

**La muerte:
fantasma de mil rostros**

Gloria Mercedes Escobar Velásquez

Enfermera - Especialista en Educación Sexual
Profesora Titular de la Universidad de Caldas

Gloria Esperanza García Quintero

Enfermera - Magistra en Educación
Profesora Asistente de la Universidad de Caldas

En el transcurrir de la profesión, para los estudiantes y profesores de Enfermería ha sido una permanente dificultad enfrentar la muerte de las personas a quienes atienden.

A continuación explicaremos algunas visiones sobre la muerte desde diferentes culturas, las razones del por qué para Enfermería es crítico este proceso y proponemos cambios al currículo que permitan, finalmente, ofrecer más elementos para asumir la muerte con una visión diferente a la de temor y angustia y mejorar la atención al moribundo.

La Enfermería es una profesión relativamente nueva pero sus orígenes tienen que ver con los albores de la humanidad; ha estado influenciada directamente por los eventos científicos, técnicos, políticos y sociales, tales como las guerras y las crisis de los países, y su rol se ha ido modificando y transformando de una práctica doméstica hacia una profesión institucionalizada, en la que se conjugan luchas, conocimientos y retos.

Para entender las implicaciones que la muerte tiene para Enfermería tenemos que partir de elementos ontológicos y culturales del hombre y de la profesión.

Negar la muerte en nuestro quehacer profesional nos conduce a negar la vida como posibilidad existencial y de servicio. La vida, el cuidado, el dolor y la muerte son categorías encarnadas en el ser humano en las que la práctica de Enfermería, desde sus orígenes primigenios, ha estado ligada por accidente, vocación o decisión.

De los orígenes de la enfermería sólo se tienen datos basados en los descubrimientos de antropólogos y arqueólogos, quienes aseveraban que para la preservación de la vida, la crianza y el cuidado era necesaria la participación de otras personas, lo que posiblemente determinaba la necesidad de recibir ayuda.

Anteriormente la enfermería era definida como: «la mujer que amamantaba y criaba»; su práctica es tan antigua como la de medicina, manteniendo una relación de interdependencia singular que ha estado presente en los acontecimientos de dolor, desgracia y sufrimiento, orientados por el carácter humanitario a esta práctica. Su aparición está ligada a la historia de la mujer (Robinson, 1946), aquella confinada en el hogar por la dependencia económica y por la coartación de su libertad, lo que favorece el papel tradicional de la mujer en la atención de enfermería y la confrontación con el proceso de

muerte, inicialmente dentro de la familia y posteriormente en la sociedad, lo que ha hecho más fácil entenderla en el rol de progenitora, cuidadora, asociada al concepto de afecto, preocupación, solidaridad y responsabilidad, que ésta ha encarnado. Ese rol de cuidadora se compartió con curanderos, sacerdotes, adivinas y comadronas que procuraban también un servicio comunitario.

La incorporación del concepto de muerte en la práctica de Enfermería nace de la relación del hombre con la naturaleza; la observación de los animales, su forma de cuidarse las heridas y de morir; permitió ir elaborando un concepto de muerte y es precisamente esa conciencia la que hace la diferencia entre el ser humano y los animales. Cada hombre realiza su propio esquema de vida o de muerte de acuerdo con las circunstancias sociales y culturales en las que le toca vivir. Las creencias en espíritus buenos y malos influyen decisivamente en el desarrollo de las prácticas, las actitudes y los comportamientos con relación a la muerte.

La mayoría de los grupos religiosos tienen prácticas relacionadas con la muerte, los rituales marcan una pauta de cómo viven el proceso de la misma y la manera de afrontar la pérdida de un ser querido. Los musulmanes por ejemplo, mueren rodeados de su familia y son despedidos con cánticos; los ritos funerarios son importantes, creen en la unión con Alá después de una vida ejemplar, confiesan sus pecados y en presencia de la familia piden perdón, las mujeres de la familia lavan y preparan el cuerpo. Los Budistas y los Hindúes creen en la reencarnación hasta alcanzar un estado de austeridad y de vida perfecta.

Las prácticas y las creencias asociadas con la muerte y vividas desde la religión, son las que determinan muchos de los sentimientos que se viven frente a la muerte y al miedo. En la religión católica, el bautismo y los preceptos escritos en la biblia son esenciales para obtener el perdón de los pecados. La cultura es un fenómeno dinámico que evoluciona de acuerdo con los determinantes ideológicos que producen cambios en la forma de pensar y de ritualizar la muerte. El proceso de muerte es uno pero la forma como lo viven y lo relatan los individuos es cambiante, debido a que cada quien pone su propia descripción del proceso, el acentuar uno u otro episodio cambia la apariencia de la misma y la interpretación que de ella se haga, cuando sus giros son sutiles, de allí es que la muerte sea *un fantasma de mil rostros*.

El contexto cultural influye en las respuestas de los individuos ante la pérdida y ante el proceso de muerte. Frente a una misma circunstancia, que es la pérdida, la reacción y los procesos son diferentes en la persona enferma, en la familia y en los amigos. El enfermo experimenta la pérdida de su familia, del ejercicio de los roles que desempeñaba (padre, trabajador, amigo, etc.), como también el desvanecimiento de la vida. La familia experimenta su ausencia, incertidumbre y rabia. En la actualidad la forma como se exterioriza el dolor es determinada por las costumbres, los mitos y las creencias religiosas que enmarcan la cultura. Las expresiones pueden ser abiertas, o por el contrario, privadas y reprimidas. Es posible que mientras no se manifiesten los sentimientos, sea más difícil resolver el duelo.

Existe también diferencia en la forma como cada quien asume el duelo: en algunos grupos culturales se recibe apoyo social, se estimulan las expresiones de duelo y se reconforta a los dolientes con la compañía y la amistad. Las creencias y las prácticas espirituales influyen enormemente en la reacción a la pérdida y en el manejo que hace la persona que sufre.

En la última mitad del siglo han surgido nuevos cambios culturales frente a la muerte, es el caso de situaciones como: el derecho a morir con dignidad a la eutanasia y el cambio de la sepultura a la cremación. Sin embargo en un estudio realizado por la Psicóloga y Tanatóloga Isa Fonnegra se afirma que Colombia es un país que no hace sus duelos porque niega la muerte, se evade el enfrentamiento con el proceso de muerte de un ser querido, puesto que se cree que «hablarle con claridad a un paciente terminal de su situación, es producir un derrumbe emocional que mataría más que la enfermedad” En este informe, un 73% de los encuestados estuvo de acuerdo con los cuidados paliativos independiente de la calidad de vida.

El temor a la vida se constituye en un temor a la muerte si se concibe la vida como un ascenso, como un sistema de oportunidades que tratan de cumplirse, de esperanzas y de metas remotas; aquí radica la persecución vital de un objetivo, que se transforma en temor a la vida y al miedo a no cumplir las metas. Dice Gustavo Jung «la vida es como la parábola de una bala impulsada desde su

inicio, en la que sube, retornando luego al reposo. Si bien la bala sube biológicamente se retarda psicológicamente y se queda a la zaga de sus sueños. Sin una madurez psicológica frente al miedo a la muerte, se estanca en el pasado y no se establece contacto con el presente. Esto es más evidente a partir de la mitad de la vida, solo sigue vivo aquel que quiere perecer en ella, porque a partir de la inversión de la parábola se inicia el nacimiento de la muerte. El no querer la cima de la vida es lo mismo que no querer el fin. Negar la vida es negar la muerte. Jung hace algunos interrogantes interesantes en el proceso de ésta. Si el nacimiento está pletórico de significado por qué no habría de serlo también la muerte?”

La negación de la muerte en la actualidad se manifiesta con rechazo a los rituales y costumbres que han contribuido tradicionalmente al apoyo social de los que quedan desolados; ha cambiado la inhumación por la cremación, el velorio en casa por las salas de velación; el viejo tan cercano a la muerte como se cree que está, se aísla en ancianatos. La muerte en nuestra sociedad occidental sólo

se discute con el médico, y no con mucho agrado. La muerte es un tabú y como tal se evade, se disimula y se niega hasta el final, con ello se evita o amortigua la angustia y el dolor de la separación, que ya se ha ido produciendo desde que el viejo o el enfermo se institucionaliza.

El ritual del velorio y del entierro le sirve a los dolientes para reconocer la pérdida y facilitar el «acoplamiento normal al dolor» (Lindemman, 1944); privar de éste a los niños es enseñarles a negar la muerte, igual pasa con algunas personas que no la aceptan y no acuden a las ceremonias de velorio, entierro

y novenas. La negación de la muerte ha llegado a tal punto que se han inventado máquinas que prolongan la vida.

El moribundo niega su propia muerte haciendo proyectos futuros como si nada sucediera, aunque inconcientemente sabe que va a morir; en cualquier otra persona él reconocería los indicios de una enfermedad grave pero no en sí mismo; puede ser importante esta negación mientras la persona adquiera la capacidad para asumir la verdad sin que se prolongue demasiado, porque en este caso se

podrían generar más dificultades sobre todo con respecto al tratamiento. De igual manera, el personal de salud niega dicha muerte al procurar exámenes y tratamientos que son innecesarios pero que por la dificultad para afrontar al moribundo, a la familia o a sí mismos, no les permiten asumir en muchas ocasiones la muerte inevitable de la persona que atienden.

Durante otra fase del proceso de morir, la familia o el mismo personal de salud, sale de la negación en vista de que ésta no le da resultado y el proceso de enfermedad continúa, es entonces cuando surge la ira tanto en unos como en otros; la mayoría de las veces este sentimiento se expresa en forma agresiva, autodestructiva o destructiva hacia otros. La ira, la rabia, la envidia y el resentimiento preceden a la aceptación. ¿Por qué yo? ¿por qué a mí? ... indicando la dificultad de afrontar la muerte y de expresar la ira incontenible que se siente durante un período. Esta fase donde prima la ira es difícil de afrontar tanto para el moribundo como para su familia y para el personal de salud, ya que hay desplazamiento de ésta en todas direcciones sin calcular los riesgos. ¿De dónde surge el enojo?: De la sensación de frustración vital, de la interrupción prematura de todas las actividades y metas; por la misma razón sufre la familia y el personal de salud que siente que sus conocimientos y esfuerzos no fueron suficientes o efectivos y no pueden hacer un análisis objetivo para comprender en ese momento que ni la ciencia, ni la fe, ni la voluntad pueden evitar la muerte.

Los docentes con frecuencia nos encontramos con estudiantes en estado de frustración ante la muerte de un enfermo sujeto de su cuidado y atención, y que por su ideal de salvar vidas, cuestionan inclusive su capacidad para ser profesionales de enfermería, se culpan por no haber hecho «más y mejor» y pierden toda su capacidad para autoevaluarse frente la inevitabilidad de la muerte, lo cual les impide lógicamente, y de la misma manera que a otros profesionales de la salud, brindar una mejor atención a una persona que va a morir y que merece hacerlo de manera digna y participando de su proceso.

Una de las etapas del morir consiste en cambiar la agresividad la cual confunde al enfermo y a su familia e inclusive a los que los atienden, por la negociación. Inician una serie de negociaciones con Dios, con brujas, con magos, con médicos, al tiempo que el personal de salud hace otra cantidad de intentos técnicos, farmacológicos y procedimentales con el fin de recuperar la salud del enfermo. Estas prácticas son parte de la negación de la muerte y una forma de resolver culpas.

Una vez que el enfermo llega al entendimiento de que nada lo curará porque el tratamiento no surte efecto, sus fuerzas van disminuyendo, sus signos y síntomas se hacen más evidentes e incapacitantes, él entra en depresión a la cual también llega la familia y el personal de salud, aunque no a una depresión tan profunda, pero sí se les disminuye las energías que invierten en la atención prestada llegando muchas veces a abandonar al paciente evitando así confrontar la realidad, dado que algunos profesionales asumen este resultado como un fracaso. Tal vez para evitar esta sensación es que muchos hacen intentos exagerados por salvar personas que más bien están necesitadas de una ayuda para morir bien y tranquilas.

La depresión es la manifestación del duelo por la muerte y por las micro muertes que están sucediendo en su propia vida: separación de seres queridos, pérdida de funciones u órganos corporales, disfunción o pérdida laboral y social, pérdida de roles. Esta depresión no debe ser enmascarada, hay que dejarla cursar, pues es parte de la preparación para la terminación de la vida, ya que durante la fase depresiva se van resolviendo otras pérdidas que finalmente ayudarán a asumirla. De igual manera esta depresión, la del moribundo, no hay que confundirla con aquella que presentan los dolientes, pues esta última hace parte de una crisis por pérdida.

La dificultad para asumir la atención en salud, tanto en la recuperación como en el proceso de muerte y, muy especialmente en este último, radica en la influencia de la cultura occidental que niega la muerte, esto hace que los profesionales de la salud no hayan asumido su propia muerte y que por otro lado, los currículos de las carreras en salud y en especial de enfermería, sólo contemplen la curación y la rehabilitación de los enfermos.

Casi nunca se enseña a ayudar a morir con dignidad y por el contrario se enfatizan los esfuerzos para salvar la vida sin importar la calidad de la misma.

Al indagar en los currículos de enfermería del país acerca de: Inclusión del tema de la muerte en la formación del estudiante de enfermería, aspectos desarrollados y metodología e intensidad horaria, se encontró que en algunos de ellos (cinco), se incluye el tema de la muerte como un seminario o curso de algunas horas, lo cual sigue dejando vacíos en la formación individual y personal para resolver el miedo a la muerte y pretender luego asumir un rol profesional.

Es importante complementar lo que se está trabajando en este momento, con un proyecto que ayude primero a las personas que atienden moribundos a resolver sus propios miedos hacia la muerte y a asumir la vida de una manera más productiva, sana y serena.

Con base en lo anterior queremos proponer los siguientes elementos a tener en cuenta en el currículo y de manera más específica en las unidades que se trabajan sobre la muerte:

- Historia y evolución del ser humano
- Calidad de vida
- Dignidad humana
- Mitos y tabúes con respecto a la muerte (en nuestra época)

- Miedos y actitudes hacia nuestra muerte y la de los demás
- Procesos inconclusos
- Muerte como crisis vital y accidental
- Proceso de la muerte
- Eutanasia, distanasia
- Enfermo terminal, cuidados terminales y cuidados paliativos
- Autoayuda frente a la muerte: Omega
- La familia en duelo

Sobre metodología pueden realizarse algunas de las siguientes estrategias:

- Clase Magistral
- Seminario
- Taller
- Sociodramas
- Lecturas
- Ensayos
- Grupos de Autoayuda

En el próximo número de esta revista publicaremos la experiencia que hemos tenido en los dos últimos años sobre el trabajo de la muerte.

Referencias bibliográficas

- 1 UN PAÍS QUE NO HACE SUS DUELOS: Tomado de El tiempo, febrero 15/98. Colombia.
2. JUNG. Realidad del Alma. Editorial Losada. Buenos Aires, 1991. Pág. 171.