



Universidad abierta interamericana

Facultad de investigación y desarrollo educativo

Profesorado universitario para nivel secundario y superior

Trabajo final

2019

La muerte: El abordaje en la enseñanza de la carrera de medicina

Profesor titular: Prof. Lic. Sanchez

Alumna: Ibarra Fernanda



Resumen:

En las carreras de grado de salud no se enseña y por lo tanto no hay estrategias de enseñanza sobre cómo abordar la muerte. Este punto es muy importante, ya que es un proceso de la vida; así como nacemos, crecemos, también morimos, y este es un suceso por el cual todo profesional de la salud, en algún momento de su formación va a transitar con sus pacientes.

En la carrera se forma al profesional para la vida, y no se lo prepara para dar malas noticias, acompañar a los pacientes y familiares en el proceso de una enfermedad terminal y mucho menos de la muerte. En este trabajo se evidencia que los docentes universitarios no lo tienen en cuenta a la hora de planificar el curriculum de su materia, el tema y como desarrollarlo.

Es importante que el docente tenga un rol de guía para este tema ya que si bien es un evento de la vida, en cada individuo entran en juego diferentes emociones y subjetividades.

Actualmente hay más difusión y enseñanza en cursos de muerte digna y cuidados paliativos; pero solo en los que se interesan en buscar, y la necesidad tanto de los pacientes como de los profesionales es aún mayor.

Palabras claves: muerte digna -cuidados paliativos -enseñanza a los estudiantes profesionales de la salud.



ÍNDICE :

Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos generales.....	7
Objetivos específicos.....	8
Marco teórico.....	9
Capítulo 1: Carrera de Medico.....	9
Capítulo 2: Muerte definición.....	11
Muerte digna.....	12
Ley de muerte digna.....	13
Que es la medicina paliativa.....	14
Capítulo 3: ¿qué es enseñar?.....	17
Capítulo 4: ¿Qué es aprender?.....	19
Proceso enseñanza/aprendizaje.....	20
Encuesta a los docentes.....	25
Gráficos.....	27
Conclusión.....	31
Bibliografía.....	33
Anexos.....	34



Introducción

En la enseñanza de la medicina, y en general de todas las profesiones sanitarias, hay carencias en la formación de los aspectos subjetivos del proceso de enfermar y de morir.

La muerte en distintas culturas es vivida y aceptada de diferentes maneras, hay culturas que consideran a la muerte un evento importante y en el cual es solo un paso a la vida eterna, hay otras culturas, como la occidental, en las que se entra en pánico y no se habla del tema.

En los planes de estudio no se enseña cómo entender y atender las emociones de los pacientes y sus familiares, y mucho menos se enseña cómo manejar las emociones que presentan los propios profesionales ante estos temas.

“El entorno académico forma a los profesionales con una visión mecanicista de la realidad, donde se ve a la persona como un cuerpo y la enfermedad como la alteración de su cuerpo, actualmente está empezando a cambiar esta visión en el mundo occidental.”

(Benito E., 2008)

La muerte es fuente de preocupación, miedos y ansiedad para cualquier persona, incluso para los profesionales de la salud. Estos responden a las necesidades y emociones de los pacientes con sus propias emociones, sentimiento de fracaso y frustración. Cuando la enfermedad del paciente progresa hay sentimiento de pérdida de control, de tristeza.

Estos temas deberían enseñarse desde la carrera de grado para afrontarlos de otra manera, sin que afecte al profesional en forma angustiante y para el enfermo no se sienta aislado, lo que proponen los autores leídos es



“humanizar” la muerte.¹

¹ Benito, E. (2008). *Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, El" Una introducción y una propuesta"*. Arán Ediciones.



Planteamiento del problema

La muerte se aborda en la enseñanza de la carrera de medicina



Objetivo general

Conocer si los docentes universitarios plantean en sus unidades didácticas el tema de la muerte y el proceso de final de vida.



Objetivos específicos

- Comprobar si la temática está incluida dentro de la planificación de las curriculas
- Indagar a los docentes de la carrera de medicina sobre el tema muerte



Marco teórico

CAPITULO 1

Carrera de médico

El objetivo del plan de estudios de la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires es formar un profesional que:

- Se conduzca ética y profesionalmente;

Todo médico debe asistir a todo paciente sin distinción alguna, sin importar sus creencias, religión, sexo, edad o condición

- Asuma el compromiso de mantener los valores de la medicina en el marco de sus responsabilidades legales y de la búsqueda del bien común;

Debe asistir, mantener la confidencialidad, la intimidad, un trato respetuoso, respetando la dignidad y la autonomía

- Respete los derechos del paciente y mantenga con él una comunicación apoyada en la confianza y el respeto mutuo;

Conocer los derechos del paciente, informar sobre su enfermedad y tratamientos disponibles, darle la información necesaria vinculada con la salud para que así, con libertad, pueda decidir si desea lo sugerido, generando un ambiente de confianza y respeto mutuo.

- Tenga un enfoque integral del ser humano considerando sus aspectos biológicos, psíquicos y sociales;

Hasta no hace mucho tiempo se estudiaba un órgano y su enfermedad,



no se tenía en cuenta los aspectos emocionales y psíquicos de la persona y su conjunto

- Esté capacitado para la asistencia al hombre sano y comprometido con la protección y la promoción de la salud de las familias y las comunidades;

Permitirle a cada ciudadano un mayor control de su salud explicándole las opciones saludables en cuanto a la alimentación, ejercicio físico, vacunas, etc, para evitar futuras enfermedades prevenibles.

Esto debe hacerse no solo en la consulta sino para toda la comunidad a través de la promoción, con ayuda de los municipios y políticas sanitarias

- Haga hincapié en la medicina preventiva y participe en la concientización y la educación médica en su comunidad;
- Esté entrenado para trabajar en equipo e interdisciplinariamente;

Compromiso de la actualización, de la capacitación y del trabajo en equipo, con otras disciplinas.

Comprenda el fundamento de la medicina y sea capaz de aplicarlo en su práctica;

- Tenga espíritu crítico frente al conocimiento y esté abierto a la incorporación de los aportes que la ciencia y la técnica puedan hacer a la práctica de la medicina;²

Debe tener pensamiento crítico, ideas, creatividad y trabajar para aportar a las investigaciones y a la incorporación de nuevos conceptos, tratamientos, etc utilizando las nuevas herramientas en su práctica diaria.

²Extraído de
<https://fmed.uba.ar/index.php/carreras/medicina/informacion-general>



CAPITULO 2

La muerte

La muerte siempre ha impactado al ser humano, tras el final de la vida la mayoría de las civilizaciones han planteado cuestiones filosóficas, religiosas y rituales que aún rigen en la actualidad. Esto ha llevado a realizar desde la ciencia varios estudios de la muerte y las transformaciones en el cuerpo.

La muerte se definió de muchas maneras a lo largo del tiempo:

“Cese de las funciones nerviosas, circulatoria, respiratoria y termorreguladora”,
(Lacassagne 1906).

“La vida se acababa cuando se extinguían las funciones respiratoria y circulatoria”
(Thoinot 1928)

“Aparentemente la muerte está caracterizada por la detención del corazón, de la respiración y de la motilidad”

(Piedelievre y Fournier, 1963)

“cese de personalidad”, o sea pérdida de la condición de persona

(Veiga de Carvalho 1968)

“la detención total y definitiva de toda actividad cerebral, constatada directa o indirectamente”.

(Gerin y Merli, 1971)



La muerte es un hecho de la vida del hombre que tarde o temprano tendrá que afrontar. Si cada uno pudiera considerar la posibilidad de su propia muerte, se podría trabajar con el paciente y la familia desde otro punto, sin tanto sufrimiento, con mayor serenidad e incluso hasta puede ser transformador para la vida. Pero todo esto se puede lograr con una enseñanza que brinde las herramientas necesarias para poder acompañar al paciente.

Es un proceso de máxima intensidad vital, y no estar preparados para morir puede agregar mucho sufrimiento. La falta de enseñanza en este campo hace que tanto los profesionales como los pacientes sufran desmedidamente.³

La muerte digna (ortotanasia)

Se define como

“el derecho que tiene el paciente que padece una enfermedad irreversible y cuyo estado de salud es terminal, para decidir y manifestar su deseo de rechazar procedimientos invasivos en su cuerpo”.

(Navarro R. 2005)

Se refiere a que se viva dignamente hasta el último momento de la vida de cada persona, respetar sus creencias, sus valores, sus gustos, en su espacio, acompañado de sus seres queridos, sin sufrimiento psíquico ni físico, en un entorno cálido y amable.

No es equivalente a la eutanasia porque no es una muerte bajo petición o demanda. Es acompañarlo con profesionales de la salud en esta última etapa de su vida, para que pueda irse de este lugar dignamente.

³ Kubber Rooss E (1994) Sobre la muerte y los moribundos. ediciones Grijalbo.



Es un misterio para la ciencia el paso de la vida a la muerte, nadie sabe exactamente lo que sucede, por lo tanto la formación de los profesionales de la salud, en este tema, generalmente es deficiente, y no pocas veces se tiene una actitud de desentendimiento y de rechazo ante este suceso de la vida.⁴

Ley de muerte digna

“(...) Artículo 1 Autonomía de la voluntad el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también de revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.”

Esta ley fue realizada sobre los derechos del paciente, en relación a los profesionales e instituciones de la salud, en la cual expresa que el paciente puede decidir sobre los tratamientos que se realizaran en él y que, si cambia de opinión al respecto, tenga la facultad de poder iniciarlos.

Así mismo, la ley establece que aunque rechace ciertos procedimientos y tratamientos no deben interrumpirse las medidas de control y alivio del sufrimiento.

En el artículo 5 inciso g) se habla del Consentimiento informado, en el que, en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, rechazar procedimientos y tratamientos que solo prolonguen en el tiempo el estadio terminal e irreversible. Se establece el derecho a recibir cuidados paliativos en el proceso de su enfermedad.

⁴ Extraído de
<https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONOSTICOS>



Que es la medicina paliativa

“ Los cuidados paliativos son un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas a un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y psicosociales.”

(SECPAL sociedad española de cuidados paliativos, 2005)

La palabra paliativo deriva del vocablo ***pallium*** que significa manta o cubierta, es una atención que abarca la totalidad de la persona, es decir un todo y no una parte, considera las molestias físicas, las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales.

Se afirma la vida y reconoce que el morir es un proceso normal, no busca ni acelerar ni posponer la muerte, no realiza encarnizamiento terapéutico y se opone firmemente a la eutanasia. Así, busca evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos, ofreciendo un tipo de atención apropiada a las necesidades de la persona. A pesar de haber sido descripta como de baja tecnología y alto contacto, la medicina paliativa no se opone a la tecnología de la medicina moderna, pero busca asegurar que sea el amor y no la ciencia que oriente la atención del paciente.

Trata de que la muerte no se convierta en algo solitario e impersonal. A menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y es llevado a toda prisa a la sala de emergencias, haciendo que la muerte sea hospitalizada, apartada y des individualizada.⁵

La medicina paliativa trata de reestablecer el rol tradicional de médicos y

⁵ Kubber Rooss E (1994) Sobre la muerte y los moribundos (cuarta edición), Barcelona, ediciones Grijalbo



enfermeros “curar a veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre”⁶

Las generaciones pasadas sufrían muertes a causa de las epidemias.

La muerte en la infancia era frecuente. Con el avance de la medicina se ha reducido la mortalidad infantil y las enfermedades, ahora cada vez hay más gente mayor con enfermedades crónicas y malignas. En la sala de médicos aumenta el número de personas con problemas emocionales, y ancianos que no solo tratan de vivir con sus dificultades físicas disminuidas, sino que además enfrentan la soledad y el aislamiento.⁷

El avance de la tecnología en la sociedad occidental, ha hecho repensar y tomar conciencia sobre las decisiones propias de la muerte y el morir. A partir de la década del '70 se comenzó a hablar de morir con dignidad, el avance de la ciencia para sostener con vida de un paciente trajo el debate de hasta donde la ciencia puede sostener una vida. Surge la bioética para poder debatir y establecer normas.

En los últimos cien años, la medicalización de la sociedad ha tenido muchos avances y ha logrado prolongar la sobrevida, se produjeron avances en cuanto a enfermedades crónicas, y se alcanzó una esperanza de vida mayor. Esto a su vez trae un aumento en la población añosa, con sus propias problemáticas. Si bien la tecnología es capaz de realizar funciones de órganos vitales, se comienza a reflexionar sobre la dignidad del ser humano hacia el final de su vida.

Morir con sufrimiento es algo que todos queremos evitar, ayudar al otro ser humano a morir es tan importante como prepararnos para nuestra propia muerte. Cada uno de nosotros fue un niño indefenso y no hubiéramos sobrevivido sin los cuidados y el cariño recibido entonces. Las personas que están en proceso de final de vida son igualmente incapaces de valerse por sí

⁶ Sunder C (2011) Velad conmigo (primera edición) USA grafics soler

⁷ Kubber Rooss E (1994) Sobre la muerte y los moribundos (cuarta edición), Barcelona, ediciones Grijalbo



mismos, deberíamos estar preparados para aliviar su malestar y calmar su angustia, ayudar en todo lo que podamos para que mueran con serenidad. Lo más importante es evitar todo aquello que perturbe la mente de esa persona más de lo que ya está.

La sociedad actual considera la muerte un tabú, en la que hablar de ella se interpreta como morboso. Compartir conversaciones, situaciones de angustia, sentirse escuchados y acompañados en esta etapa en la que ya no pueden hacer las cosas que hacían antes, los hace sentir que no están solos con su dolor y los ayuda a ver a la muerte de otra manera.

La época en la que al hombre se lo ha dejado morir en su casa con paz y dignidad, acompañado de sus afectos y en su hogar donde ha vivido gran parte de su vida, ha dejado de suceder. Cuanto más avanza la ciencia más parece temer y negar la muerte, utilizamos eufemismos, hacemos que el muerto tenga aspecto de dormido, alejamos a los niños para protegerlos de la inquietud y de la agitación de la casa, (si el paciente tiene suerte de morir en ella), no permitimos a los niños que vayan a ver a sus padres en final de vida al hospital, tenemos largas discusiones de si hay que decir o no la verdad a los pacientes.⁸

CAPITULO 3

⁸ Kubber Rooss E (1994) Sobre la muerte y los moribundos (cuarta edición), Barcelona, ediciones Grijalbo



Que es enseñar

“La enseñanza es una actividad en la que debe haber al menos dos personas, una de las cuales posee un conocimiento o una habilidad que la otra no posee; la primera intenta transmitir esos conocimientos o habilidades a la segunda, estableciéndose entre ambas una cierta relación a fin de que la segunda los adquiera”

Fenstermancher G. (1989)

La enseñanza es una práctica humana, las personas ejercen influencias unas sobre otras y de diferentes edades: un padre con un hijo, hermanos, amigos y de profesor a alumno. Compromete moralmente a quien la ejerce y responde a una intensión. Además se debe tratar de que la enseñanza genere un clima de confianza y un deseo de continuar aprendiendo.

Para esto es importante que el docente domine la temática de lo que está enseñando y sepa transmitir el contenido. Por tratarse de una relación de dos personas no se puede asegurar que lo que se quiere comunicar sea efectivamente transmitido y adquirido ...” *el hecho del que docente enseñe no significa que el alumno aprenda o que aprenda lo que se pretende enseñarle”*

Palamidesi. M (2014)

Hay diferencias entre la enseñanza y el aprendizaje, se dice que el segundo la puede realizar uno solo, se produce dentro de la cabeza de uno mismo, la enseñanza se produce estando presente por lo menos una persona mas, no es algo que ocurra dentro de la cabeza de un solo individuo.

“ El aprendizaje implica la adquisición de algo; la enseñanza implica dar algo” la enseñanza es una actividad que busca favorecer el aprendizaje de algo que el aprendiz puede hacer si se le brinda ayuda.

“la enseñanza es una actividad practica que se propone gobernar los intercambios educativos para orientar en un sentido determinados los influjos



que se ejercen sobre las nuevas generaciones”

Perez Gomez A. (...)

La actividad práctica de la enseñanza favorece y guía de acuerdo a las pautas culturales el aprendizaje. Esto se realiza a través de la comunicación, conteacto o significados compartidos.

Se suele llegar a pensar que en la fase terminal ya no hay nada para hacer, ¿Qué sentido tiene entonces la presencia del médico o para qué sirven los cuidados de la enfermera? Pero este planteamiento es debido que solo prevee actuar cuando la enfermedad está controlada.

Si pudiéramos enseñar a nuestros estudiantes el valor de la ciencia y la tecnología, al mismo tiempo que el arte y la ciencia de las relaciones interhumanas, del cuidado humano y total del paciente.⁹

El enseñar no debe ser solo transferencia del conocimiento, se debe realizar una enseñanza crítica, esto quiere decir que se debe realizar una lectura de la palabra y del mundo, del texto y del contexto, la comprensión de lo que se está estudiando no sucede de forma milagrosa, la comprensión debe ser trabajada, es un trabajo que requiere de paciencia, desafíos y perseverancia.¹⁰

Se ha repetido muchas veces que a los profesionales de la salud no se les prepara para el momento de la muerte, y que cuando llega no saben qué hacer, se desentienden o piensan que es tarea de otros, los planes de estudio recién están comenzando a plantearlos y dictarlos, pero todavía falta.

El estudiar es una lucha para hacerse la oportunidad de conocer, es decir que es un ejercicio de las personas, de aquellas personas que desean saber.

⁹ Kubber Rooss E (1994) Sobre la muerte y los moribundos (cuarta edición), Barcelona, ediciones Grijalbo

¹⁰ Fraire P (2018) Cartas a quien pretende enseñar (2°edicion) buenos aires siglo XXI



Si el leer no fuera una carga para nosotros, si fuera fuente de alegría y placer, tendríamos menos inseguridades

“La buena enseñanza es aquella que propone y provoca procesos reflexivos, genera el aprendizaje de relaciones activas con el conocimiento, busca la comprensión y apropiación significativa por parte de nuestros alumnos”.

(Felipé Trillo 2008)

En toda enseñanza se debería entender que debe ser promotora del pensamiento apasionado que incluye el deseo y la imaginación para provocar una educación comprometida con la sociedad, la que a su vez dotara de significado la vida de los niños y jóvenes.¹¹

“El desafío es motorizar la voluntad del estudiante que se ponga en movimiento para aprender y es el profesor el que genera las condiciones para ese despliegue.”

(Silvia Duschatzky, 2008)

CAPITULO 4

Que es aprender

“El aprendizaje es una modificación relativamente de las pautas de conducta realizada en función de lograr una adaptación del medio en que vive el organismo o individuo ”

Palamidesi. M (2014)

¹¹ Litwin E (2009) El oficio de enseñar (2da reimpresión) Bs As editorial Paídos



Aprender es un proceso a través del cual se adquieren o modifican habilidades, destrezas, conocimientos, conductas y valores, como resultado del estudio la experiencia la instrucción el razonamiento y la observación.

Hay diferentes teorías del aprendizaje: el conductivismo, el constructivismo y el cognitivismo, y a su vez cada una genera estrategias para el aprendizaje

Es un acto intrínseco a las personas, es decir que ante las mismas oportunidades, los mismos escenarios, las mismas metodologías, las personas van a aprender cosas diferentes y de forma diferente. Cada uno aprendemos cosas diferentes, lo que sí está en nuestras manos es enseñar.

No todos los seres humanos aprenden lo mismo, no aprendemos solos. El cerebro es un órgano social, aprendemos con otros y de otros. Se aprende emocionándose, por tres mecanismos: motivación, atención y memoria. Estas se activan por la emoción, trabajan de forma cooperativa y son capaces de trabajar en proyectos.¹²

¹² Extraído de
<https://www.youtube.com/watch?v=ZBhUfVVktYw>



Proceso enseñanza aprendizaje

"El enseñar no existe sin el aprender"

(Paulo Freire)

El que enseña también aprende, se da si este es humilde y abierto, si se involucra con la curiosidad del alumno, el educador tiene un momento rico de aprender en el acto de enseñar.

Lo que deberíamos de enseñar a los profesionales de la salud es más a cuidar a las personas; más que trabajar por la cura.

Estos autores dicen que hay que considerar un poco más al paciente que está bajo las mantas y quizá detener nuestras bien intencionadas y eficientes prisas, para estrechar sus manos, sonreír o escuchar una pregunta. Lo que están diciendo es que tengamos actos humanos de escucha activa, compasión y ternura.

En occidente me impacta el gran sufrimiento mental que genera el miedo a morir, cuánto tranquilizaría a las personas saber que en su lecho de muerte serán atendidas con afecto y comprensión, en el momento que más vulnerables son los seres humanos. En nuestro mundo son abandonados y quedan casi desprovistos de apoyo y consejo, es una situación trágica y humillante y hay que cambiarla.

A la hora de morir no tenemos todos derecho a que nuestro cuerpo sea tratado con respeto, sino acaso también y más importante aún nuestro espíritu ¿No tendría que ser uno de los principales derechos de cualquier sociedad civilizada? ¹³

"solía decir que ayudar a un moribundo es como tenderle la mano a alguien que está a punto de caerse , por medio de la fuerza, la paz y la atención

¹³ Kubber Rooss E (1994) Sobre la muerte y los moribundos (cuarta edición), Barcelona, ediciones Grijalbo



profunda y compasiva de tu presencia, les ayudaras a despertar su propia fuerza.

(Maestro Dudjom Rimpoche, 2015)

Una mirada al futuro nos muestra una sociedad en la que cada vez se mantendrá en vida a más gente, con máquinas que sustituirán a órganos vitales, y con computadoras que evaluarán el funcionamiento fisiológico de las personas. Vivimos en la sociedad de la masa, más que la del individuo

"El sufrimiento no tiene mucho sentido ya que se pueden administrar drogas para el dolor la comezón y otras molestias, el sufrimiento ha perdido su significado, antes se creía que si se sufría en la tierra será recompensado en el cielo, pero además cada vez menos gente cree en una vida después de la muerte, quizá fuera una negación de nuestra propia mortalidad"

(Elizabeth Kubler Ross, 1994)

" Una amiga mía que acababa de graduarse en la célebre facultad de medicina empezó a trabajar en uno de los mayores hospitales de Londres . El primer día de servicio murieron cuatro personas, para ella fue una conmoción terrible, nada de lo que había estudiado la había preparado para afrontar esa situación.....un anciano yacía en su lecho mirando fijamente la pared. Estaba solo sin parientes ni amigos que lo visitaran y anhelaba desesperadamente hablar con alguien. Mi amiga se acercó a él, al anciano se le llenaron los ojos de lágrimas y con voz temblorosa le pregunto lo último que ella esperaba oír, "¿cree usted que Dios me perdonará alguna vez mis pecados?". Ella no supo qué responderle, sus estudios habían orillado completamente todos sus interrogantes espirituales. No tenía nada para decirle solo podía ocultarse tras su condición de profesional médico"

(Sogyal R, 2015)

La propia estructura sanitaria tiene mucho que hacer, cómo evitar la



masificación, potenciar centros del dolor y de cuidados paliativos, desde todos los puntos es éticamente mejor intentar eliminar el sufrimiento humano que eliminar al ser humano que sufre.

El cáncer es considerado mortal, a pesar de que en la actualidad hay verdaderas curaciones e importantes remisiones, si un médico es capaz de hablar francamente con su paciente del diagnóstico de tumor maligno, sin que sea necesariamente sinónimo de muerte inminente, prestará al paciente un gran servicio, al mismo tiempo debería dejar la puerta abierta a la esperanza, es decir a los tratamientos, posibilidades de nuevas técnicas e investigaciones. Lo principal es que haga comprender al paciente que no está todo perdido; que no va a desahuciarle por haberle hecho un diagnóstico determinado, que es una batalla que van a librar juntos sea cual sea el resultado final.

La ética en la medicina paliativa es la misma que la medicina general, la reticencia a compartir con los pacientes la verdad se origina en el miedo que tiene el propio médico a la muerte y en las presiones culturales asociadas. Aun se afirma que decirle al enfermo que está terminalmente enfermo destruirá su esperanza y lo llevará irreversiblemente a la desesperanza y a la depresión.

En realidad sucede lo contrario, son la mentira y la evasión lo que aísla a los pacientes tras un muro de palabras o de silencio que les impide acceder al efecto terapéutico. Si pudiera compartir sus miedos, sus angustias y sus preocupaciones, esto mejoraría la relación médico-paciente y se lograrían llevar a cabo los tratamientos con menor sufrimiento.

Para muchos médicos el primer desafío ético es el equiparse a sí mismo con buenas habilidades de comunicación y de sensibilidad. Afortunadamente la conciencia de esta necesidad ha crecido, pero la carencia global de entrenamiento en este campo es aún muy difundido.¹⁴

Los médicos tienen una responsabilidad dual, a saber: preservar la vida y aliviar el sufrimiento. Hacia el final de la vida, esta última adquiere mayor

¹⁴ Twycross R. (2000) Medicina paliativa: filosofía y consideración actas de bioetica



importancia, en la que la medida en que la preservación de la vida se hace progresivamente imposible. Parte del arte de la medicina es decir cuándo el soporte vital es esencialmente inútil y por lo tanto cuándo se debe permitir que sobrevenga la muerte sin mayores impedimentos. Un médico no está obligado ni legal ni éticamente a preservar la vida a toda costa. La vida debe ser sostenida cuando desde el punto de vista biológico es sostenible.¹⁵

La finalidad de los cuidados paliativos es el acompañamiento calificado. En la crisis de la enfermedad terminal, todos necesitamos compañía, que pueda explicarnos por qué tenemos dolor, dificultad para respirar, constipación, debilidad. Alguien que pueda explicarnos en términos simples lo que está sucediendo.

Desafortunadamente, muchos médicos usan “comportamientos distanciadores” específicos cuando tratan a sus pacientes. Los médicos deberían cambiar su conducta con empatía, calidez y autenticidad, si quieren ser un verdadero apoyo para los pacientes y sus familias. Aunque esto también lleva a un trabajo espiritual intenso por parte de los profesionales.

Pero el miedo de la muerte no afecta solo a los profesionales de la salud, sino también a la familia y el entorno afectivo del paciente. Se sabe que la medicina moderna es cada vez más capaz de prolongar la vida, pero está poco preparada para tratar humanamente al enfermo terminal, de ahí la tentación de recurrir a la eutanasia, presentada cínicamente como una muerte digna ante el peligro del ensañamiento terapéutico. Como se expresó anteriormente, la solución está en la *humanización* de la muerte para ayudar al enfermo a vivir lo más dignamente posible esta última etapa.

Se debe considerar a la enfermedad terminal un proceso biológico y biográfico, y la muerte no como un fracaso sino como un misterio. Se entiende el proceso de morir como una oportunidad de cierre de la propia biografía, la

¹⁵ Kubber Rooss E (1994) Sobre la muerte y los moribundos (cuarta edición), Barcelona, ediciones Grijalbo



persona es vista como alguien que tiene que hacer su propio camino (que transcurre desde el “no quiero morir” hasta “lo único que quiero es que acabe bien”, se espera de los profesionales que se acerquen con respeto que estén ahí con una actitud valiente e intentando comprender¹⁶.

TRABAJO DE CAMPO

Instrumento:

Se realiza una encuesta a los profesores de la carrera de medicina de diferentes especialidades del Hospital de Moreno. Se utilizó como herramienta,

¹⁶ Sunder C (2011) Velad conmigo (primera edición) USA grafics soler



el sistema de encuesta, donde se formularon preguntas individuales con un cuestionario no estructurado donde los entrevistados tienen la libertad de contestar. Se realizaron 6 preguntas con respuestas abiertas sobre la educación del tema Muerte en la curricula de la carrera de medicina.

La encuesta es un sistema mediante el cual se pueden obtener datos, con el objeto de contar con referencias agregadas durante la evaluación de determinados indicadores o variables. A través de la evaluación se pueden obtener comprobaciones de ciertas relaciones y también hallar datos precisos para determinadas descripciones.¹⁷

Encuesta a profesores universitarios de medicina

Soy alumna de la carrera del profesorado universitario, agradecería su colaboración con la realización de esta encuesta, la cual formará parte de mi investigación. La misma es anónima.

Marque la opción correcta

1- En qué rango etario se encuentra:

- 30 años o menos
- Entre 30 años y 50 años
- Mayor de 50 años

2- ¿Cuál es su especialidad en salud?

Respuesta_____

¹⁷ Rozas Manganaro D (1994) Pasos para una tesis doctoral, Editorial Plus Ultra, Bs As.



3- ¿En la curricula de las materias que dicta está incluida el tema de la muerte?

Respuesta_____

4-¿Tuvo en algún momento de su práctica médica oportunidad de enfrentarse a problemas éticos frente a pacientes terminales? Si es afirmativo ¿Cómo los soluciono?

Respuesta_____

5- ¿conoce la ley de muerte digna? Puede expresar de qué se trata brevemente

Respuesta_____

6- ¿En su propia formación ha recibido clases acerca de la muerte?

Respuesta_____



Tabla de distribución de frecuencia

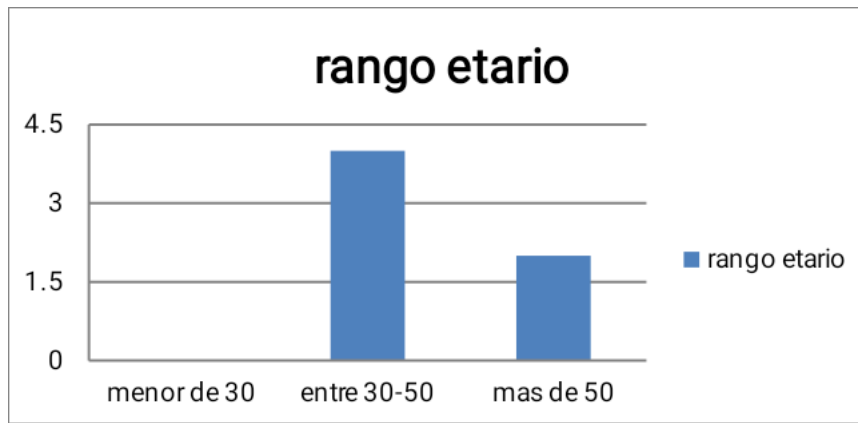
Titulo distribución de la frecuencia: según el rango etario en el que se encuentra. Los profesores que trabajan en la formación de los estudiantes de medicina de la UBA.

Tabla N°1:

Entre que rango etario se encuentra	f	F	porcentaje
Menos de 30 años	0	0	0%
Entre 30 y 50 años	4	4	66%
Más de 50 años	2	6	33%
Total	N=6		100%

Fuente: Datos obtenidos a través de un cuestionario realizado a 5 profesores universitarios de la carrera de medicina de distintas especialidades.

Grafico N°1



2- ¿Cuál es su especialidad en salud?

Respuestas:

- ✓ Entrevistado N°1: Medicina interna.
- ✓ Entrevistado N°2: Tocoginecologia.
- ✓ Entrevistado N°3: Traumatología y ortopedia.
- ✓ Entrevistado N°4. Pediatría.
- ✓ Entrevistado N°5: Pediatría.
- ✓ Entrevistado N°6: Pediatría.

Conclusión: se observa que existe una mayor prevalencia de los entrevistados al área de pediatría.

3-¿En la curricula de sus materias está incluido el tema de la muerte?

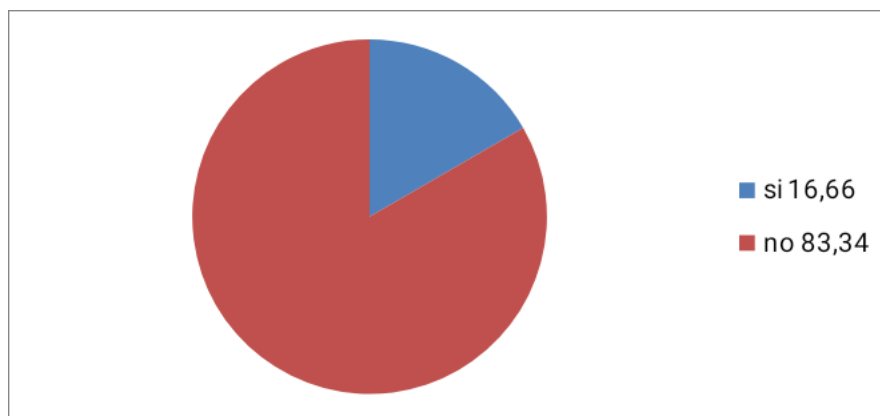
Respuestas:

- ✓ Entrevista N°1: si en semiología, el tema está a cargo de cuidados paliativos



- ✓ Entrevista N°2: solo en ancianos se menciona como complicación quirúrgica, en general se trata de prevenir la muerte.
- ✓ Entrevista N°3: no
- ✓ Entrevista N°4: no está incluida
- ✓ Entrevista N°5: no
- ✓ Entrevista N°6 no

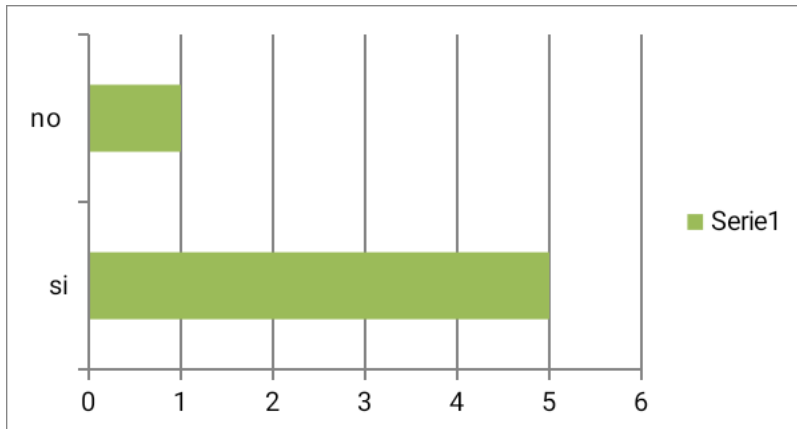
Conclusión: se realiza un análisis de las respuestas a esta pregunta en la cual cuatro (4) contestaron que no está incluido el tema de la muerte en su curricula, uno que la nombra solo como complicación y otro profesor que está en la curricula pero a cargo de otro servicio.



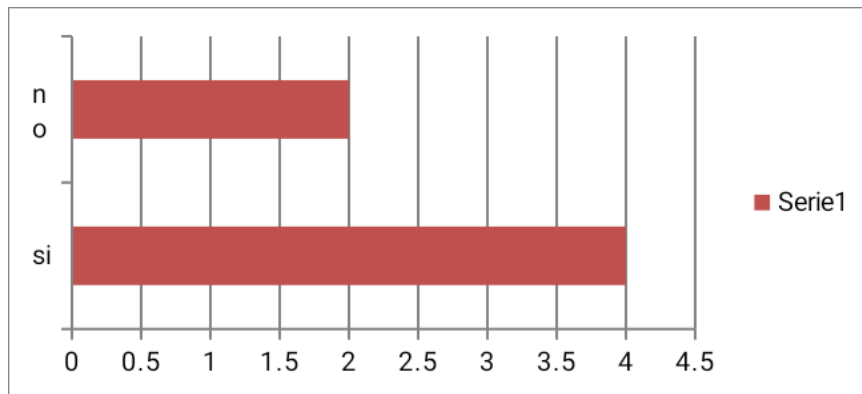
En la tercera pregunta 4 respondieron que no estaba incluida en su curricula el tema de la muerte, solo 2 respondieron que las nombran y otro que el tema está a cargo de Cuidados Paliativos.



En la cuarta pregunta si se han enfrentado a problemas éticos 5 respondieron que sí y lo resuelven con equipos multidisciplinarios, solo uno dijo que no.



En la quinta pregunta de si conocían la ley de muerte digna, 2 respondieron que la conocían y pudieron describir brevemente de qué se trata, 3 que no la conocían y uno que es del buen morir.



Conclusión:

Pensar en la muerte causa en nosotros miedo porque demuestra nuestra finitud, estamos en un mundo donde apreciamos una vida activa y ocupada, donde los logros son materiales "mantener un estilo de vida, que sea mejor día a día" este materialismo no nos dice nada de la vida después de la muerte, cuando uno es joven y sano en general no piensa en la muerte, pero cuando uno está pasando por una enfermedad crítica o la vejez, el concepto de inmortalidad se torna importante, el aferrarse a la vida se hace más fuerte y entra el pánico a la muerte.

Es importante poder hablar de la muerte con más naturalidad, del mismo modo en que se habla de un nacimiento o de un embarazo, de esta manera no sería un tabú para los profesionales hablar del tema con el paciente, no somos eternos y tampoco sabemos cuándo vamos a morir, no hay momento oportuno para esta conversación, pero sí vemos que el comunicarse con el otro, sentarse escuchar y compartir todas estas dudas con el otro hace que el paciente se sienta aliviado, cambian su manera de ver las cosas y hasta toman



decisiones, capaz que las más importantes de toda su vida. La mayoría de los pacientes desean compartir sus temores, y preocupaciones y reaccionan con alivio y aumento de la esperanza al ser escuchados.

Existe una dificultad general que suele afectar a todos los que rodean al enfermo es el miedo a la muerte que suele generar actitudes de defensa y a veces de rechazo. Aquí la paradoja, vivimos en una cultura de muerte (terrorismo, aborto, eutanasia) y por otra parte es la misma sociedad que tiene miedo a la muerte, mejor dicho, vive de espaldas a ella.

En este trabajo deja expuesto que la educación en el ámbito universitario sobre como comunicar la muerte y como hablar de muerte no es abarcado de manera directa por los profesores, solo se la nombra. También se observa a traves de las respuestas dadas que saben que existe una ley de muerte digna, en 4 de los 6 entrevistados. Los profesionales de la salud podemos ayudar a los pacientes y familiares con sus respectivas necesidades, podemos contribuir a disminuir su angustia y sufrimiento, si en la formación académica se incluye la temática mencionada. Hay ignorancia todavía sobre el tema, pero esta debería de ser utilizada por los profesores para la exploración, para escuchar, para buscar, para sorprender, el profesor debe encontrar la estrategia de que la voluntad del estudiante se movilice para el aprendizaje y es el profesor el que genera que este movimiento se active.

Los pacientes que están con enfermedades que no tienen cura necesitan habilidades de los profesionales para sentirse mejor, pero también de la compasión humana, de la cercanía, del contacto de una voz que no juzgue y que escuche sus miedos y angustias además de los cuidados técnicos.

"Sabemos que es imposible entender el dolor físico, si no lo vivimos, pero deberíamos tratar de entender qué se siente al estar tan enfermo, al perder sus actividades, su rutina, la actividad que realizabas, debemos aprender a sentir con los pacientes y no como ellos, si queremos acompañarlos en este camino."

(Kubber Ross E. 1976)



Habría que replantearse cómo puede ser que cada vez ocurre con más frecuencia que los encargados del bienestar de cada paciente (los profesionales de la salud) no conocen bien al paciente y viceversa. Nuestro objetivo debería ser siempre ayudar al paciente y a su familia, para que lleguen a afrontar la crisis conjuntamente y aceptar la realidad última.

“La enseñanza tiene que ser promotora de un pensamiento apasionado en el cual no debe faltar el deseo y la imaginación y así poder provocar una educación comprometida con la sociedad, dándole además un significado a la vida de cada estudiante”

(Lewin E. , 2009)

Y por último para cerrar este trabajo citamos a Cicely Sunder quien dijo

“ Tu importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida, y haremos todo lo que este en nuestro alcance, no solo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras”

(Sunder C, 2011)

Bibliografía:

- 1- Fraire P (2018) Cartas a quien pretende enseñar (2ª edición) buenos aires siglo XXI
- 2- Sogyal R (2015) El libro tibetano de la vida y de la muerte (1ª edición): Ciudad autónoma de Bs As Urbano vintage
- 3- Contreras J (1990) Enseñanza, curriculum y profesorado (1ª edición) Madrid ediciones Akal
- 4- Duschatzky S () Escuelas en escena Bs As ediciones Paídos
- 5- Kubber Rooss E (1994) Sobre la muerte y los moribundos (cuarta edición), Barcelona, ediciones Grijalbo
- 6- Litwin E (2009) El oficio de enseñar (2da reimpresión) Bs As editorial Paídos
- 7- Sunder C (2011) Velad conmigo (primera edición) USA grafics soler



- 8- Twycross R (2000) Medicina paliativa: Filosofía y consideraciones éticas
Actas de Bioética
- 9- Palamidesi, M (2014) El ABC de la tarea docente: Curriculum y enseñanza (3era edición 9ª reimpresión) Bs As editorial Aique
- 10- Podesta, M. E (2017) El cerebro que aprende: una mirada a la educación desde la neurociencias (1era edición 2ª reimpresión) CABA editorial Aique.
- 11-Rozas Manganaro D (1994) Pasos para una tesis doctoral. Bs As editorial Plus Ultra.

ANEXO

SALUD PUBLICA

Ley 26.742

Modifícase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

Sancionada: Mayo 9 de 2012



Promulgada de Hecho: Mayo 24 de 2012

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º – Modifícase el inciso e) del artículo 2º de la Ley 26.529 –Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

e) *Autonomía de la voluntad*. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones



para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

ARTICULO 2º – Modifícase el artículo 5º de la Ley 26.529 –Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 5º: *Definición.* Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación



y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;

h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

ARTICULO 3º — Modifícase el artículo 6º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 6º: Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 4º — Incorpórase en el artículo 7º de la Ley 26.529 el siguiente inciso:

f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5º deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

ARTICULO 5º — Modifíquese el artículo 10 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el



que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 10: *Revocabilidad.* La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 6º — Modifíquese el artículo 11 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 11: *Directivas anticipadas.* Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.



ARTICULO 7º – Incorporase como artículo 11 bis de la Ley 26.529 –Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud– el siguiente texto:

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

ARTICULO 8º – Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DOCE.

—REGISTRADA BAJO EL N° 26.742 —

AMADO BOUDOU. — JULIAN A. DOMINGUEZ. — Gervasio Bozzano. — Juan H. Estrada.

