

LA MUERTE, EL DUELO Y EL EQUIPO DE SALUD

DEATH, MOURNING AND THEIR EFFECT ON HEALTH TEAMS

Zoraida Elena Carmona Berrios

Magíster en Enfermería en Salud Sexual y Reproductiva
Prof. Tit. de la Esc. de Enfermería de la Universidad de Carabobo

Cira Elizabeth Bracho de López

Magíster en Enfermería en Salud Materno Infantil y Dra. en Planificación Educ.
Subdirectora de planificación y desarrollo de extensión y servicios a la comunidad. U. de Carabobo, Venezuela.
E-mail: zcarmona@uc.edu.ve
zcarmona17@hotmail.com

Resumen

Este artículo trata sobre la muerte y el duelo, compañeros constantes e inevitables de la vida y sobre el equipo de salud, que en su día a día, se ven sumergidos en sus propios conflictos y envueltos en los conflictos del otro. Objetivo: Interpretar los sentimientos de duelo de médicos y enfermeras ante el morir y la muerte. Metodología: Investigación cualitativa, matriz epistémica fenomenológica hermenéutica, siguiendo las cinco fases de Spiegelberg: Descripción, búsqueda de perspectivas, búsqueda de esencia, constitución de la significación e interpretación del fenómeno. Conclusión: A través de entrevistas a profundidad se identificaron dos categorías constitutivas del significado de la experiencia vivida hasta llegar a la categoría central emergente en el mundo de los participantes. Los informantes fueron médicos y enfermeras. La categoría central emergente fue el temor.

Palabras clave: Muerte, duelo, vida, equipo de salud

Abstract

This study deals with death and mourning, two permanent and inevitable companions to life and to health team members, who are routinely immersed both in their own personal conflicts and those of other people.

Objective: to understand the feelings of medical and

Trabajo recibido:
diciembre 2007
Aprobado: julio 2008

nursing staff in the presence of death and the dying process.

Methodology: qualitative study, using a phenomenological, hermeneutic and epistemic matrix, and following Spiegelberg's five stages: description, search for perspectives, search for essence, constitution of meaning and interpretation.

Conclusions: employing depth interviews, two categories were detected in the constitution of meaning of experiences on the way to the central emergent category in the world of the participating persons. The subjects of the study were doctors and nurses. The central emergent category was fear.

Key words: death, mourning, life, health team

Introducción

La muerte siempre ha sido y será un tema del que pocos quieren hablar, sin embargo desde tiempo inmemorial el hombre ha rendido culto a sus muertos y esto se ha reflejado en los diferentes rituales y formas de entierro. La condición humana de seres finitos determina y obliga a caminar en un solo sentido; cada segundo que transcurra será irreparable un segundo después. El tiempo aparece como una línea que une la vida con la muerte.

Para Galindo, la muerte inspira mucho temor y respeto, está envuelta en un ambiente de misterio, tiene un lenguaje arcano difícilmente descifrable, que a su vez transmite mensajes ambiguos que invitan a marchar con ella en busca de la paz total en una vida nueva sin más muerte.⁽¹⁾ El hecho de no ser libres para determinar la muerte, aceptarla, integrarla y vivir con ella, por su carácter de irreversibilidad, dificulta poder asimilarla a otras experiencias de la vida y por lo tanto comprenderla. La angustia de la muerte ha sido considerada como la angustia mas profunda del hombre. La mayoría de los profesionales de la salud elegimos esta profesión para beneficiar a las personas que nos solicitan ayuda, pero cuando esa ayuda tiene que ver con la experiencia de la muerte y el duelo, hay algo que limita nuestra capacidad para ayudar. Todos los que trabajamos en el área de la salud, hemos sufrido diversas pérdidas a lo largo de nuestra propia vida, y sentimos temores con respecto a pérdidas futuras, por ejemplo la de nuestros padres, nuestros hijos o nuestra pareja. Como seres humanos, los miembros del equipo de salud, debemos reconocernos vulnerables para poder comprender que las situaciones de duelo y muerte en nuestros pacientes nos van a afectar.

En tal sentido se plantea como objetivo general de este trabajo: Interpretar los sentimientos de duelo de médicos y enfermeras ante el morir y la muerte. Y como objetivos específicos: Describir los sentimientos de duelo de médicos y enfermeras ante el morir y la muerte. Caracterizar los significados que tienen para médicos y enfermeras los sentimientos de duelo ante el morir y la muerte. Explicar el significado que tiene para médicos y enfermeras los sentimientos de duelo ante el morir y la muerte

Desarrollo

La Muerte

La muerte es la pérdida total de las funciones vitales. Estancanti define la muerte como la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre, símbolo de la finitud del ser, que sufrida de forma impotente y pasiva no esta en manos del hombre poder evitarla. Con ella terminan los procesos biológicos fundamentales, pero también las relaciones sociales del hombre (2). La muerte, es el acontecimiento universal por excelencia que, en cierta forma, le confiere intensidad y valor a la vida; lo cual según Kubler, permite configurar una vida más consciente, para ser más responsable con la

propia existencia y para madurar más intensamente. (3)

Se habla de pacientes con una enfermedad terminal, para referirnos a la muerte anunciada, pero hay ocasiones en que la muerte se presenta de manera inesperada y repentina, dejando un gran vacío en quienes permanecemos todavía en esta dimensión terrenal. Galindo plantea, que los monjes de clausura, se familiarizan tanto con la muerte, que la llaman "hermana muerte", de igual manera existen otros que prefieren ignorar la existencia de la muerte, creyendo que ella también los va a ignorar a ellos. Y no faltan los que, con alevosía y soberbia, se ponen en situaciones de límite vital sin necesidad alguna, con acciones de alto riesgo (1), experimentando una vivencia de máxima expansibilidad del yo, porque se transforma en un yo meramente corporal.

La muerte es la compañera inevitable de la vida, es su etapa final. Puede ocurrir a cualquier edad, repentinamente o después de padecer una larga enfermedad. A pesar de saber que algún día tendremos que morir, el fallecimiento de un ser querido resulta un hecho terrible, muy difícil de aceptar, que afecta nuestro yo. Cuando se rompe el vínculo con la persona fallecida, el sufrimiento es tan grande, que se ponen en tela de juicio los fundamentos del ser, de la existencia humana y nuestras más profundas creencias, afectando de manera importante las relaciones familiares y sociales básicas.

El miedo a la muerte es algo universal, porque el ser humano le teme a lo desconocido. En tal sentido, el inexplicable miedo a la muerte puede manifestarse en un afán desmesurado por obtener logros que contrarresten esta angustia y la persona emprende una carrera ansiosa contra el tiempo, sin disfrute de los propios logros, pues vive pendiente de obtener el máximo posible. Sobre el particular Kubler y Kessler señalan que todos los miedos del ser humano, tienen su origen en el miedo a la muerte y si aprendemos a mitigar ese miedo podremos enfrentarnos a todos los demás miedos con mayor tranquilidad. (4)

Si bien es cierto que la muerte es una realidad especialmente difícil de entender; hoy en día lo es más, porque en la era del mundo globalizado se fomenta la ilusión de que vamos a vivir muchos años y se alimenta la negación de la realidad de la muerte. Nuestros antepasados, vivían en un mundo donde la muerte de las personas y de los animales se vivenciaba como algo natural. Se moría en casa, rodeado de los seres queridos y de sus "cosas" (su cama, su cuarto, su aroma). Desde niño, se aprendían patrones de conducta al observar cómo se comportaban los adultos, en estas situaciones de duelo. Las convicciones religiosas profundas, los rituales y las ceremonias ayudaban a familiarizarse con la muerte. Los amigos y vecinos acompañaban al doliente y al moribundo y le brindaban apoyo y consuelo en ese trance difícil del final de la vida. Además el velorio del fallecido y los rituales funerarios se realizaban en el seno de la familia y formaban parte de las ceremonias internas del sentir familiar.

Hoy en día, en el acompañamiento al cadáver, en las funerarias, que es el sitio donde se practican los rituales del velorio, los familiares y amigos íntimos permanecen solo horas y luego se van a sus casas y regresan para el entierro. Este hecho hace que el velorio se envuelva en un halo de frialdad y desapego.

Otro aspecto importante a considerar es el sufrimiento que genera la muerte. El sufrimiento, según Sadrin, es la respuesta emotivo/afectiva negativa, desagradable, generada en los más altos centros nerviosos por el dolor y por otras situaciones que psicológicamente se le asemejen, como pérdidas de personas queridas o de objetos de amor importantes, con la consiguiente depresión, estrés, ansiedad y frustración que suele acompañarlo.(5)

Cuando se vivencia la pérdida de un ser querido, el sufrimiento acompaña todo el proceso de duelo. Para Jaspers, el sufrimiento deriva de la consciencia del hombre acerca de su finitud, por lo que la realización de la existencia de la humanidad esta ligada al tiempo. Plantea también que un hecho importante a destacar es que la vida emocional del sujeto está presente en el origen y en el proceso del sufrimiento. (6)

El mismo autor nos habla sobre un aspecto de suma importancia para la vida y el sufrimiento, cuando afirma que el hombre avanza y se detiene en la realización de su ser, va superando tensiones y contradicciones, pero cuando ha comprendido la vida y la madurez alcanzada le muestra el camino a la verdadera satisfacción por su existencia, ya la muerte esta muy cerca. Para Jaspers, el hecho de no poder concluir su vida de trascendencia es lo que más desespera al hombre, de allí la negación a la posibilidad de morir. (6)

Si bien es cierto lo que afirma Jaspers con relación a que el sufrimiento se deriva de la consciencia del hombre acerca de su finitud; en el duelo por la muerte de un ser querido el sufrimiento, además, tiene que ver con la separación, con ese no volver a ver, ni hablar, ni compartir con la persona fallecida.

Por su parte Sócrates, referido por Pastorini, afirmaba que: "El temor a la muerte, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizás la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe, y sin embargo todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males". (7)

El Duelo

El duelo (del latín *dolus*, dolor), según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar. (8) En tal sentido podemos decir que el duelo es la respuesta normal y natural a una pérdida humana o separación. Es también, una respuesta a cualquier tipo de pérdida, no sólo a la muerte de una persona. Es algo personal y único y cada persona lo experimenta a su modo y manera, sin embargo produce reacciones humanas comunes. El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales. Sin embargo, aún cuando todo ser humano debe enfrentarse al sufrimiento que genera la separación transitoria o definitiva de un ser querido, la pérdida de un órgano, la pérdida de una función, las pérdidas de tareas propias de cada etapa de crecimiento y desarrollo que se van dejando atrás; son pocas las oportunidades de aprendizaje que se tienen acerca de cómo manejar el duelo que producen las pérdidas significativas a lo largo de la vida humana.

Galindo define el duelo como una reacción psicósomática de dolor ante situaciones de pérdida de algo o de alguien significativo para nosotros. Plantea también, que el duelo es en el fondo un sufrimiento moral causado por el despojo interno y desgarrador ocasionado por una pérdida significativa que alimentaba la autoestima de una persona y trae deterioro de su dignidad humana. (1)

Por otra parte Worden refiere que el duelo representa una desviación del estado de salud, y de la misma manera que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, se necesita un período de tiempo para que la persona en proceso de duelo vuelva a su estado de equilibrio. (9)

Los teóricos sobre el duelo, han estudiado los signos y síntomas que se presentan durante el proceso de elaboración del duelo y los han configurado en diferentes etapas. Sin embargo no necesariamente toda persona en duelo debe pasar por todas ellas de la misma manera, ni seguir una determinada secuencia. Kubler, una de las teorizantes más conocidas sobre este tema, realizó numerosas investigaciones con enfermos terminales y su relación con el duelo anticipado (muerte próxima); elaborando un proceso de cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. (10) Por su parte, Davidson referido por Savage, en su estudio sobre 1200 adultos que habían perdido a sus hijos (duelo vivido por la pérdida de otro), desarrolló cuatro dimensiones en el proceso de duelo: shock e insensibilidad; búsqueda y ansiedad; desorientación y reorganización. (11)

Sea cual fuese el punto de vista de los teóricos, todas las etapas se relacionan entre

sí, lo importante es tener presente que toda pérdida genera en el que la sufre, un proceso de duelo, y que para que ese proceso ocurra de forma saludable, sin repercusiones negativas en el futuro, tiene que ser elaborado a través de diferentes etapas, en un tiempo variable que depende tanto de la vida emocional del sujeto como del apoyo oportuno y efectivo de su entorno y que puede requerir, en algunos casos, hasta 3 a 4 años para su resolución.

Bracho, reafirma lo antes expuesto cuando plantea que el proceso de elaboración del duelo es lento, se cumple a través de varias etapas que no tienen que ser consecutivas, pueden superponerse, reaparecer o predominar alguna de ellas. Pero es indispensable que se transiten todas y cada una, para que ocurra la gradual aceptación e integración de la pérdida. (12)

La pérdida de un ser querido es vivida de manera única e individual por cada uno de los dolientes. Ripoll, describe cuatro grupos de 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.(13) Con relación a los factores psicológicos que afectan el duelo, el citado autor considera que la pérdida y el sentido de la pérdida son únicos, de tal manera que una misma pérdida tiene un significado diferente para varias personas, porque las percepciones son individuales y dependen del sentido, calidad e inversión emocional que representó para el doliente la relación con el fallecido, de la dependencia o independencia que ha generado, de la cantidad y calidad de los asuntos sin resolver entre el doliente y el fallecido, de las características del fallecido, (edad, sexo, personalidad), así como de la percepción del doliente acerca de la realización y las satisfacciones que la vida ha deparado al fallecido. También del rol y las funciones que tenía el fallecido dentro de su núcleo familiar y del sistema social en el que se movía, todo lo cual va a originar una superposición de pérdidas. Si las relaciones con el ser querido fueron conflictivas, el dolor no solo es por la pérdida; sino también por la culpa de no haber tenido mejores relaciones con el fallecido; y la imposibilidad de no poder cambiar esa situación. En este caso, la muerte revive conflictos no resueltos oportunamente tales como miedos, ansiedades, sentimientos de abandono infantil; y conflictos de ambivalencia, dependencia, seguridad en las relaciones padres-hijo. De tal manera que el doliente tiene que superar simultáneamente pérdidas presentes y pasadas.

Con respecto a los recursos personales del doliente, Ripoll refiere que la respuesta a la pérdida y la manera de afrontar el trabajo del duelo por la muerte de otro, se relaciona en forma positiva o negativa, con otras respuestas vitales de la persona, sus comportamientos de adaptación, personalidad, carácter y salud mental, el grado de confianza en sí mismo, el nivel de madurez e inteligencia, las experiencias previas de duelos, la coexistencia de otras situaciones de crisis, el sentido que tenga de la existencia y de sus principios religiosos/espirituales, filosóficos, culturales y sociales(13). En tal sentido, Kübler y Kessler señalan que no se trata solamente de conocer las etapas del duelo, sino también de la vida vivida. (14)

En cuanto a las circunstancias específicas de la muerte, Ripoll plantea que las características que rodean el morir y la muerte influyen en los supervivientes. No es lo mismo una muerte repentina, que una muerte esperada. Todavía más dramática resulta la muerte por suicidio y actos violentos (asesinatos, violaciones), que dejan sentimientos de culpa profundos. Los dolientes pueden obsesionarse con el pensamiento de cómo habrá vivido su ser querido aquellos últimos momentos, cuantas angustias callarían su voz. (13)

Con relación a los apoyos externos, compartimos con el citado autor que el contexto social donde los dolientes vivencian la pérdida influye en la elaboración del proceso de duelo, pudiendo facilitar o interferir en la elaboración fisiológica del mismo.

Como todo proceso, el duelo tiene una finalidad, es necesaria su elaboración de una

manera saludable ya que permitirá, en primera instancia, aceptar la realidad de la pérdida, que es el paso más difícil y doloroso, luego permitirá expresar los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para así poder aceptarlos y encaminarlos adecuadamente; por último ayudará en la adaptación a la nueva realidad y facilitará la utilización de la energía afectiva y emotiva en nuevos proyectos y relaciones.

En tal sentido, el hecho de que el doliente pueda hablar y recordar al ser querido con naturalidad y tranquilidad, o que el paciente terminal pueda referirse a sus propias pérdidas significativas como parte de su historia de vida, pueda establecer nuevas metas y/o proyectos, así como relaciones significativas que le permitan continuar con su vida o vivir la experiencia del morir, son aspectos de suma importancia que se deben considerar para asumir que el duelo se está elaborando de manera saludable.

Desde el mismo momento del nacimiento, vivenciamos nuestra primera pérdida evolutiva importante, cuando tenemos que dejar las agradables condiciones del claustro materno para iniciar la vida extrauterina, en tal sentido, podemos decir que la vida está sembrada de pequeñas y grandes pérdidas significativas con sus respectivos duelos. La muerte de un ser querido y/o la propia muerte, es una experiencia humana muy fuerte, por la que todos tenemos que pasar en algún momento de nuestra existencia y conlleva un proceso de duelo, a veces anticipado, con profundas implicaciones para la totalidad del ser. De esto no podemos escapar, es inevitable, por tal motivo cuanto más activo sea el duelo, menor será su duración y el riesgo de que resurja de modo distorsionado en el futuro. A pesar de la carga de sufrimiento que el proceso de duelo origina, esta experiencia aparentemente negativa, puede transformarse en una vivencia positiva.

Equipo Interdisciplinario de Salud

Se puede definir al equipo interdisciplinario de salud como aquel que está integrado por un grupo de profesionales, de dos o más disciplinas, con elementos conceptuales que los califican para brindar cuidados de calidad, con eficacia y eficiencia a las personas que lo requieran. Así mismo, estas personas, tendrán características especiales tales como sensibilidad y amor ante el dolor ajeno, respeto por sí mismo y por los otros y responsabilidad en el cuidado de sí y de sus semejantes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define al equipo interdisciplinario de salud como un conjunto de individuos de diferentes disciplinas que interactúan, cambiando el foco de la atención centrado en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, evaluación nutricional), a la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema, y que no tiene límites disciplinarios. (15)

Como se puede apreciar, según el concepto de la OPS, esta atención debe tener una visión integral, global, basada en la interconexión e interdependencia de todos los sistemas. Capra citado por Lastra, plantea que vivimos en un mundo caracterizado por sus interconexiones a nivel global en el que los fenómenos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, son todos recíprocamente interdependientes. Esta visión comprende una teoría de sistemas, sobre la vida, la mente, la conciencia y la evolución. (16) En palabras de Morin "somos parte de un sistema ecosocial complejo con redes y jerarquías morales y económicas". (17)

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

Como ya lo hemos planteado, los miembros del equipo de salud están en contacto diario con situaciones de duelo y muerte en los centros asistenciales, por lo tanto, para

poder responder a los miedos, angustia y sufrimiento de los pacientes ante la muerte, es necesario enfrentarse consigo mismo y tener en cuenta la visión holística al realizar esa introspección. Al respecto Kübler señala que observar la muerte de un ser humano nos hace conscientes de la finitud, de la limitación de nuestra propia vida. (10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés. (18)

En este mismo orden de ideas, Barrantes plantea que la labor del profesional de la salud, cuando se enfrenta a situaciones de pérdidas significativas, consiste en orientar saludablemente el duelo, es decir, acompañar a la persona en duelo (incluyendo al paciente terminal), por un camino lento, largo y extremadamente doloroso que implica deshacer poco a poco el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está y guardar en el mundo interno su imagen, su recuerdo y/o el recuerdo de sus experiencias de vida. (19)

Lamentablemente, en nuestro medio, el equipo de salud ha sido formado para promover la salud, prolongar la vida, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos, aliviar el dolor físico; pero no para comprender que en ocasiones su intervención profesional está dirigida a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo y apoyarlos en sus decisiones, lo cual implica enfrentar no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales. Este trabajo intenta explorar los sentimientos de duelo de profesionales de la salud ante el morir y la muerte de pacientes, a través del pensamiento introspectivo y vivencial que los lleve a compartir sus experiencias existenciales.

Metodología

El diseño del estudio es cualitativo, con una matriz epistémica fenomenológica hermenéutica, siguiendo las cinco fases de Spiegelberg: Descripción del fenómeno, búsqueda de múltiples perspectivas, búsqueda de la esencia y la estructura, búsqueda del significado e interpretación del fenómeno. Los informantes para el momento de este primer artículo son tres médicos y tres enfermeras a quienes se les solicitó consentimiento informado, garantizándoles anonimato y confidencialidad de la información. La recolección de la información se llevó a cabo a través de la observación y entrevistas a profundidad de una duración aproximada de 45 a 60 minutos cada una. Los materiales usados fueron grabador, cuaderno de notas, memos y lápices. El procesamiento de la información fue simultáneo con la recolección de la misma, describiendo, codificando y categorizando en unidades temáticas.

Resultados

Al profundizar en el fenómeno del duelo de médicos y enfermeras ante la muerte del paciente, en la búsqueda de la esencia y la estructura de los significados desde la perspectiva de ellos, emergieron dos categorías: 1) Vivencia anticipada de la propia muerte; 2) Impotencia ante la muerte del paciente. La categoría central identificada fue el temor a la muerte. Los médicos y enfermeras entrevistados verbalizaron, sus sentimientos, aun presentes, de impotencia, angustia, frustración, fracaso, culpa, amenaza, tristeza, el espejo de la propia muerte, entre otros.

En la categoría: Vivencia anticipada de la propia muerte, las expresiones predominantes fueron: "No sé... el saber que el paciente va a morir me genera mucha

ansiedad". "Cada vez que alguien se moría yo sufría,... vivía mi propia muerte". "No aceptaba que se va iba a morir". "La muerte de un paciente me recuerda lo vulnerable que es mi vida". "Para mi la muerte es un hecho terrible". "Nunca estamos preparados para la muerte". En los informantes emergen sentimientos de negación, sufrimiento, falta de preparación para enfrentar situaciones de duelo y muerte, ansiedad, vulnerabilidad de la vida y el espejo de la propia muerte.

En tal sentido, Gómez hace referencia a un estudio realizado en una universidad americana, en el cual 94% de los integrantes del equipo interdisciplinario de salud (médicos específicamente) manifestaban tener serias dificultades para informar al paciente sobre la proximidad de su muerte y el 76% señalaba que sus relaciones con los moribundos eran habitualmente incómodas. Estos estudios demostraban que los médicos responden a su ansiedad y a la falta de preparación para el manejo del duelo, con mecanismos de defensa inadecuados, sobre todo con ira y con actitudes negativas, cuando se enfrentan con pacientes en fase terminal vivenciando el duelo anticipado por la muerte. (20)

Worden, señala que la experiencia del duelo propio nos hace difícil ser o sentirnos útiles con la persona que lo experimenta, el profesional de la salud puede sentir frustración y enfado, de igual manera puede sentirse tan incómodo siendo testigo del dolor de la otra persona, que este malestar lo lleve ha establecer una relación breve y superficial con el paciente. (9) Esto es una gran realidad, lo hemos vivenciado, no creemos que exista un profesional de la salud que se haya enfrentado a una experiencia de cuidado a un paciente en proceso de duelo y/o muerte y no haya experimentado sentimientos de incomodidad, deseos de escaparse y de no estar allí en ese momento.

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

Con relación a la categoría: Impotencia ante la muerte del paciente, los informantes manifestaron: "Nos educaron para la vida no para la muerte, así que la muerte de un paciente para mí constituye un fracaso". "Siempre hay esperanza...cuando tengo un paciente en condiciones delicadas brinco y salto para conseguirle lo que necesita...no me rindo". "Si se muere, entonces me pregunto... ¿Qué mas pude haber hecho por él?". "No me gusta informarle a los familiares que falleció, dejo que otro lo haga". "Para mí es muy difícil enfrentarme o mejor dicho, atender a un paciente que va ha morir". "La muerte es algo muy doloroso... cuando se muere alguien, un paciente, un familiar... uno no sabes que decir, ni que hacer". En todas las expresiones subyacen sentimientos de frustración, fracaso, culpa, dolor, incompetencia y negación de la muerte.

Para miembros del equipo de salud, no se trata solamente de identificar las causa y explicar la situación de enfermedad o el porque de la muerte, sino de tener una visión mas amplia de lo complejo del ser humano y sus circunstancias, que les permita comprenderse y comprender lo que esta ocurriendo y así poder apoyar las decisiones, expresas o no, de la persona con respecto a su salud y a la preparación para la muerte (proceso de duelo).

En el actuar profesional de ese ser humano cuidador es necesario que sepa comprender las diferentes dimensiones de las personas; los valores, necesidades, roles, sentimientos, motivaciones y mecanismos de defensa, que no son ámbitos meramente físicos, biológicos o corporales, psicológicos; sino que contemplan lo espiritual, lo social, lo afectivo y lo intelectual. Es necesario que el equipo salud asuma la muerte como un fenómeno natural, universal e inevitable, puesto que si no lo hace, no tendrán los elementos suficientes para ayudar en el proceso de duelo saludable a pacientes y familiares y mucho menos para ayudarse a sí mismo.

Son diversas las interrogantes que nos podríamos plantear con relación a las vivencias de los miembros del equipo de salud cuando se enfrentan a situaciones de pacientes en proceso de duelo y muerte. Los autores revisados hacen referencia a que son múltiples los factores intervinientes, entre ellos tendríamos la falta de preparación en el manejo de estos pacientes, el enfrentarse a sus propios miedos y/o realidad, el no haber elaborado sus propios duelos, factores culturales como el temor a la propia muerte, la cultura de muerte, la herencia familiar, la personalidad, entre otros.

En tal sentido Heidegger referido por Vattimo, plantea que debemos hacernos responsables de nuestra propia vida, asumir nuestra propia muerte sin dejarnos fagocitar en nuestra relación con los objetos y sus funciones. (21) Es necesario que los miembros del equipo de salud dispongan de herramientas conceptuales que fundamenten su desempeño profesional y les permitan analizar las implicaciones éticas de su propia práctica, así como su trascendencia existencial en la profesión, todo lo cual redundara en la protección de su salud mental, el mejoramiento de la relación terapéutica y el prestigio profesional. El profesional de la salud debe analizar las dimensiones de su persona, clarificar sus emociones e integrar sus sentimientos acerca de su propia muerte, a fin de estar en condiciones de apoyar a personas en el último tiempo de la vida.

Conclusión

Los hallazgos evidencian que la experiencia central vivida por miembros del equipo de salud incluidos en este estudio es el temor a la muerte, con sentimientos predominantes de: angustia, ansiedad, frustración, fracaso, incompetencia, amenaza, tristeza, negación de la muerte y consciencia de la finitud de la propia vida. Estos sentimientos subyacen en dos categorías emergentes: Vivencia anticipada de la propia muerte e impotencia ante la muerte del paciente.

Bibliografía

1. Galindo, G. C. (2004). *Ethos Vital y Dignidad Humana*. Colección Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. Bogota. Colombia.
2. Estancanti, T. (1995). *Diccionario Teológico Enciclopédico*. Editorial Verbo Divino. Navarra. España.
3. Kübler-Ross, E. (2005). *Vivir Hasta Despedirnos*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. España.
4. Kübler-Ross, E.; Kessler, D. (2002). *Lecciones de Vida*. 5ta Ed. BSA. Barcelona. España.
5. Sadrin, L. (2002). *Como afrontar el dolor*. Paulinas. Bogota Colombia.
6. Jaspers, K. (1977). *Psicopatología General*. Buenos Aires. Ediciones Beta.
7. Pastorini, G. (1997). *De los Cuidados Paliativos al Ars Moris. Un Abordaje Psico-Espiritual*. [Monografía en Internet]. Montevideo-Uruguay. Monografias.com S.A. [Acceso el 16 de junio de 2007]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos15/tanatologia>.
8. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. [Sede Web]. 22ma Ed. [Acceso el 10 de agosto de 2007]. Disponible en <http://buscon.rae.es/draeI/>.
9. Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona-España.
10. Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados. 2da. Ed. México.
11. Savage, J. (1992). *Duelo por las vidas no vividas*. Ediciones Luciérnaga. España.

12. Bracho, C. (1997). Duelos en la Adolescencia, en Salud del Adolescente. Universidad de Carabobo. Venezuela. Raúl Clemente Editores.
13. Donación y Transplante de Órganos. [Sede Web] Alicante. España 1997. [Acceso el 22 de mayo de 2007]. Ripoll, J. Extracto de la clase "EL DUELO". Disponible en http://donacion.organos.ua.es/info_sanitaria/proceso/el_duelo3.htm.
14. Kübler-Ross, E.; Kessler, D. (2006). Sobre el Duelo y el Dolor. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. España.
15. Organización Panamericana de la Salud. (OPS) (1992). Manual de Medicina del Adolescente. Serie Paltex para Ejecutores de Programas N° 20. Washington D.C.
16. Lastra, A. (2004). Que bello es Vivir. Ediciones Octaedro. Madrid. España.
17. Morin, E. (1999). El Método. La Naturaleza de la Naturaleza. 5ta. Ed. Ediciones Cátedra. Madrid España.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Revista en Internet] 2003. Revista salud, trabajo y ambiente Vol. 10. No. 36. Segundo Trimestre. [Acceso el 30 de abril de 2007]. Disponible en: www.cepis.org.pe.
19. Barrantes, G. (2001). El duelo en la Adolescencia. En Adolescencia y Juventud en América Latina. Editorial LUR. Donas, Solum. Compilador.
20. Gómez, M. (2006). El Hombre y el Médico Ante la Muerte. Ediciones Arán. Madrid. España.
21. Vattimo, G. (2006). Introducción a Heidegger. Editorial Gedisa. Barcelona. España.