%	%r	n	%
Pediatría	9	7.00	36	16	13.00	64	25	20.00
Medicina Interna	8	7.00	36	14	11.00	64	22	18.00
Cirugía	3	2.00	12	23	19.00	88	26	21.00
Anestesia	3	2.00	25	9	7.00	75	12	10.00
Ginecología	3	2.00	13	21	18.00	87	24	20.00
Traumatología	2	2.00	14	12	10.00	86	14	11.00
TOTAL	28	22.00	--	95	78.00	--	123	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 9

Concepto de Duelo de Médicos Residentes del Hospital General San Juan de Dios durante Mayo de 2002.

ESPECIALIDAD	A		B		C		D		E		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicina Interna	0	0	16	13	0	0	4	3	2	2	22	18
Pediatría	0	0	15	12	0	0	7	6	3	2	25	20
Cirugía	0	0	9	7	0	0	11	9	6	5	26	21
Ginecología	0	0	9	7	0	0	8	6	7	6	24	20
Anestesia	0	0	7	6	0	0	5	4	0	0	12	10
Traumatología	0	0	7	6	0	0	6	5	1	1	14	11
TOTAL	0	0	63	51	0	0	41	34	19	16	123	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

A: Fisiológico

B: Clínico

C: Religioso

D: No Específica

D: No Contestaron

Cuadro No. 10

Rangos de Duración Normal del Duelo según Médicos Residentes del Hospital
General San Juan de Dios en Mayo de 2002

RANGOS	N	%
6 – 12 Meses	63	51.00
12 – 18 Meses	17	14.00
6 – 24 Meses	17	14.00
Mayor de 24 Meses	26	21.00
TOTAL	123	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 11

Opinión Sobre Si Debe el Médico Participar en el Proceso de Duelo de la Familia del Paciente, Mayo de 2002

Especialidad	SI			NO			TOTAL	
	n	%	%r	N	%	%r	n	%
Pediatría	23	19.00	92	2	1.00	8	25	20.00
Medicina Interna	16	13.00	73	6	5.00	27	22	18.00
Ginecología	16	13.00	67	8	7.00	33	24	20.00
Cirugía	15	12.00	58	11	9.00	42	26	21.00
Traumatología	10	8.00	71	4	3.00	29	14	11.00
Anestesia	4	3.00	33	8	7.00	67	12	10.00
TOTAL	84	68	--	39	32.00	--	123	100.0

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 12

Opinión Sobre el Grado que Consideran Tener Conocimientos Respecto al Duelo
los Médicos Residentes del Hospital General San Juan de Dios en Mayo de 2002

Especialidad	MUCHO		REGULAR		POCO		NADA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M. Interna	6	5.00	9	7.00	4	3.00	3	2.00	22	18.00
Cirugía	4	3.00	9	7.00	8	7.00	5	4.00	26	21.00
Pediatría	4	3.00	8	7.00	11	9.00	2	2.00	25	20.00
Anestesia	1	1.00	6	5.00	5	4.00	0	0	12	10.00
Ginecología	1	1.00	9	7.00	10	8.00	4	3.00	24	20.00
Traumatología	0	0	8	7.00	6	5.00	0	0	14	11.00
TOTAL	16	13.00	49	40.00	44	36.00	14	11.00	123	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 13

Referencia del Lugar donde fue Adquirido el Conocimiento sobre Duelo en Médicos Residentes del Hospital General San Juan de Dios, Mayo de 2002

RESPUESTAS	N	%
Facultad de Ciencias Médicas	30	24.00
Iniciativa Propia	43	35.00
Otros (TV, Periódico, Internet)	17	14.00
Ninguno	33	27.00
TOTAL	123	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 14

Opinión Sobre la Actitud que toman frente a un Paciente con Patología Terminal
los Médicos Residentes del Hospital General San Juan de Dios en Mayo de 2002

RESPUESTAS	N
Platica de la enfermedad con el paciente	96
Conversa sobre la muerte	29
Platica con la familia	106
Evita permanecer cerca del paciente	1
Evita a la familia	2
Lo acompaña hasta la muerte	27
TOTAL	261

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 15

Opinión Sobre la Actitud que toman frente a la Muerte de un Paciente los Médicos Residentes del Hospital General San Juan de Dios en Mayo de 2002

RESPUESTAS	N
Simplemente da la noticia	44
Busca que un compañero de la noticia	0
Platica posteriormente con la familia	49
Platica sobre la muerte con la familia	72
TOTAL	165

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 16

Opinión Sobre la Actitud que toman frente al Duelo de la Familia de un Paciente los Médicos Residentes del Hospital General San Juan de Dios en Mayo de 2002

Especialidad	A		B		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Pediatría	20	16.00	5	4.00	25	20.00
Ginecología	18	15.00	6	5.00	24	20.00
Medicina Interna	16	13.00	6	5.00	22	18.00
Cirugía	12	9.00	14	11.00	26	20.00
Traumatología	7	6.00	7	6.00	14	12.00
Anestesia	7	6.00	5	4.00	12	10.00
TOTAL	80	65.00	43	35.00	123	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

A: Conversa con la familia

B: Nunca ha conversado con la familia en este período

Cuadro No. 17

Opinión Sobre Si Deben Incluirse los temas de Muerte Clínica y Duelo en el Proceso de Enseñanza Aprendizaje de la Carrera de Medicina, Mayo de 2002

Especialidad	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Pediatría	25	20.00	0	0	25	20.00
Cirugía	24	20.00	2	2.00	26	20.00
Medicina Interna	22	18.00	0	0	22	18.00
Ginecología	22	18.00	2	2.00	24	20.00
Traumatología	14	12.00	0	0	14	12.00
Anestesia	11	9.00	1	1.00	12	9.00
TOTAL	118	95.00	5	5.00	123	100.00

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 18

Opinión Sobre el Grado en que los Temas de Muerte Clínica y Duelo Deberían Incorporarse en el Pensum de las Diferentes Especialidades en Mayo de 2002

Especialidad	A	B	C	TOTAL
Anestesia	1	11	0	12
Ginecología	1	22	1	24
Traumatología	3	11	0	14
Medicina Interna	1	21	0	22
Cirugía	7	17	2	24
Pediatría	1	24	0	25
TOTAL	14	106	3	123

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

A: En la actualidad está bien

B: Debería incorporarse

C: No debería estar

Cuadro No. 19

Opinión Sobre el Método para la Enseñanza Referente a la Muerte y el Duelo en la Carrera de Medicina, Mayo de 2002

Especialidad	A	B	C	TOTAL
Anestesia	9	0	3	12
Ginecología	8	13	3	24
Traumatología	10	3	1	14
Medicina Interna	10	8	4	22
Cirugía	14	8	4	24
Pediatría	12	8	5	25
TOTAL	63	40	20	123

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

A: Actividades intramuros

B: Actividades presenciales

C: Entrevistas

Cuadro No. 20

Opinión Sobre el Momento donde Deberían Enseñar los Temas Respecto a la Muerte y el Duelo en la Carrera de Medicina, Mayo de 2002

RESPUESTAS	N
Durante el pre-grado	114
Durante el post-grado	43
En ningún momento	3
TOTAL	160

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se entrevistó a 123 médicos residentes, de las distintas especialidades de post-grado en el Hospital General San Juan de Dios; siendo 68 masculinos y 55 femeninos, encontrándose en su mayoría (77) dentro del rango de edad de 25 a 28 años, no habiendo diferencia en cuanto a la distribución por sexo. (Cuadro No. 1)

Con respecto a creencias de tipo religioso, ningún médico residente se declaró ateo; predominando quienes profesan la religión cristiana, entre cristianos católicos y cristianos evangélicos. Se encontró que 10 de los 123 residentes encuestados profesan otras religiones. (Cuadro No. 2)

La escala jerárquica del post-grado, indistintamente de la especialidad se determina de acuerdo a los grados del I al IV, correspondiendo cada cual al período de un año respectivamente. No se observa diferencia significativa en cuanto al número de médicos por año de residencia, excepto durante el IV año, esto debido a que únicamente las especialidades de Cirugía y Traumatología comprenden dentro de su pénsum el IV año. (Cuadro No. 3)

Del total de 123 médicos residentes incluidos en el estudio, solamente 57.7% (71) indicó tener conocimientos adquiridos sobre el tema de la muerte; se encontró mayores porcentajes en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría 13%, 13% y 10.5% respectivamente.

Entre quienes respondieron haber adquirido conocimientos sobre la muerte, 44% lo obtuvieron en la Facultad de Ciencias Médicas, un 49% por interés personal y 7% por otros medios. (Cuadro No. 4 y No. 5)

Dentro de la literatura se encuentra como objetivo de la Tanatología el capacitar al personal de salud para ayudar y reconfortar a los familiares del enfermo

terminal a que se preparen para la muerte del ser querido; y a quienes ya la sufren, a que elaboren su duelo en el menor tiempo y con el menor dolor posible. (12)

Se encontró que los conocimientos sobre la muerte en los médicos encuestados, fueron adquiridos solamente en 24% antes de la exposición a la muerte del paciente, habiendo encontrado que 56% los adquirió durante la muerte del paciente y 20% después de la exposición.

De lo anterior puede deducirse que los médicos residentes no tienen un conocimiento adecuado para cumplir con el objetivo de la Tanatología, pues no han adquirido el conocimiento en el momento ideal, que sería antes de la exposición a la muerte del paciente. (Cuadro No. 6)

Como profesionales científicos es de esperarse que un mayor porcentaje expresara conceptos clínicos, sin embargo, únicamente 33 % se encuentra dentro de los criterios para considerar muerte clínica, 29 % un concepto filosófico y 20 % describió un concepto religioso. Debe tenerse en cuenta, que cada humano tendrá una filosofía de la vida distinta, con sus creencias y sus religiones, lo cual influye en el concepto que cada persona exprese sobre la muerte. (Cuadro No. 7)

El estudio del duelo no es un asunto nuevo. En países como Francia, Gran Bretaña, Alemania y Estados Unidos existe numerosa literatura científica sobre el estudio de la muerte y las fases del duelo. (14)

Se encontró que dentro de los médicos residentes encuestados únicamente 22% (28) indicó tener conocimientos sobre el duelo y 78% (95) no tener conocimientos respecto al tema. (Cuadro No. 8)

Se encontró que de los médicos entrevistados, 49% ignora el concepto del duelo. Dentro de quienes conceptualizaron el mismo, 51 % lo enfocaron desde un punto de vista clínico, siendo Medicina Interna y Pediatría con 13 % y 12 % respectivamente, las especialidades con mayor índice de respuesta. Ningún encuestado abordó el tema en su concepción fisiológica o religiosa. (Cuadro No. 9)

La intensidad y duración del duelo es proporcional a la dimensión y significado de la pérdida; sin embargo se acepta como rango normal hasta el límite 24 meses, luego de lo cual se considera patológico.(16, 20, 23, 28)

Del total de encuestados, únicamente 14% delimitó la duración del duelo dentro del rango adecuado y el restante 86% lo ignora.

Los anteriores resultados concuerdan con los datos aportados en el Cuadro No. 8, pues solamente 22% de los médicos residentes indicaron haber estudiado el duelo. (Cuadro No. 10)

Pese al desconocimiento que evidencia el cuerpo de médicos residentes con respecto al duelo, 68% de los encuestados está de acuerdo en que el médico debiera participar en el proceso de duelo de la familia del paciente.

Las especialidades de Pediatría, Medicina Interna y Traumatología tienen porcentajes relativos de 92, 73 y 71% respectivamente, aceptando la participación del médico en el duelo. (Cuadro No. 11)

Pese a que solo 11% manifestaron no tener conocimiento acerca del duelo, objetivamente se evidencia una disociación entre saber y creer saber, de acuerdo con los cuadros No. 8 y No. 10; donde el 78% admitió no haber estudiado el duelo y el 14% conoce la duración normal de dicho proceso. (Cuadro No. 12)

Aunque debiese ser la Facultad de Ciencias Médicas donde se adquiriera el conocimiento sobre Duelo, únicamente el 24% de los encuestados manifestaron haberlo obtenido en ella; siendo un 49% adquirido ya sea por iniciativa propia o por medios al alcance de la población general (televisión, internet, prensa escrita, otros). Quedando no obstante, un representativo 27% que no posee en lo absoluto conocimiento sobre el tema.

Dentro de los derechos de los enfermos terminales se encuentra el garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en

el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles; derecho inalienable que se viola al no proporcionar el conocimiento adecuado al personal de salud. (4) (Cuadro No. 13)

La actitud del médico frente al moribundo ha cambiado, puesto que bajo el pretexto de cuidar la vida del paciente puede incurrirse en actos de encarnizamiento terapéutico, que por los juicios de mala praxis o por evitar el fracaso, al considerarse a la muerte como tal, convierten al médico y al paciente en víctimas de un sistema, que suele relegar al paciente, con sus sufrimientos y su voluntad, a una posición secundaria, privilegiando la tecnología. (41)

Congruentemente solo 29 de los encuestados manifestaron hablar sobre la muerte, si bien 96 manifestaron platicar sobre la enfermedad con el paciente y 106 lo hacen con la familia. Se desconoce la calidad del contenido del plan educacional que un médico no entrenado en el tema pueda dar a la familia y/o el paciente, no obstante la intención de hacerlo. (Cuadro No. 14)

En la facultad no enseñan a comunicar un diagnóstico grave o cómo enfrentarse a la muerte día a día. (14)

Para el médico se hace difícil anunciar la muerte, puesto que en esta época donde la muerte es negada por ser considerada un fracaso, ya no se habla más de ella sino sólo de la enfermedad. (22)

Se encontró que, si bien muchos médicos platican con la familia después del deceso de un familiar (72 al momento de la muerte y 49 posterior a ello), queda una significativa cantidad (44) que simplemente se limita a dar la noticia. Esto es influido por factores como: el tipo de relación que se tenga con el paciente y el tiempo de convivencia. (Cuadro No. 15)

Dentro de los médicos encuestados se encontró que, el 65% conversan con la familia de los pacientes durante el proceso del duelo, en comparación con un

35% que nunca ha conversado en este momento. No existiendo diferencia entre las diferentes especialidades.

Es importante recordar, que el duelo es una causa de malestar psíquico y en muchas ocasiones, produce demandas del sistema sanitario, por lo que es necesario que los profesionales de atención primaria estén preparados para comprender dichos procesos. (Cuadro No. 16)

El 95% de los médicos encuestados está de acuerdo en que debiera incluirse los temas de Muerte y Duelo en el pensum de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas. Un mínimo porcentaje (5%) de desacuerdo se distribuye uniformemente entre las especialidades de Cirugía, Traumatología y Anestesia. (Cuadro No. 17)

Entre los médicos residentes participantes en el estudio, predomina la opinión (106) que debería incorporarse los temas de Muerte y Duelo en las diferentes especialidades. Siendo el desacuerdo mínimo (17), llamando la atención que en Cirugía un mayor número de médicos opinaron en forma negativa (7).

La mayoría (63) se inclinó por las actividades intramuros como método preferido a implementarse; siguiendo en orden de importancia las actividades presenciales con 40 opiniones a favor. Es necesario considerar que dichas opiniones estuvieron condicionadas a únicamente 3 opciones de respuesta.

Se obtuvo predominante la opinión (114) que durante el pre-grado es donde se debería implementar la enseñanza de dichos temas; aunque 43 médicos no descartaron el post-grado como un buen momento para su estudio.

En países como Argentina y España se realizan Jornadas de capacitación para el personal sanitario sobre el manejo del paciente terminal, el momento de la muerte y proceso de duelo, con el propósito de brindar una mejor atención al paciente y su familia, pudiendo detectar procesos patológicos oportunamente.

Se considera necesario implementar el estudio de dichos temas durante el pregrado y el postgrado, pues el tipo de contacto con los pacientes y quienes le rodean es diferente de acuerdo a la especialidad y al nivel jerárquico en la misma. (Cuadros No. 18, 19 y 20)

IX. CONCLUSIONES

1. Los médicos residentes encuestados refieren no poseer un conocimiento teórico respecto a la muerte, pues solamente el 57.7% indicó haber estudiado dicha temática. Considerando que la Facultad de Ciencias Médicas es la Institución responsable de proporcionar dicho conocimiento, ya que hay un constante contacto que el personal sanitario tiene con la muerte, únicamente 44% indicaron haberlo adquirido por ese medio, el 49% lo hizo por iniciativa propia y 7% por otros medios.

2. El momento del proceso de enseñanza aprendizaje durante el cual se adquirió mayor conocimiento con respecto a la muerte del paciente es durante la exposición, siendo el 56% de los médicos residentes.

3. Actualmente se encuentra extensa bibliografía sobre los temas de muerte y duelo, sin embargo, sólo el 22% de los médicos residentes admitieron haber estudiado el duelo. Lo anterior puede correlacionarse con el hecho de que el 49% ignora el concepto y solamente 14% conoce el rango normal de duración de dicho proceso.

4. El cuerpo médico evidencia desconocimiento sobre el duelo, pese a ello el 68% indica que el médico debiera participar durante dicho proceso con la familia del paciente y el 65% admitió conversar con la familia en este período; el contenido y la calidad de dicho plan educacional es desconocido debido a que la capacitación al respecto es limitada.

5. El 95% de los médicos residentes reconocen que los temas de muerte y duelo debieran incorporarse al pensum de la Facultad de Ciencias Médicas. El método ideal para impartir dicho conocimiento es a través de actividades intramuros, opinión con la que coinciden los encuestados, pues el 63% prefiere dicho método.

6. Parte importante para la capacitación de los médicos sobre muerte y duelo es implementar su estudio en el pensum del pregrado y el postgrado. De los encuestados, 114 indicaron debe hacerse durante el pregrado y 43 durante el postgrado. Debido a la diferencia en la relación con el paciente y su familia, es importante incorporarlo en ambos momentos.

X. RECOMENDACIONES

1. Incorporar al pensum de estudios de pregrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala el estudio de la muerte y el duelo, a fin de lograr la capacitación de los estudiantes antes de estar expuestos a la muerte de un paciente.

2. Implementar en los programas de estudio de los diferentes postgrados de Medicina avalados por la Universidad de San Carlos de Guatemala el estudio sistematizado de muerte y duelo, para garantizar al paciente terminal y a la familia una atención con la mejor calidad. Además, para disminuir la carga psíquica que puede representar para el médico el no tener conocimientos para manejar el impacto emocional que se produce.

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo que se realizó con médicos residentes egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala en las diferentes especialidades del Hospital General San Juan de Dios; con el propósito de identificar los conocimientos y actitudes respecto a la muerte y el duelo.

Se utilizó una boleta de recolección de datos, la cual se aplicó a los médicos residentes que cumplían con los criterios de inclusión previamente diseñados.

Posterior a la aplicación de la boleta, se procedió al procesamiento de los datos, obteniendo como resultado lo siguiente: el 58 % y 22 % de médicos tienen conocimiento sobre muerte y duelo respectivamente; el 65% hablan con la familia del paciente durante el duelo, 29 residentes refieren conversar sobre la muerte, 96 conversan de la enfermedad y 106 conversan con la familia sobre la muerte. El 95% indica que debe incorporarse al pensum, con actividades intramuros el 63%.

La atención médica integral se vería optimizada y habría un descenso de la carga psíquica a la que está sometido el personal sanitario con la incorporación al pregrado y postgrado de las diferentes especialidades avalados por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguilar, Orlando. Etica y Bioética: Cuestión Epistemológica Aplicada a la Salud.
<http://busca.recoletos.es/ent261099comcuatro.html>
2. Albonico, H. U. Medicina, Fascinación y Desafío. Argentina: Nike. 2001. 156p.
3. Aries, P. La Muerte Como un Catalizador del Crecimiento y la Comprensión. En: El Hombre ante la Muerte. Madrid: Taurus. 1987. (83-89).
4. Bergman, Ingmar. Las Fresas Salvajes.
<http://cultura.rcp.net.pe/pantalla/notas/fresas.shtml>
5. Besson, Juan. El Duelo.
<http://www.homestread.com/montedeoya/fases.html>
6. Besson, Juan. El Duelo.
<http://www.homestread.com/montedeoya/factores.html>
7. Besson, Juan. El Duelo.
<http://www.homestread.com/montedeoya/social.html>

8. Besson, Juan. El Duelo.
<http://www.homestread.com/montedeoya/definiciones.html>
9. Besson, Juan. El Duelo.
<http://www.homestread.com/montedeoya/historia.html>
10. Besson, Juan. El Duelo.
<http://www.homestread.com/montedeoya/anticipatorio.html>
11. Bett, Cristina. Bienvenidos a Psicooncología.
www.bett@mac.psicooncologia.com
12. Cavazos, María L. Introducción a la Tanatología.
<File://A:\RevistaPerfiles23.htm>
13. Cecil. Generalidades. En su: tratado de Medicina Interna. 20^a ed.
México D. F: McGraw Hill Interamericana. 1997. T. I (pp35-39).
14. Cobo, Carlos. Con la Muerte Infantil el Médico duda de su Identidad Profesional.
<http://web.jet.es/benevol/estudios/Muerte.htm>.
15. Cobo, Carlos. Duelo Infantil.
<File://A:\DueloInfantil.htm>.
16. Cobo, Carlos. La Muerte.
<http://web.jet.es/benevol/estudios/Muerte/Duelo/html>.

17.Cobo, Carlos. Una Visión Optimista de la Muerte Ayuda a Disfrutar Mejor de la Vida.

<http://www.diariomedico.com/fotos/cobo.jpg>

18.Conceptos de Resucitación Cardiopulmonar

www.geocities.com/ithecatt25/rcp.htm

19.Consejo de Europa. Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos.

<http://www.diariomedico.com/entorno/ent261099comcuatro.htm/>

20.Davis, Roger D. et al. Más Allá del DSM-IV. 2ª edición. Barcelona: Masson. 1998. 853p.

21.Donación de Órganos.

<http://donacion.organos.ua.es/proceso/diagnostico.htm>

22. Dreizzen, Adriana. El Duelo: Entre el Dolor y el Desafío.

www.herreros.com.ar/melanco/dymfreud.htm

23.El Duelo tras la Muerte de un Ser Querido

<file:///A:/Duelo.htm>

24.El Proceso del Duelo.

www.secpal.com/guía/duelo.html

25. Entorno del Duelo.

<http://www.diariomedico.com/entorno/ent90600comcuatro.htm/>

26. Epilepsia.

<http://www.epilepsia.org/4.htm#1>

27. Eutanasia.

<http://members.tripod.com/-hispanidad/vida/eutanas1.htm>

28. García, Alfonso. Tanatología.

<http://www.soft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=set&msg=9>

29. Gastó, C. R. Melancolía. En: Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona: Salvat. 1990. (pp306-307).

30. Harrison. Generalidades. En su: Principios de Medicina Interna. 14^a ed. México D. F: McGraw Hill Interamericana. 1998. T.I (pp43-44).

31. Kaplan, H. y B. Sadock. Compendio de Psiquiatría. 2^a ed. México D. F: Salvat. (pp 275-281).

32. Kübler Ross, E. Una luz que se Apaga. México D. F: Pax. 1986. 217p.

33. Kübler Ross, Elizabeth. Muerte, Transición y Vida.
<http://www.bjreview.com.cn/bhreview/s-br/ZM/2001.44-foro-1.htm>
34. La Torre, Juan Manuel. Reanimación Cardiopulmonar.
<http://www.geocities.com/jmlatorre/REANIMACO/RCP.html>.
35. Le Shan, L. Luchar con el Cáncer. Buenos Aires: Errepar. 1994.345p
36. Marge, Elizabeth. Cuidados Paliativos.
www.hcg.udg.mx/pages/serv/paliativ/tripticodetallerpaliativos.htm
37. Martínez, Carlos M. La Nueva Tanatología.
<File://A:\RevistaPerfiles23.htm>
38. Moreno, Miriam. Prevenir el Duelo Evita Cuadros Psicopatológicos Posteriores.
<http://www.diariomedico.com/entorno/ent270300com.htm/>
39. Muerte Cerebral.
<http://www.geocities.com/gcente.muerceb.html>
40. Muerte y Duelo
www.ciudadfutura.com/psico/articulos/muerteyduelo.htm
41. Muerte y Morir Humano.
www.aghu.org/DOCU/Muertema.doc.

42. Nelson, E.W. Muerte. En su: Tratado de Pediatría. 15^a ed. México D. F: McGraw Hill Interamericana. 1997. T. I (pp96-98).
43. Primeros Auxilios.
www.medicinam.com/Primeros%20auxilios/muerte%20clínica.htm
44. Rodríguez, Coral. La Eutanasia en los Países Bajos.
<http://Busca.recoletos.es>
45. Romero, Luis. El Cristiano Ante la Muerte.
www.archiven.gov.ve/tierra/tr/articulos/romero.htm
46. Santiago, Zoraida. Et. Al. Psicología. UTA: Scout, Foresman and Company. 1989. (pp519-526).
47. Sherr, L. Agonía, Muerte y Duelo. México D. F: Manual Moderno. 1992. 422p.
48. Smith, C. R. Trabajo Social con Moribundos y su Familia. México D. F: Pax. 1988.
49. Trujillo, Vence. El Duelo.
<http://www.elsecuestro.freesevers.com/duelo.htm>
50. Warden, W. el Duelo. En: El Tratamiento del Duelo. Buenos Aires: Piados SAICF. 1997. (pp27-36 y 41-59).

XIII. ANEXOS

Antes: _____ Durante: _____ Después: _____

9. ¿Qué concepto tiene usted de la muerte?

10. ¿Ha estudiado el tema del duelo?

Si: _____ No: _____

11. ¿Qué concepto tiene usted de duelo?

12. En su opinión: ¿Cuánto dura normalmente el duelo?

De 6 a 12 meses: _____ De 12 a 18 meses: _____

De 6 a 24 meses: _____ Más de 24 meses: _____

13. ¿Debe el médico participar en el proceso de duelo de la familia del paciente?

Si: _____ No: _____

14. ¿En qué medida considera conocer lo suficiente acerca del duelo?

Mucho: _____ Regular: _____

Poco: _____ Nada: _____

15. ¿En qué lugar ha obtenido conocimiento con respecto al duelo?

Facultad de Ciencias Médicas: _____ Iniciativa propia: _____

Otros (TV., periódico, Internet): _____ Ninguno: _____

16. ¿Qué actitud toma frente a un paciente con patología terminal?

Platica de la enfermedad con el paciente: _____

Conversa sobre la muerte: _____

Platica con la familia: _____

Evita permanecer cerca del paciente: _____

Evita a la familia: _____

Lo acompaña hasta la muerte: _____

17. ¿Qué actitud toma frente a la muerte de un paciente?

Simplemente da la noticia a la familia: _____

Busca que un compañero de la noticia a la familia: _____

Platica posteriormente con la familia: _____

Platica sobre la muerte con la familia: _____

18. ¿Qué actitud toma frente al duelo con la familia?

Conversa con la familia: _____

Nunca ha conversado con la familia en este período: _____

19. ¿Cree que deben incluirse los temas de muerte y duelo en el proceso de enseñanza aprendizaje de la carrera de Medicina?

Si: _____ No: _____

20. ¿En qué medida considera que los temas de la muerte clínica y el duelo deberían estar incorporados en el pensum de las diferentes especialidades?

En la actualidad está bien: _____

Debería Incorporarse: _____

No debería estar: _____

21. ¿Cómo cree usted, que se debería realizar la enseñanza referente a la muerte y el duelo en la carrera de Medicina?

Actividades intramuros: _____

Actividades presenciales: _____

Entrevistas: _____

22. ¿En qué momento de la carrera se deberían enseñar los temas respecto a la muerte y el duelo en la carrera de Medicina?

Durante el pre-grado: _____

Durante el post-grado: _____

En ningún momento: _____