



Trabajo original

REFLEXIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE DEL PACIENTE
EN MI EJERCICIO PROFESIONAL

Elaskar María Cielo Amira¹, Rivas Mirta Daniela¹, Salomon Susana^{1,2}, Carena José Alberto^{1,2}

¹Servicio de Clínica Médica. Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza.

²Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

Contacto correo electrónico: Ma Cielo Elaskar mcelaskar@gmail.com

RESUMEN

La muerte es un hecho biológico. Ha sido siempre para el hombre un tema de profundas reflexiones. Es quizás la experiencia más significativa para el propio individuo, sus afectos y también para el médico que lo acompaña en el final de la vida.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal, con técnicas cuantitativas y cualitativas (investigación participativa). Se utilizó una encuesta autoadministrada y anónima con preguntas estructuradas, semi estructuradas y abiertas que permitieron un relato extenso de la situación percibida ante la muerte del primer paciente en el ejercicio profesional y la muerte del paciente que más lo afectó (si éstas situaciones no coincidían). Se incluyó relato de percepciones, conductas tomadas y experiencias vividas. Se analizaron variables sociodemográficas y respuestas a preguntas cerradas. De los relatos extensos se hizo un análisis cualitativo mediante la codificación del texto en unidades de significado y un posterior análisis estadístico descriptivo de estas unidades.

Resultados: Aceptaron participar 48 médicos. De ellos 35 médicos tenían menos de 40 años (Menores) (edad promedio 29.54 años) y 13 eran mayores de esa edad (Mayores) (edad promedio 62.5 años), 52% eran mujeres. Los Menores tenían en promedio 4 años de experiencia profesional y los Mayores, 32 años. De los Menores el 63% se trataba de su primer paciente, para los Mayores 46%. Los relatos de los Menores ante el primer paciente fallecido revelan como principales percepciones la tristeza

(54%), tranquilidad y angustia (26%), impotencia (23%), preocupación y pena (17%) y alivio (14%). Ante el paciente que más los afectó predominó la tristeza, la angustia y la impotencia. Entre los Mayores ante el primer paciente fallecido, la impotencia y angustia (46%) y la tristeza (38%) fueron las más frecuentes. Ante el paciente más sentido, predominaron la tristeza y angustia seguido por dolor e impotencia. Los participantes más jóvenes expresaron más percepciones que los Mayores. Con respecto a la reflexiones, en ambos grupos predominó el impacto ante la muerte inesperada y en pacientes jóvenes. Genera tranquilidad y alivio el acompañamiento, empatía con la familia, la buena relación médico-paciente. Algo llamativo es que en los Mayores se manifiesta la sensación de culpa, de frustración ante el no poder haber hecho más por el paciente. En los más jóvenes, se manifiesta la sorpresa ante distintas situaciones. En ambos grupos se manifestó la impotencia ante situaciones que exceden la labor médica y el sentirse identificado, con dificultades para separar la experiencia personal de lo profesional.

Conclusiones: Esta investigación nos muestra que además de médicos somos seres humanos a los cuales la muerte nos afecta en mayor o menor medida, con dificultades para afrontarla. Nos hace reflexionar sobre la necesidad de aprendizaje sobre el acompañamiento en esta situación desde la formación inicial. En los distintos profesionales se movilaron sentimientos, provocando una reflexión positiva en la mayoría.

SUMMARY

Death is a biological fact. It has always been a subject of deep reflection for man. Perhaps, it is the most significant experience for the individual himself, for his affections and for the physician who cares for him at the end of life.

Materials and methods

Descriptive cross-sectional study with quantitative and qualitative techniques (participatory research). A self-administered and anonymous survey was used with structured, semi-structured and open questions that allowed an extensive account of the situation perceived before the death of the first patient in the professional practice and the death of the patient who most affected him/her (if these situations did not match). It included a report of perceptions, behaviors and the experiences lived. Sociodemographic variables and answers to closed questions were analyzed. From the extensive accounts, a qualitative analysis was made by coding the text in units of meaning with a descriptive statistical analysis of these units.

Results

48 physicians participated. Of these, 35 physicians were under the age of 40 (Youngers) (mean age 29.54 years) and 13 were older (Olders) (mean age 62.5 years), 52% were women. The Youngers had an average of 4 years of professional experience and the Olders of 32 years. For the Youngers the patient was their first one in 63% of the cases, for the Olders in 46%. The main perception to the first deceased

patient were sadness (54%), tranquility and distress (26%), impotence (23%), worry and grief (17%), and relief (14%) in the Youngers. Sadness, anguish, and impotence prevailed for the patient that most affected them. Among the Olders, when their first patient died, impotence and distress (46%) and sadness (38%) were the most frequent perceptions. When the most touching patient died, sadness and anguish prevailed followed by pain and impotence. Younger participants expressed more perceptions than the Olders. About the reflections, in both groups the impact of unexpected death and of young patients death predominated. Accompaniment, empathy with the family and a good physician-patient relationship caused tranquility and relief. A striking fact is that in the Olders guilt and frustration were felt when they couldn't do any more for the patient. In the younger ones, surprise manifested in different situations. In both groups, impotence was manifested in situations that exceeded medical practice and that made them feel identified, with difficulties in separating personal and professional experience.

Conclusions

This research shows that we are human beings, not only physicians, and that death also affects us, with difficulties to confront it. This makes us think about how important the learning of accompaniment skills is in the initial formation. In the professionals, feelings were mobilized and a positive reflection was made.

Introducción

La muerte es un hecho biológico. Ha sido siempre para el hombre un tema de profundas reflexiones. Es quizás la experiencia más significativa para el propio individuo, sus afectos y también para el médico que lo acompaña en el final de la vida.¹

En el desempeño de la práctica profesional, el médico trata principalmente de realizar acciones de promoción de la salud, de prevención de enfermedades, proporcionarle oportunidades de rehabilitación o de cuidados paliativos cuando sea necesario, intenta lograr la curación de sus pacientes, y cuando no se logra curar, debe procurar calmar e intentar aliviar los síntomas en lo posible, pero siempre debe acompañar y reconfortar. Independientemente del desempeño profesional, del equipo e incluso del sistema de salud, en numerosas oportunidades el paciente lamentablemente fallece.

Una interesante pregunta es que sienten, que perciben, que emociones le genera al profesional la pérdida del paciente, cuando éste muere. En la profesión médica, rara vez se habla de ese dolor, excepto, tal vez, como

ejemplo del tipo de emoción que un médico experimentado evita sentir. ¿Los médicos “padecen, sufren, lloran” la muerte de sus pacientes mas allá de la experiencia intelectual de la batalla perdida?. El dolor por la pérdida de un paciente en el contexto médico se consideraba vergonzoso y poco profesional. Todo lo que se siente se oculta, porque mostrar una emoción o un sentimiento al respecto se considera un signo de debilidad o de falta de profesionalismo.²

Las emociones, percepciones y sentimientos forman parte de uno de los temas tabú, con lo cual no se puede determinar cuánto esto puede o no afectar el ejercicio profesional, la calidad de vida del médico y la calidad de la atención que brindan a sus pacientes. Por ello, con la idea de iniciar el abordaje de este tema y con el objetivo de determinar las distintas emociones y percepciones provocadas por la muerte de pacientes, en diferentes generaciones de médicos, realizamos esta investigación.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo transversal, con técnicas cuantitativas y cualitativas (investigación participativa). Se utilizó una encuesta autoadministrada y anónima con preguntas estructuradas, semi estructuradas y abiertas que permitieron un relato extenso de la situación percibida ante la muerte del primer paciente en el ejercicio profesional y la muerte del paciente que mas lo afectó (si

éstas situaciones no coincidían). Se incluyó relato de percepciones, conductas tomadas y experiencias vividas. Se analizaron variables sociodemográficas y respuestas a preguntas cerradas. De los relatos extensos se hizo un análisis cualitativo mediante la codificación del texto en unidades de significado y un posterior análisis estadístico descriptivo de estas unidades.

Resultados

Aceptaron participar 48 médicos. De ellos 35 médicos tenían menos de 40 años (Menores) (edad promedio 29.54 años) y 13 eran mayores de esa edad (Mayores) (edad promedio 62.5 años), 52% eran mujeres. Los Menores tenían en promedio 4 años de experiencia profesional y los Mayores, 32 años. De los Menores el 63% se trataba de su primer paciente, para los Mayores 46%. Los relatos de los Menores ante el primer paciente fallecido revelan como principales percepciones la tristeza (54%), tranquilidad y angustia (26%), impotencia (23%), preocupación y pena (17%) y alivio (14%). Ante el paciente que más los afectó predominó la tristeza, la angustia y la impotencia.

Entre los Mayores ante el primer paciente fallecido, la impotencia y angustia (46%) y la tristeza (38%) fueron las más frecuentes. Ante el paciente más sentido, predominaron la tristeza y angustia seguidos por dolor e impotencia. Los participantes más jóvenes expresaron más percepciones que los Mayores.

Discusión

La confrontación con la muerte, los moribundos y el duelo es una realidad cotidiana para los médicos. La muerte es uno de los problemas esenciales del hombre, frente a la que se presentan diversos sentimientos y los médicos como hombres que son, también sienten estos sentimientos que transfieren en la relación médico paciente. A pesar de lo complejo de esta situación, esta temática no es adecuadamente abordada en la carrera de grado, durante la formación de posgrado en

Con respecto a la reflexiones, en ambos grupos predominó el impacto ante la muerte inesperada y en pacientes jóvenes.

Genera tranquilidad y alivio el acompañamiento, empatía con la familia, la buena relación médico-paciente.

Algo llamativo es que en los Mayores se manifiesta la sensación de culpa, de frustración ante el no poder haber hecho más por el paciente. En los más jóvenes, se manifiesta la sorpresa ante distintas situaciones. Los Menores expresaron sentirse acompañados en la mayoría de las situaciones, tanto por superiores como compañeros, sin necesidad de tomar decisiones solos. En los Mayores es notorio que referían el hecho de sentirse poco acompañados a la hora de tomar decisiones críticas y en muchas situaciones se sentían insatisfechos por el no poder haber hecho más.

En ambos grupos se manifestó la impotencia ante situaciones que exceden la labor médica y el sentirse identificado, con dificultades para separar la experiencia personal de lo profesional.

las Residencias, ni en el desempeño de la práctica cotidiana.^{2,3,4,5,6}

Se reconoce en el ejercicio profesional que la mayoría de los médicos quieren lo mejor para sus pacientes. Se sabe que no se pueden garantizar resultados en las distintas intervenciones que realizan los profesionales del equipo de salud. En la mayoría de los casos los resultados son inciertos. Cuando la práctica asistencial realizada a un individuo que ha perdido su salud, resulta en la muerte del paciente, esto genera en el

médico diversas sensaciones, percepciones, emociones y sentimientos, no bien caracterizados ni estudiados en los integrantes del equipo de salud.^{3,4,5,6}

La realización de esta encuesta ha propiciado en los investigadores la detección de algunas particularidades en relación a los médicos y este tema. Un hecho interesante es que la mayoría comentó que era la primera vez que se les hacían preguntas o que se “hablaba” de este tema. Fue interesante además en la dinámica de investigación la acción participativa, que la totalidad de los participantes, luego de completar la encuesta, compartieron con los investigadores relatos de experiencias y los sentimientos que generaron en ellos recordar las situaciones vividas en primera persona.

En los resultados encontramos un comentario de un participante que mencionó que si bien no había hablado de este tema con nadie, al pensar en sus pacientes fallecidos, recordaba claramente la historia, a pesar del paso del tiempo, generando reflexiones sobre lo vivido.

Al igual que en otros estudios los sentimientos fueron variados.^{6,7,8,9} En nuestra investigación las percepciones y los sentimientos tanto de médicos menores de 40 años como en aquellos mayores de esa edad, evidenciaron distintas experiencias.

Los Médicos utilizaron las siguientes palabras para expresar sus sentimientos: “triste, angustiado, dolor, impotencia, ansioso, resignado, aliviado, cansado, desesperado, tranquilo, apenado, preocupado, frustrado, molesto, impactado, sorprendido, afligido, compungido”. Solo

dos profesionales manifestaron paz y calma y uno refirió indiferencia.

Dentro de la subcategoría de los resultados en relación a percepciones y sentimientos, los encuestados en nuestra investigación señalaron en los relatos tanto ante el primer paciente fallecido como ante el que más los afectó, que al confrontar con la muerte los sentimientos mas experimentados fueron la tristeza, la angustia, la impotencia, el dolor, la culpa y la frustración.

Los sentimientos surgen como resultado de emociones, lo cual permite al sujeto ser consciente de su estado de ánimo. Determinan como una persona reacciona ante distintas situaciones. Se consideran positivos o negativos, según el impacto que producen en las personas.¹⁰

La tristeza es un estado de ánimo que se caracteriza como una emoción negativa que implica sufrimiento y privación de los afectos. La persona que lo padece se siente abatida a causa de la sucesión de un hecho desafortunado o doloroso. La tristeza como toda emoción tiene una función social y otra adaptativa, ya que ayuda a que el individuo se exprese comunicando sucesos como pérdidas o decepciones, favoreciendo la reflexión y el autoconocimiento, y porque induce al desahogo.^{6,10,11} A menudo nos sentimos tristes cuando nuestras expectativas no se ven cumplidas o cuando las circunstancias de la vida son dolorosas.

Los profesionales al respecto expresaron:

“...Me causó tristeza el hecho de que el paciente era muy joven...”

“...Es triste aceptar que el paciente murió y lo poco que pudimos hacer...”

“...Me sentí triste por la relación que tenía con mi paciente...”

“...Triste por saber que no se puede hacer más...”

“...Me sentí triste porque fue el primer paciente que se me moría...”

Esto evidencia que en realidad cada uno responde como persona, que posee sentimientos, que les conmueve y los conmociona la muerte del paciente en algunos casos, relacionándola con algunas particularidades que comentaremos más adelante.

Con respecto a la ansiedad, estado emocional inmediato, de intranquilidad o inquietud modificable en el tiempo, es caracterizado por la combinación única de sentimientos de tensión, congoja, aflicción y nerviosismo. Implica un malestar psicológico pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos en el organismo. Teniendo en cuenta la definición, no es difícil entender porque ha sido elegido para expresar los sentimientos ante el fallecimiento del paciente, ya que este estado psicológicamente se traduce por un sentimiento de una amenaza o peligro que pone de manifiesto como el ser humano se siente existencialmente expuesto.^{6,10,12,13,14}

En la mayoría, el relato expresaba que esta ansiedad también estaba generada por la falta de control de los sentimientos y emociones ante el primer paciente que moría en relación a su ejercicio profesional, expresando que si bien la experiencia vivida no se puede transmitir, si percibían una falta de involucramiento con este tema en las universidades, ya que no los habían preparado para el afrontamiento de estas situaciones.

Teniendo en cuenta esto, se entiende por qué los profesionales refirieron:

“...Ansiedad por no saber qué hacer, no saber cómo hablar con la familia, ya que era mi primer paciente que fallecía...”

“...Tuve que tomarme un momento en la habitación para salir a hablar con la familia, la angustia nos había invadido, no podía hablar ni parar de llorar...”

“...Era un paciente joven, ingresó por hemorragia digestiva, se lo compensó y luego comenzó nuevamente a sangrar, entró en paro y no salió. Fue todo muy rápido, rompí en llanto...”

“...Era un paciente muy agradable, teníamos una muy buena relación. Tenía múltiples comorbilidades y sabía que el pronóstico era ominoso. Cuando falleció estaba sola, cerré la cortina y me senté a los pies de la cama a llorar...”

“...Angustia por ser una paciente joven, con hijos pequeños...”

“...Me impresionó, se desangró...”

“...Me impactó el hecho de estar un día saludable y al otro que tu vida cambie tanto...”

La impotencia es el dolor emocional de no poder remediar una situación o circunstancia desagradable, o de no poder llevar a cabo un proyecto, sentimiento o idea.^{6,13} Este dolor emocional expresa un sentimiento de desesperación ante la muerte.

De acuerdo con lo anterior:

“...Impotencia ante el no poder hacer más por el paciente...”

“...Tremenda impotencia ante mi primer paciente fallecido por no sentirme preparado para manejar la situación, dar información. No hay recetas para manejarlo, se aprende a los golpes...”

“...Estaba solo, necesitaba compañía, confianza y seguridad y estaba solo. Impotencia por no poder haber ofrecido más...”

“...Impotencia ante la burocracia, ante los límites de la medicina...”

“...Era un paciente joven y le diagnosticaron una enfermedad terminal en muy corto tiempo, no se podía hacer nada...”

“...Impotencia por sentir que no estábamos respetando la decisión del paciente. Discrepancia con los superiores...”

El no poder hacer nada, cuando como médicos hemos sido formados bajo un modelo paternalista, de omnipotencia, en donde la muerte implica haber hecho un ejercicio inadecuado de la profesión, los hizo sentir consigo mismos incapaces, ineptos e incompetentes al no poder “frenar” el proceso de muerte.

Por eso expresaron también que se sienten frustrados, sus expectativas, no se vieron satisfechas por no poder conseguir lo pretendido, el éxito sobre la enfermedad y la muerte.

También apareció la culpa. Como experiencia disfórica, es uno de los sentimientos que mayores problemas ocasiona al invadir la vida de la persona que lo siente. La culpa es un estado afectivo en el que la persona experimenta conflicto por haber hecho algo que cree no debió haber cometido o por no hacer lo que cree que debió hacer. Esto da origen a un sentimiento difícil de disipar impulsado por la conciencia. Sigmund Freud describió esto como el resultado de una pelea entre el ego y el superego.^{6,15,16}

Nos pareció interesante incluir en esta investigación profesionales de dos

generaciones francamente diferenciables. Se conoce que cada generación concreta su propia identidad atendiendo a una serie de factores constantes: los problemas que les son comunes, su situación socioeconómica, el nivel de satisfacción, la comparación con la generación paterna, sentido de pertenencia, participación de diversos grupos o asociaciones, entre otros aspectos. Alrededor de esos aspectos se conforma la visión que la sociedad y la propia generación tiene de sí misma, en un momento histórico determinado. Esta investigación si bien mostró ciertas particularidades de cada grupo, también evidenció que a la hora de confrontar situaciones difíciles como la muerte del paciente, ambos, compartían con mínimas diferencias percepciones, sentimientos, vivencias y experiencias.

La investigación revela que los Menores expresaban más percepciones a la hora de definir las situaciones, mientras que los Mayores se mostraban más reflexivos.

Llama la atención que en los Mayores predominaban la sensación de culpa, frustración ante el no poder haber hecho más por el paciente, mientras que en los Menores destaca la sorpresa ante las distintas situaciones.

En los resultados encontramos que los participantes sin distinción de grupo, se sienten muy impactados ante la muerte de pacientes jóvenes, diagnósticos terminales recientes o fallecimientos inesperados, principalmente acompañado de impotencia ante dichos escenarios, varían no solo con el paciente, sino también en relación a la historia de vida del médico y sus creencias o espiritualidad, experiencias y vivencias personales.

Un hecho interesante son las reflexiones que realizaron los Menores:

“...La muerte de pacientes jóvenes genera mayor afectación...

...El tener una buena relación médico paciente genera mayor afectación...

...Sentimientos de sorpresa, sin palabras, impacto...

...Muerte esperada no genera emociones negativas, al contrario, alivio, tranquilidad, paz...

...Impacto ante el cambio abrupto irreversible (por ejemplo cuando son diagnósticos terminales recientes)...

...Nos preparamos para salvar vidas, no para que se nos mueran. Hay que saber acompañar y no ensañarse con los pacientes...

...Difícil manejo ante familias conflictivas, desesperadas...

...Impotencia por no poder hacer más...

...Impotencia ante errores terapéuticos...

...Mayor susceptibilidad en aquellos que se sienten identificados en el paciente o su familia...

...Impotencia ante burocracia ...

...Tranquilidad al respetar la decisión del paciente...

...El fallecimiento también es un aprendizaje...

...Sentimiento de falla ante la familia...

...Diferencias con decisiones de superiores...”

La edad media de ese grupo fue 29 años, es decir que estamos ante adultos jóvenes. Las personas de esa generación, a esa edad, están abocadas a completar sus tareas sociales y su capacitación profesional, desarrollando sus proyectos vitales, poniendo su tiempo y energía en “la vida” no en la muerte.

Para cualquier joven la muerte es algo lejano, asumido como algo inevitable, sin embargo con una certeza inconsciente de que a uno jamás le va a pasar, tienen un camino por delante junto a los que ama, construir una vida plena de satisfacción. Estos adultos piensan de manera evasiva y le rehuyen de la muerte.¹⁷ Qué pasa cuando ese joven es un médico, profesión que debe convivir con la muerte. “El trabajo profesional del médico gira en torno a la muerte”. Para un individuo que se encuentra en esta etapa de la vida, la vivencia de esta situación ya sea con el primer paciente que fallece o con el paciente cuya muerte los afecta en mayor medida en el ejercicio profesional es sumamente compleja. Perciben la muerte del paciente como algo verdaderamente frustrante y difícil de llevar y de superar, debido a la imposibilidad de cumplir con el mandato de un ejercicio profesional exitoso, que incluye la “victoria” sobre lo inevitable. Perciben que su trabajo no ha valido de nada y esta injusticia los hace sentirse impotentes, con conflictos difíciles de resolver a una edad en la cual, si no se los ha dotado de herramientas para lograrlo, disponen de pocos recursos psicológicos para afrontar esta situación adecuadamente.

Cabe mencionar que los médicos del grupo Mayores con una edad promedio de 62.5 y un ejercicio profesional en promedio de 32 años, expresaron como sentimientos y percepciones mas frecuentes:

“...Mezcla de emociones...

...Sensación de culpa...

...Muerte esperada genera tranquilidad...

...La muerte es un estímulo para aprender más, tener mas conocimientos sobre esa patología...

...Frustración...

...Impotencia, culpa con uno mismo por no hacer más...

...Paciente jóvenes generan gran impacto...

...La muerte también es algo que le tenía que pasar...

...Impotencia ante la toma de decisiones...

...Sensación de falta de experiencia, de sentirse solo...

...Duda de iatrogenia (se hizo todo?, se hizo bien?)...

...Acompañar y compartir el dolor...

...El hacer todo lo posible genera tranquilidad...

...Agradecimiento familiar da tranquilidad y alivio...

...Dificultades para separar lo personal de lo profesional..."

Pudimos evidenciar que en los Mayores, prevaleció una connotación reflexiva, la mayoría necesito de tiempo para recordar, pero cuando recordaba el caso, lo hacía con todo detalle, evidenciando el impacto que el primer paciente que falleció implicó en sus vidas, ya que el paso del tiempo no borró ni siquiera los mas mínimos detalles.

Por otra parte toda la experiencia vista desde la distancia generó una meditación y fue asociada a los sentimientos que generó la edad de los pacientes (jóvenes), la culpa y la duda sobre la iatrogenia o la toma de decisiones y la dificultad para separar lo personal de lo profesional. Esto último es interesante ya que este grupo etario ha identificado que si bien la muerte puede sobrevenir en cualquier etapa de la vida, sin embargo por el orden natural supone que se

produzca a edades mas avanzadas, a las cuales se están acercando. Toma conciencia de la finitud de la propia vida. En esta edad se asume la responsabilidad de destinar tiempo a solucionar cuestiones acerca de la muerte.¹⁷ Cuando la cercanía de la muerte toma forma y se hace parte de la experiencia cotidiana no solo en los pacientes si no en los afectos significativos para su vida y sus congéneres, también afrontarla se transforma en una situación compleja. El hacerles recordar a estos médicos sus sentimientos mostró además que han desarrollado estrategias que le permiten aprender que "vencer a la muerte" no depende del profesional, ya que al final, los pacientes no siempre viven, se haga lo que se haga y se actúe como se actúe, dándole a esta realidad, cada uno un sentido particular, relacionado con las propias vivencias, creencias y espiritualidad, como hemos señalado anteriormente.

Es interesante como el grupo Mayores pudo identificar que en muchas ocasiones respondieron a la muerte del paciente dependiendo de la propia capacidad, situación y vivencia experimentada, demostrando como varía la experiencia del duelo en cada uno. Varios autores han demostrado que la pérdida de un ser querido es vivida de manera única e individual por cada uno. Se han descrito factores que afectan de manera importante al duelo por la muerte de otro: factores psicológicos, recursos personales, circunstancias específicas de la muerte y apoyos externos.⁵

En una apretada síntesis, podemos decir que los factores psicológicos (pérdida y el sentido de la pérdida) son únicos, cada uno

les otorga un significado único y los re-significa, recuerda o revive de una forma única. Esto está influenciado por las características del individuo fallecido, el rol del mismo en la familia, sociedad, las expectativas del doliente acerca de las potenciales realizaciones de la persona perdida y de la relación o vínculo que tenía con esa persona, entre otras variables. De ahí es que se puede entender como respondieron cada grupo en relación a las particularidades del paciente y la relación con la persona y la familia.⁵

La información recogida sobre aquellos aspectos relacionados con el actuar médico revela la importancia de una buena relación médico-paciente y desde luego, con la familia involucrada. Se evidencia que una buena relación, en la cual el acompañamiento, empatía, buen trato, cariño, respeto de las decisiones, comunicación adecuada, generaba en los médicos tranquilidad por las acciones realizadas y agradecimiento de parte de los familiares.

Si bien esta relación es fundamental, muchos se sintieron identificados con los pacientes y familias, con dificultades para separar lo profesional de lo personal, lo cual provocaba mayor afectación en el médico a la hora de lidiar con el fallecimiento del paciente. Ya que la muerte revive conflictos no resueltos oportunamente tales como miedos, ansiedades, sentimientos de abandono, ambivalencia, dependencia, entre otros.⁵ Por lo que el profesional tiene que superar simultáneamente la vivencia de pérdida no solo como profesional, sino como persona.

En relación a los recursos personales la respuesta se relaciona en forma positiva o negativa, con otras respuestas vitales de la persona. De ahí la importancia de la preparación ante la situación de la muerte del paciente durante la formación de grado y posgrado.

Los recursos personales para afrontar la muerte del paciente se relacionan con la posibilidad de adaptación, la resiliencia, la personalidad y el carácter, la madurez e inteligencia, las experiencias previas, las situaciones por las que está pasando el profesional (crisis), el significado que le otorga por ejemplo al sentido de la existencia y de sus principios y valores (espiritualidad, cultura, entre otros).⁵

En cuanto a las circunstancias específicas de la muerte, no es lo mismo una muerte repentina, que una muerte esperada.⁵

De eso se desprende la importancia que hay que otorgarle a la preparación del profesional joven por ejemplo en lo cotidiano de dejar en el pase de sala o en el pase de guardia consignas claras de tal forma que sepa a lo que se puede enfrentar en una guardia y tener un tiempo (si bien acotado y en una situación sumamente estresante) para poder asimilar la posibilidad de la muerte de un paciente propio o ajeno y prepararse para visualizar como puede desempeñarse.

Los Menores por ejemplo expresaron que la mayoría tenían las conductas claras, sabían que pacientes estaban en condiciones críticas con posibilidad de óbito a corto plazo. Los Mayores, en general, no tenían las conductas dadas previamente y las tomaban ellos mismos dependiendo la situación del paciente.

Por último en el duelo, en este caso, vinculado con la respuesta de los profesionales en relación a los apoyos externos, pueden facilitar o interferir en la elaboración fisiológica del mismo.

Otro hecho importante es si se sintieron acompañados.

Los Menores expresaron sentirse acompañados en la mayoría de las situaciones, tanto por superiores como compañeros, sin necesidad de tomar decisiones solos. Si bien la muerte es un hecho inevitable, se sintieron en general satisfechos por el trabajo realizado, por las conductas tomadas, haciendo todo lo posible y al alcance, por el paciente y la familia, sintiendo que el equipo de salud actuó adecuadamente.

En los Mayores es notorio que referían el hecho de sentirse poco acompañados a la hora de tomar decisiones críticas, las cuales, en la mayoría de los casos, las tomaban solos y en muchas situaciones se sentían insatisfechos por el no poder haber hecho más.

Tanto el tomar decisiones como comunicarlas es una tarea sumamente delicada y para la cual no siempre estamos preparados. El saber qué decir, cómo decirlo, ponerse en el lugar del que escucha no son situaciones fáciles, en las cuales el respeto, verdad, empatía deben participar. No solo es informar, no solo es hablar, también se trata de escuchar a la otra parte y de esa forma también se ayuda. Ambos grupos coinciden en que dar información adecuada a la familia es fundamental, es una obligación moral y que si bien algunos no pudieron informar el deceso por no estar en

ese momento, comunicaban las novedades día a día.

Los Menores mencionaron que no lo hicieron solos. Reflejaron que explicaron la situación y lo sucedido, participando como interlocutores sobre todo cuando se trataba de sus propios pacientes. Los Mayores informaron que en general habían tenido que dar la mala noticia solos.

Estar formados con un pensamiento omnipotente como que “nos preparamos para salvar vidas, no para que se nos mueran” o que “estamos para vencer a la muerte” confirma el hecho de la escasa preparación que tenemos durante nuestra capacitación profesional para afrontar que la muerte es parte del ciclo de la vida.

Todo esto nos muestra que además de ser médicos somos humanos y que si bien la muerte es un hecho constante en nuestras vidas y con la cual lidiamos a diario, no estamos siempre preparados para afrontarla.

Como todo proceso, el duelo de un familiar o como en este caso de un integrante del equipo de salud tiene una finalidad, tiene un significado. Pero creemos que en el médico o en cualquier integrante del equipo de salud, tiene una connotación especial. Sobre todo del primer paciente que fallece. Es necesaria la elaboración de ese duelo de la manera más saludable posible. En el caso de la familia esto permite aceptar la realidad de la pérdida y expresar los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para así poder aceptarlos y encaminarlos adecuadamente.⁵

Consideramos que esto se aplica a los médicos y a los otros miembros del equipo de salud, por que esto permite una

adaptación, facilita la aceptación, la resiliencia y en definitiva la utilización de la experiencia para afrontar de manera positiva futuras situaciones de este tipo.

Creemos que cada fallecimiento es un aprendizaje. Un aprendizaje permanente, en el cual cada persona es distinta, cada paciente es único, en cada relación médico – paciente ponemos expectativas, realizamos aprendizajes, ponemos a disposición del paciente nuestros conocimientos, nuestra compañía, nuestro altruismo y también realizamos un aprendizaje porque con todos tenemos algo que aprender día a día.

Conclusiones

La muerte nos concierne a todos, pues nacimos para morir, es parte del ciclo de la vida, ésta es una característica que marca nuestra condición de ser vivo. Esta investigación nos muestra que además de médicos somos seres humanos a los cuales la muerte nos afecta en mayor o menor medida, con dificultades para afrontarla. Nos hace reflexionar sobre la necesidad de aprendizaje sobre el acompañamiento en esta situación desde la formación inicial. En los distintos profesionales se movilizaron sentimientos, provocando una reflexión positiva en la mayoría.

La negación de la muerte es una actitud humana. Quizá eso justifique en parte el pobre abordaje de este tema en la formación del individuo durante la carrera

Cada paciente fallecido, sobre todo el primer paciente que fallece en nuestro ejercicio profesional, deja una pequeña muesca en nosotros, una herida en nuestra alma, probablemente con la cual carguemos el resto de nuestras vidas, pero día a día, sin olvidarnos de ella, es posible el ejercicio profesional, ya que aprendemos de eso.

Es preciso que se aborde este tema y se proporcione el soporte emocional en el momento preciso, para que esto contribuya a cuidar a los que cuidan y a mejorar la calidad de atención al paciente.

de medicina y en la formación de posgrado, que incluso explica por qué el tema no se toca —salvo escasas excepciones— en reuniones médicas, demostrando la reticencia a hablar de este tema que en realidad representa nuestro destino común. El médico no puede negarse a la muerte y por eso su reflexión en torno a sus actitudes, como a la que experimenta frente a los enfermos, es valiosa. Es necesario generar espacios para aprender a expresar los sentimientos ante la muerte, como algo normal, sin limitar la oportunidad de compartir estas experiencias, percepciones, vivencias y sentimientos con los otros integrantes del equipo de salud, lo que beneficiará las esferas física, psicológica y social de todos.

Referencias bibliográficas

1-Rivas D, Saravia A, Santolín M, Gisbert P, Salomón S, Carena J. Cómo se muere en un servicio de Medicina Interna: percepción del equipo de salud. Revista Médica

Universitaria 2015; 2. [INTERNET]. [Acceso: 27 de setiembre de 2016].

Disponible en:

<http://bdigital.uncu.edu.ar/app/navegador/?idobjeto=7137>

2- De la Fuente J. El médico ante la muerte del enfermo. [INTERNET]. [Acceso: 27 de setiembre de 2016].

Disponible en:

<http://www.nexos.com.mx/?p=25094>

3- Piñera Carvallo, Monseñor Bernardino "El Médico y la muerte". [INTERNET]. [Acceso: 27 de setiembre de 2016].

Disponible en:

www.uchile.cl/instituto/medicina/boletín/boletinxxxv/conf7.html

4- Salas S. La muerte de nuestro primer paciente. Boletín de la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica, Chile 2006. [INTERNET]. [Acceso: 27 de setiembre de 2016].

Disponible en:

<http://publicacionesmedicina.uc.cl/Boletin/20062/muerte.pdf>

5- Carmona Berrios Z, Bracho De Lopez C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública* 2008; 2 (2): 14-23.

6- García Solís B, Araujo Nava E, García Ferrer V, García Hernández M. Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. *Revista horizontes* 2014; 5: 47-59.

7- Maza C, Zavala G, Merino E. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Cienc. Enferm* 2009; 15(1): 39-48.

8- Benbunan Bentata B, Cruz Quintana F, Roa Venegas J, Villaverde Gutiérrez C. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007; 7(1): 197-205.

9- Colell B, Limonero G, Otero M. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. Tesis. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació. 2003.

Disponible en:

<http://ddd.uab.cat/record/38526>.

10- Pérez Porto J y Gardey A. Definición de sentimiento. Publicado: 2010. Actualizado: 2013. [INTERNET]. [Acceso: 8 de octubre de 2016].

Disponible en:

<http://definicion.de/sentimiento/>

11- Definición ABC. Definición de tristeza. 2007-2016. [INTERNET]. [Acceso: 7 de octubre de 2016].

Disponible en:

<http://www.definicionabc.com/salud/tristez a.php>

12- Längle A. La Búsqueda de Sostén. Análisis Existencial de la Angustia. *Terapia Psicológica* 2005; 23:57-64. [INTERNET]. [Acceso: 22 de setiembre de 2016].

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523206>.

13- Pérez Porto J y Merino M. Definición de angustia. Publicado: 2011. Actualizado: 2014. [INTERNET]. [Acceso: 1 de octubre de 2016].

Disponible en:

<http://definicion.de/angustia/>

14- Pérez Porto J y Gardey A. Definición de ansiedad. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. [INTERNET]. [Acceso: 2 de octubre de 2016].

Disponible en:

<http://definicion.de/ansiedad/>

15- Estrada R. Como combatir el sentimiento de la impotencia, 2010 [INTERNET]. [Acceso: 23 de setiembre de 2016].

Disponible en:

<http://>

es.slideshare.net/ReynaldoEstradaRios/com-ocombatir-el-sentimiento-de-impotencia.

16- Echeburúa E, Corral de P, Amor P. Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. 2001. [INTERNET].

[Acceso: 30 de setiembre de 2016].

Disponible en:

www.ehu.eus/echeburua/pdfs/3-estrafrota.pdf.

17- Percepción de la muerte a lo largo de la vida. [INTERNET]. [Acceso: 30 de setiembre de 2016].

Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos5/permu/permu.shtml>