

Tesis de pregrado:

Vivencias y creencias acerca de la muerte en estudiantes del área de la salud

Autores:

Ángela Milena Gómez Ceballos & Olga Vanessa Lehmann Oliveros

Directores:

Leonardo Rafael Amaya & Mario Andrés Ernesto Martín.

Facultad de psicología, Universidad de La Sabana.

Junio, 2011.

Resumen

La muerte como interrogante existencial implica tanto los límites ontológicos humanos, como sus posibilidades de sentido y trascendencia. Mediante el método fenomenológico interpretativo se exploraron las narrativas de tres estudiantes de último año de las facultades de Medicina, Enfermería y Psicología, con el fin de comprender sus creencias y vivencias en torno a la muerte. Se concluyó que las creencias y vivencias se relacionan de manera circular y que sumadas a los temores que la muerte genera, la religiosidad y las percepciones del rol profesional, no pueden enajenarse del trato a la persona enferma y su familia, por lo cual tener en cuenta estos fenómenos en la formación profesional es de gran importancia para la calidad del servicio sanitario.

Palabras Clave: narrativas, creencias, vivencias, vida, calidad de vida, muerte.

Death as an existential question involves both, the human ontological boundaries and its possibilities of meaning. Through an interpretive phenomenological method, the narratives of three seniors were explored (Medicine, Nursing and Psychology), in order to understand their beliefs and experiences about death. It was concluded that their beliefs and experiences are related in a circular way, and added to death fears, religiosity and professional role perceptions, those cannot be out of the treat to the sick person and his family, for which is important to consider these phenomena in the professional training to improve the quality of health services.

Key words: Narratives, beliefs, lived experiences, life, quality of life, death.

Vivencias y creencias acerca de la muerte en estudiantes del área de la salud

La muerte, al ser en sí el más grande límite humano, lo es también el de la ciencia. Según Rovalletti (2002), la senectud, la enfermedad, la agonía y la muerte son asumidas a partir de la biomedicina moderna como un obstáculo a vencer por la biotecnología, aun cuando concebir a la muerte como un reto a superar, es evadir su inevitable llegada. Por otro lado, mientras en las últimas décadas la muerte en los ámbitos hospitalarios ha aumentado significativamente (Colbert, 2004; Hardwig, 2006; Orpett Long, 2001; Rubinstein, 1995), la mayor parte de los currículos universitarios de las ciencias de salud apenas comienzan a introducir cátedras relacionadas con la muerte, como los cuidados paliativos (Pohl et al, 2008); de modo que la relación de los estudiantes con estos fenómenos tiene grandes vacíos (Fonnegra, 2003) y el no contar con una preparación para el manejo adecuado de los mismos podría interferir en la calidad de su servicio (Corless, Germino & Pittman, 2003; Moon, 2008; Reyes, 1996; Porteeny, 2001).

Estudiar la muerte en la actualidad implica la dialéctica entre la necesidad de tomar conciencia de ella, tanto para la propia vida como para el quehacer profesional, y la incertidumbre a la que la misma remite. Pero aún dentro de sus límites, se podría favorecer la práctica clínica, por ejemplo con la promoción de espacios de atención para las necesidades emocionales de profesionales y estudiantes de la salud, siendo un ejercicio tanto técnico como social (Moon, 2008); esto respondería al llamado que hace la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association [APA], s.f), en el cual se afirma: “Dado que la psicología no tiene una fuerte historia de trabajo en el ámbito de la enfermedad terminal y la toma de decisiones al final de la vida, la disciplina tendrá que enfocarse primero sobre la auto-educación” (p. 5).

Sin embargo, tanto para sustentar cómo se desenvuelve esta situación, como para promover acciones que favorezcan la educación para la muerte y la calidad del servicio de salud en relación a ella, es necesario comprender cómo la asumen los estudiantes, pues son ellos los receptores del sistema educativo y los actores del presente y el futuro en la práctica clínica. Así, el propósito de esta investigación es comprender cómo son las vivencias y las creencias de la muerte de personas que, además de ser estudiantes que se encuentran finalizando el programa de pregrado universitario, tienen experiencias prácticas. Al respecto, se considera la relevancia de realizar una investigación cualitativa, ya que ésta cuenta con recursos muy favorables para brindar soporte e intervenciones significativas para los individuos, al capturar la experiencia desde la perspectiva del sujeto y no del investigador, sin desconocer el inevitable papel del mismo dentro del estudio. (Geertz, 1973; Kluckhohn, 1962; Lester, 1999; Levi-Strauss, 1955; Penner & McClement, 2008). Así mismo, las metodologías narrativas, permiten describir cómo las personas buscan dar sentido a la realidad y elaborarse como narradores e interpretadores de su historia (Bruner, 2001; Jonsson & Josephsson, en Romanoff & Thompson, 2006).

En la presente investigación se aborda al ser humano desde el modelo Bio-Psico-Espiritual, tal como lo asume la escuela logoterapéutica, sin excluir, por supuesto, los contextos históricos, sociales y culturales del hombre como Dasein¹ (Frankl, 1994; Frankl, 2007), pues “Los seres humanos no terminan en su propia piel; son expresión de la cultura” (Bruner, 2001, p. 28). Sin el ánimo de ahondar en la discusión ontológica que plantea Denochy (1986), entre si hay una naturaleza humana esencial o construida socialmente con la historicidad de los hechos de la cultura, es preciso aclarar que aproximaciones como la logoterapia comparten presupuestos del constructivismo, aunque desde su orientación hacia el sentido consideren aspectos esenciales y

¹ Aunque no hay una traducción precisa, se apela principalmente al ahí-del-ser y al ser-en-el mundo. Esto implica que la estructura de la unidad del ser abarca al sujeto, a los objetos, al mundo y el ser con otros hombres (Cruz, 1995).

existenciales que no provienen de una construcción netamente social, ya que se asume la existencia de ciertos aspectos esenciales humanos (Martínez, 2007), tales como el arte, la religión, las acciones volitivas autónomas, el desarrollo creativo, los sentimientos éticos (la consciencia) y la comprensión del valor del amor (Lukas, 2004). Así la pregunta central que anima esta investigación es: ¿Cuáles son las principales creencias y vivencias de los estudiantes de la salud acerca de la muerte?

Creencias

¿Qué significa el acto de creer? Para Martínez (2006) implica “Los sistemas de conceptos e ideas sobre las que se tejen conductas, emociones y más creencias” (p. 9). Estos sistemas de conceptos e ideas, requieren de una aprobación social, convirtiéndose en sistemas compartidos (Bruner 2001; Martínez, 2006). Según Burgoa (2007); las creencias, como el saber y el opinar, son una forma de conocimiento; mientras la persona que sabe fundamenta su conocimiento en lo empírico, y quien opina comunica la interpretación o juzgamiento de un hecho del cual fue testigo, quien cree carece de evidencias suficientes para demostrar la causalidad de lo expresado. Con lo cual, se plantea una necesaria flexibilización frente a la verdad, al vivir en un mundo interpretado por saberes, opiniones y creencias (Chaparro & Schumacher, 2003); más aún, si los límites de la existencia dirigen las creencias de la muerte hacia la incertidumbre o a la fe.

Dentro de la tendencia natural del hombre de construir significados a partir del lenguaje, las creencias son expresiones del contexto donde se sitúan sus actos y del estado del mundo en el que se desenvuelven (Bruner, 2001). En cuanto a los significados, se puede decir de ellos que son conceptos generalizados (Montealegre, 2004; Vygotsky, 1986) que conectan al hombre con la cultura en lo público y compartido (Bruner, 2001). Éstos, se diferencian del sentido, en tanto el

sentido se refiere al significado en contexto, subjetivo, ligado a una situación afectiva (Montealegre, 2004; Vygotsky, 1986)

Para responder a estos significados y sentidos, se recurre a fuentes científicas, paradigmas religiosos y hasta paranormales, que de alguna forma permiten hacer frente a la pérdida, sirviendo para comprender la muerte, ajustándola dentro del propio marco de creencias (Corless, Germino & Pittman, 2003). Para Tau y Lenzi (2009) las representaciones sociales de la muerte, que pertenecen a una cultura, son a la vez esquemas sociales de interpretación del mundo, con lo cual hay una institucionalización de emociones y valoraciones sociales respecto a las prácticas, imaginarios y ritos que rodean la muerte, que inciden en el desarrollo de la persona. Sin embargo, para la fenomenología no es suficiente abarcar la muerte como una representación o esquema social, sino como un hecho humano que delinea el mundo personal y que más que categorizarse, debe comprenderse desde la posición subjetiva en la cual es asumido.

Experiencias y Vivencias

Aristóteles ya señalaba a la experiencia como la única y verdadera fuente de conocimiento, en oposición al enfoque idealista de Platón; Aristóteles entendía esta fuente como la que provenía de los sentidos, postulando a la experiencia como reveladora del universo (De Azcarate, 2005). Pero, al reconocer que las percepciones sensoriales necesitan interpretarse para convertirse en objeto, se traza una dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo (Colvin, 1906/2005). Con lo cual, la experiencia no sólo es el medio para obtener información del universo; es también una herramienta para adquirir vivencias (López, 1990).

Dilthey fue un pionero en acuñar el término vivencia (López, 1990), que explica hablando de la conexión estructural del dolor que se siente cuando un amigo muere, unida a la percepción o representación del objeto (el amigo), por el cual se siente el dolor (Dilthey, 1978). Esta unión

estructural es una *presencia* particular a la cual se puede volver como quien vuelve a una galería para ver un cuadro, sin importar que se trate de un evento del pasado (Dilthey, 1978). De su lado, Husserl (1992), afirma que la consciencia está constituida de vivencias, con lo cual sólo se podría comprender la realidad desde ellas, ya que la realidad, al ser interpretada, se despoja en sí misma de su objetividad. Entonces, vivenciar, para Husserl, no significa la mera percepción del objeto (experiencia), sino que envuelve el acto de vivir esos objetos, a los que él denomina fenómenos; la vivencia puede ser comprendida tanto como el acto en sí mismo de vivir, como el conocimiento intenso del recuerdo vivido (Husserl, 1992).

Cabe señalar que en logoterapia, las experiencias se diferencian de las vivencias en tanto las últimas son situaciones significativas en la biografía de las personas, mientras que las experiencias, son datos de la historia personal, que no alcanzan un grado de significación relevante (Martínez, 2007).

Muerte, vida y calidad de vida.

La muerte puede considerarse el hecho más y menos previsible de la vida, ya que es inherente su llegada, pero no se sabe con exactitud cuándo (García, 2006). Para muchas personas, conocer que algún día moriremos equivale a sentir que la vida no tiene sentido, como ocurre en el caso de las enfermedades incurables (Mori, 2009).

Así mismo, Henderson (1966), al respecto, señala que:

“Los que tienen que aprender a enfrentarse con la muerte pueden tener que reaprender el antiguo mensaje que nos dice que, “la muerte es un misterio para el que tenemos que prepararnos con el mismo espíritu de sumisión y humildad que una vez aprendimos para prepararnos para la vida”. (p. 148)

Por otro lado, las enfermedades en fase terminal, en tanto condiciones existenciales de sufrimiento inevitable, pueden traducirse en una actitud hacia la vida que sirva de modelo a otros para hallar sentido a su situación (Frankl, 1994). La logoterapia asume como eje existencial la triada trágica, que implica que a lo largo de su vida todo ser humano sufrirá, sentirá culpa y se enfrentará con la muerte (Frankl, 1994). Sin embargo, ante dichas condiciones el ser humano puede asumir el optimismo trágico: a partir del sufrimiento, servir; de la culpa, cambiar; y de la muerte, actuar responsablemente (Frankl, 1994).

Por otro lado, el sentido religioso recobra especial importancia en la aceptación de la muerte. Rayburn (2008), afirma que dentro de las funciones del psicoterapeuta está el aliviar tanto necesidades psicosociales como espirituales, siendo sensibles a las creencias y tradiciones, para ayudar a resolver conflictos, o facilitar una última voluntad. El autor aconseja que antes de indagar acerca de la identidad espiritual de los consultantes, los profesionales deben enfrentar la ansiedad propia de la muerte, preguntarse por cuestiones no resueltas que podrían afectar la comprensión de las actitudes, necesidades y peticiones de la persona enferma y su familia.

Por otro lado, Arregui (1992) y Fromm (1932), plantean como única distinción entre la muerte de un animal y la de un ser humano, la consciencia que éste último tiene de su propia muerte. Al reconocer la complejidad humana, la muerte debe ser reconocida como un proceso inacabado en sólo una esfera del entendimiento, o con una sola definición. Mientras que la muerte biológica puede ser diagnosticada cuando hay cese irreversible de las actividades cerebrales o de las funciones cardiacas (Koppelman, 2003), la muerte psicológica, en cambio es la aceptación, la consciencia de la muerte propia sin que afecte el vivir (Bayés, 2001) o el cierre de un proceso de pérdida de un ser querido (Kübler-Ross, 1998).

Pero, ¿Cuál es la finalidad de contemplar la propia muerte siendo algo tan intempestivo e intranquilizante? O'connor (2007), afirma que aceptar la muerte posibilita asumir la vida con mayor plenitud. Así mismo, Fonnegra (2003), establece que sí hay mecanismos para enfrentar los efectos de esta conciencia con el ánimo de promover la calidad de vida, tanto de los profesionales, como de las personas enfermas y sus allegados.

Ahora, la cuestión de la definición de la vida ha sido un tema considerado desde los pre-socráticos atomistas hasta las aproximaciones pragmáticas contemporáneas, siendo imposible definir la vida de una única manera, ni explicarla plenamente desde la ciencia y su pretensión de establecer verdades universales (Weber, 2009). Sin embargo, podría generalizarse que “Todo hombre a lo largo de su existencia, se encuentra con la muerte cuando la enfermedad y ésta se imponen” (Scola, 1999. p.8). De este estado entre la concepción y la muerte (Herrera, 1984) se podría hablar de transiciones existenciales para referirse al misterio del antes y el después de la misma (De Vries, 1981). Mas, considerándola un derecho fundamental del hombre (Naciones Unidas, 1948) y asumiendo muchas veces como indiscutible su valor sagrado (Flecha, 2000), la defensa de cualquier amenaza contra ella, ha conllevado a querer evitar incluso la muerte, cuando debería buscarse su aceptación (O'connor, 2007). Pero, además de proteger la vida ¿no es también un deber el asegurar su calidad?

La calidad de vida se define como la percepción subjetiva del ser humano sobre su posición en la vida dentro del sistema social y cultural en el que vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (World Health Organization, 1997); la calidad de vida presupone patrones medios de salud física y psicológica, del nivel de independencia, de las relaciones sociales y con su entorno, y de satisfacción y vitalidad (Díaz, 2000). Comprende igualmente tanto indicadores de desarrollo socioeconómico, como de la calidad de vida percibida

por las personas (Bowling, 1995). La muerte, entonces, puede ser considerada como un fenómeno que promueve calidad de vida en tanto la vida al precisar de un buen final (Bayés, 2001), incluye, todavía, una percepción positiva del individuo respecto a su vida.

Prácticas del profesional de la salud con la muerte

Acevedo (1996) afirma que, de manera explícita o no, el ejercicio del profesional de la salud implica una visión de hombre; y quienes asuman la consciencia de ello corren el riesgo de adherirse a una disciplina pseudocientífica donde incluso se podría sobrevalorar la tecnología frente al hombre. El autor plantea que más que enfrentarse a la muerte, la persona enferma teme ser abandonada por su médico en este proceso, contando con una relación donde el médico escucha con urgencia lo que dicha persona tiene para comunicar y elaborar.

Al respecto, Moon (2008), plantea el dilema de cómo preparar a los médicos de la forma más adecuada para estas situaciones, ya que estudian para combatir enfermedades y dolencias, pero no para afrontar la muerte. Afirma que las conversaciones acerca de la muerte representan un reto al involucrar la partida inminente de alguien por parte de seres culturales con orientaciones subjetivas dentro de una situación de pena y angustia; testifica que en estas orientaciones es muy usada la aproximación racional, aunque el elemento humanístico existencial ha sido abarcado favorablemente para estos encuentros. Las mismas alusiones podrían asumirse entonces con el personal de salud mental en general.

Así mismo, de acuerdo con Frankl (1979, en Mori 2009), un médico o terapeuta debe contar principalmente con cuatro talentos: a) Instintos, la empatía para aprehender la necesidad de la persona que sufre; b) Sentido del tacto, para no avergonzar a nadie de su condición; c) Talento de improvisación, para atender, más que con protocolos, acorde con el sentir lo que puede ser

importante para la persona en ese momento; y d) Talento de la individualización, pues aunque las personas sufran de una misma enfermedad, la vivencian de maneras distintas. El gran interrogante sería entonces cómo promover estas cualidades en los profesionales de la salud.

A la vez, la apatía o muerte emocional es un mecanismo de defensa que funciona como caparazón protector para el contacto cotidiano con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte (Frankl, 1999). Este bloqueo emocional, generalmente inconsciente, busca conservar la propia vida, de modo que la muerte y la enfermedad se acomodan como un aspecto más, no como vivencias sino como experiencias, produciendo sin embargo, el efecto contrario.

De acuerdo con García (2006), la imprevisibilidad, cuya expresión máxima es la muerte, puede asumirse de tres maneras: como una posición impuesta de sufrimiento, como una posición a ser superada o como una oportunidad de dar una respuesta personal significativa, es decir, desarrollando frente a la muerte la voluntad de sentido.

En el mismo orden de ideas, Mori (2009), hace un llamado al cuidado de la propia energía de los profesionales de la salud, al considerar que la vida responsable del médico puede ser un ejemplo para las personas enfermas. Asumirse responsablemente ante la muerte, ofrece a otras personas la oportunidad de encontrar sentido.

De su lado, Reyes (1996), plantea que en el proceder del Tanatólogo (profesional especialista en el trabajo con muerte) entran en juego aspectos intelectuales y afectivos. Los intelectuales son los conocimientos aprendidos acerca del trabajo con la muerte, mientras que los afectivos hacen referencia al modo de ser de la persona, e incluso “Hay estudios que enseñan que el 90% de la ayuda que el Tanatólogo puede ofrecer, dependerá del afecto y del sentimiento” (Reyes, 1996, p. 16). Así mismo, Loewenstein (2005) afirma que los estados afectivos intra e

interindividuales entre personas enfermas y médicos, afecta las decisiones de los mismos sobre los tratamientos a seguir.

Así, por las altas exigencias de su proceder (cualidades profesionales y personales), los profesionales deben, desde el inicio de su estudio enfrentarse consigo mismos, ya que también se busca ser Tanatólogo para descubrir qué es la muerte para sí (Reyes, 1996). Sin embargo, Fonnegra (2003), resalta que no hay preparación de los estudiantes ni del público en general sobre la muerte y el morir, ni en el afrontamiento de situaciones análogas, más sí temor e incertidumbre. La autora explica que dichos vacíos se deben a la poca libertad para conversar o preguntar del tema y el valor social positivo de las actitudes de entereza o valentía y el negativo frente a la tristeza o el reflejo de vulnerabilidad.

Antecedentes

Dentro de los diversos estudios que se han realizado sobre la preparación de los estudiantes del campo de la salud para afrontar la muerte, se encuentra el estudio de Pohl et al (2008), quienes compararon los conocimientos y las habilidades del cuidado paliativo entre estudiantes de medicina de cuarto año e internos que participaban de un curso de emergencias, quienes trabajan bajo currículos diferentes. Aplicaron un cuestionario de 11 ítems modificado de Bharadwaj et Bharadwaj (2007, en Pohl et al, 2008) a 440 estudiantes y 149 internos. Los principales resultados muestran que hay una familiaridad significativamente más alta con los conceptos de cuidado paliativo y las escalas de dolor, con respecto a los internos. Sin embargo, los internos manifiestan más sentimientos positivos en cuanto al entrenamiento en prácticas de manejo del dolor y involucramiento con el cuidado, la comunicación y reconocimiento de los signos físicos de pacientes moribundos. Además, porcentajes bajos de estudiantes (17.6%) e

internos (24.8%) se sienten entrenados adecuadamente. Concluyen afirmando que sería muy favorable incluir cursos prácticos en pregrado, orientados a la consciencia del cuidado paliativo y la confianza en la gestión de síntomas de los pacientes moribundos, tal como lo realiza la Harvard Medical School. Y, ante todo, sugieren la inclusión de la evaluación de la educación en el campo de la investigación en cuidados paliativos, con el fin de promover la enseñanza y con ello el cuidado a los pacientes.

Además de la carencia de experiencia clínica, el temor al enfrentarse con diagnósticos de enfermedad terminal, conlleva a que el nombramiento de los mismos o la comunicación a la persona enferma y su familia, no sea clara. En la investigación de García-Caro et. al. (2010), donde participaron 21 médicos y 21 enfermeros de España, se identificaron algunas dificultades de estos profesionales en cuanto al uso del diagnóstico y la percepción de la enfermedad terminal. Por medio de entrevistas a profundidad, se observó que los profesionales perciben ausencia de criterios válidos y aceptables para el uso del diagnóstico de enfermedad terminal, lo que conlleva a un creciente número de casos en los que no se da el inicio pertinente a las medidas paliativas. El hecho de no asignar el diagnóstico apropiado a la enfermedad no sólo distorsiona el sentido y la función de los cuidados paliativos, sino que además afecta la calidad de su tratamiento. Y debido a que esto está relacionado con la carga emocional implícita para los profesionales en éste diagnóstico, que se asocia con condenar al consultante a morir, desahuciarlo o dejar de luchar por su curación; la intervención educativa y psicológica para los profesionales se convierte en un elemento indispensable para garantizar la calidad de vida, tanto de los profesionales, como de los enfermos y sus allegados.

También en relación con la preparación profesional para la muerte, Gerow et al (2009), realizaron un estudio fenomenológico Heideggeriano, mediante el cual describen e interpretan

las experiencias vividas por un grupo de 11 enfermeras entre los 29 y 61 años con poca y mucha experiencia en cuidados paliativos. Gracias al uso de entrevistas identificaron cuatro elementos importantes: a) La relación que las enfermeras entablan con los consultantes trasciende la barrera de lo puramente médico, formándose incluso, vínculos afectivos muy estrechos; b) las enfermeras que recibieron tutoría en el manejo de situaciones difíciles, reportaron un mejor manejo de la situación, que aquellas que no; c) las enfermeras reportan conflicto entre servir de apoyo y vivir su propio proceso de duelo, lo cual genera barreras de protección; d) algunas participantes incluían una visión espiritual, reconociendo la impotencia de su labor, mientras otras consideraron que fueron enviadas por Dios para cumplir esa función.

A su vez, Stratton, Kellaway y Rottini (2007), a la luz de tres estudios de caso demostraron cómo el vivir tan cerca de la muerte y la enfermedad, sumado a los estresores de un curso predoctoral, puede influir en la práctica profesional de los estudiantes. El propósito de la investigación, consistía en que los estudiantes evaluaran e identificaran el impacto de su proceso de duelo y pérdida sobre sus estrategias en la práctica clínica, y cómo esto a su vez los ha llevado a ser mejores clínicos. Con entrevistas abiertas a tres estudiantes de doctorado en Psicología Clínica, se llegó a las siguientes conclusiones: la supervisión tiene un valor significativo en las estrategias de afrontamiento de cada participante, en la verbalización de sus sentimientos y pensamientos, pudiendo diferenciarlos de los presentados por sus consultantes; agregado a la supervisión, es clave llevar a cabo una introspección constante, para evitar la proyección de sentimientos del terapeuta en el cliente. Y en tercer lugar, se encontraron tres factores inherentes protectores: la fuerza psicológica, el buen sentido del humor y el optimismo, lo que les permitió ser resistentes a las dificultades, y fomentar la sanidad de sus consultantes, ayudándolos a reconocer en ellos estas fortalezas.

Ahora, en lo concerniente a las actitudes y temores frente a la muerte, Hegedus, Zana, y Szabó (2008), evaluaron los efectos de los cursos para los profesionales sanitarios y estudiantes de medicina de Canadá en la atención al final de la vida. Los participantes completaron la Escala Multidimensional sobre el miedo a la muerte (MFODS) en el primer y último día del curso. Encontrándose dentro de los factores más significativos del miedo a la muerte el temor por los seres queridos, miedo al proceso de morir y el miedo por lo desconocido. Una vez finalizado el curso se encontró reducción general del miedo a la muerte en los profesionales y estudiantes. También se observó que los cambios en los componentes y el nivel de miedo a la muerte, aunque fueron más positivos después del curso, se vieron influidos por el género, la edad y la profesión. Los autores opinan que el primer contacto que los estudiantes tienen con la muerte lo hacen a la luz de materias como anatomía, patología, en las que también, se concientizan de la realidad de su propia muerte.

Resultados similares en cuanto a la ansiedad ante la muerte por parte de estudiantes de enfermería, obtuvieron Collet, Limonero y Otero (2003), encontrando mayor nivel de ansiedad ante la muerte propia y el proceso de morir. Adicionalmente, se reportaron otros resultados de relevancia en esta investigación española donde participaron 150 alumnos de Enfermería que no tenían experiencias directas con la muerte, y que respondieron a tres escalas que miden las preferencias profesionales, la ansiedad ante la muerte y los factores que ayudan a morir en paz, respectivamente. Entre los demás resultados, se encontró que los estudiantes prefieren trabajar con niños, y en cuanto a las personas en enfermedad terminal, se prefiere trabajar con personas que tienen cáncer, a trabajar con ancianos; también hay poca preferencia para trabajar con personas que tienen SIDA o de raza gitana. Respecto a los factores que ayudan a morir en paz, los más valorados son la cercanía, la comunicación y los vínculos afectivos estrechos con

personas queridas, así como el pensar que la vida ha tenido sentido. Algunos elementos importantes de la discusión implican los prejuicios de los estudiantes ante ciertas enfermedades, razas y edades.

Por último, Shih, Gau, Lin, Pong, y Lin (2006) mediante un autorreporte de preguntas abiertas, exploraron las percepciones de estudiantes de enfermería acerca de la muerte y la ayuda esperada de ellos. Entre los principales resultados se encontró que los temores ante la muerte, oscilan entre el sufrimiento psicológico por dejar el mundo, la pérdida de las personas que aman, el dolor físico, los eventos negativos inesperados, la interacción con entidades metafísicas y el sufrimiento de sus allegados. Además, el 82% de los estudiantes cree tener un alma y que el cielo o un lugar similar retroalimentará su conducta positiva en el mundo mortal; también se cree que el infierno es un posible destino. En cuanto a lo que consideran que las personas enfermas esperan de ellos reportaron: a) una buena calidad en el cuidado físico; b) respeto a su dignidad y a la de sus allegados; c) obtener el soporte de sus allegados y su compañía; d) facilitar la comunicación de soporte entre la persona enferma y sus allegados; e) proveer soporte religioso; y f) ayudar a mantener la mente en paz y a alcanzar sus propósitos y deseos en la vida. Los autores, argumentan que tanto el concepto de muerte como el proceso de morir, abarcan más que aspectos cognitivos enseñados en un aula y que los estándares de atención esperados son muy altos. Pero, los enfermeros profesionales afirman encontrarse muy ocupados en su propia labor para guiar a estudiantes o recién graduados en la provisión de un cuidado adecuado en el final de la vida, acerca del cual refieren grandes carencias.

A pesar del énfasis teórico y empírico en la importancia de abordar las creencias de la muerte de los profesionales de la salud y la relación de éstas con la calidad de la práctica clínica (Corless, Germino y Pittman, 2003; Fonnegra, 2003; Moon, 2008; Reyes, 1996; Porteeny, 2001),

así como los retos para los sistemas educativos de cura paliativa (Pohlt, 2008), la literatura revisada refleja una escasa labor investigativa que se aproxime a las creencias y vivencias de muerte de los estudiantes del área de la salud. De esta forma, identificar las dinámicas que circundan a los próximos profesionales de la salud puede ser una herramienta de acción tanto para mejorar las estrategias de educación como brindar estrategias de soporte al personal sanitario. Por estos motivos, la presente investigación significa un paso importante en el desarrollo teórico de la psicología de la salud, para su aplicación en el campo educativo y hospitalario. En segundo lugar, se considera que los alcances de iniciativas al respecto, son fundamentales para la proyección social, en tanto podrían promover la optimización del servicio prestado por el cuerpo de salud en busca de una mejor calidad de vida tanto para quienes padecen de enfermedades terminales y sus familias como para los mismos profesionales.

A partir del marco de referencia expuesto, el objetivo principal consiste en describir e interpretar las narrativas elaboradas por un grupo de estudiantes profesionales del área de la salud acerca de la muerte y el objetivo específico es describir e interpretar sus vivencias y creencias a cerca de la muerte y la forma en que estas configuran sus narrativas.

Método

La presente es una investigación cualitativa fenomenológica, cuyo propósito consiste en la descripción e interpretación de los significados de las vivencias (The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods, 2008). A la vez, se asumen como categorías interpretativas las creencias y las vivencias, pues las investigaciones fenomenológicas deben cuestionarse sobre los significados y/o sentidos sociales y personales (Moustakas, 1994).

Participantes

Se seleccionaron tres (3) participantes a partir de los siguientes criterios: ser estudiante de pregrado de un programa del área de la salud (Medicina, Psicología o Enfermería); encontrarse en el último año de estudio; haber tenido contacto con personas con enfermedad en fase terminal; haber tenido experiencias cercanas con la muerte (Enfermedades, accidentes y/o muerte de personas significativas); participación voluntaria y no remunerada.

En la Tabla 2 se pueden observar los datos sociodemográficos de los participantes.

Tabla 2

Datos sociodemográficos de los participantes

| | A | D | L |
|----------------------|------------------|------------------|------------------|
| Género | M | F | F |
| Edad | 22 | 25 | 23 |
| Religión | Católico | Cristiana | Católica |
| Nivel socioeconómico | 3 | 3 | 4 |
| Procedencia | Espinal | Cota | Bucaramanga |
| Programa académico | Enfermería | Medicina | Psicología |
| Universidad | Católica Privada | Católica Privada | Católica Privada |
| Semestre | Recién egresado | 11 | 10 |

Instrumentos

El protocolo de entrevista se diseñó con base en la investigación de García-Caro et al. (2010) y cuenta con cuatro secciones que buscan: a) información personal y datos sociodemográficos; b) Información sobre la práctica clínica con relación a la muerte; c) las experiencias y vivencias personales con relación a la muerte; y d) la percepción y temores sobre la muerte. Para ver el protocolo, por favor dirigirse al Apéndice A.

Procedimiento

Para el procedimiento se toman en cuenta las recomendaciones de Groenewald (2004) y Penner & McClement (2008) sobre investigaciones fenomenológicas descriptivas. En primer lugar se diseña la entrevista a profundidad. Posteriormente se lleva a cabo un pilotaje a partir del cual se modifica el formato y se explican los criterios sobre los que se agrupan las categorías. Luego de diligenciar los consentimientos informados, se entrevistó a los participantes de manera individual, y se obtuvo un registro de audio. Para ver el consentimiento informado, por favor dirigirse al apéndice B.

Una vez transcritas las entrevistas y contrastadas las inferencias de cada investigador, se realizó una explicitación del proceso², que implica, según Hycner (1999 en Groenewald, 2004) cinco pasos: a) Reducción fenomenológica; b) delineamiento de las unidades de significado; c) identificación de los clusters [categorías]; d) resumen y validación de cada entrevista; e) extracción de temas generales y únicos de cada entrevista, para hacer un resumen conjunto. Para esto, se utilizó el programa Open Office. En adición, se realizaron algunas recomendaciones finales. Así mismo, durante toda la investigación se hicieron grupos entre los investigadores, que incentivaran un proceso de reflexión sobre la muerte.

Explicitación del proceso

Se presenta a continuación el resumen de las narraciones de cada participante en busca de describir su universo fenomenológico a partir de la identificación e interpretación de los clusters que emergieron en sus discursos. Además de las creencias y vivencias, se evidenciaron temores relacionados con la muerte, creencias del rol profesional, estilos de relación con el supervisor y

² De acuerdo con Groenewald (2004) el uso del encabezado “análisis de datos” no refleja el propósito de una investigación fenomenológica, en tanto la palabra análisis se asocia usualmente con la fragmentación de la información, mientras la explicitación se aproxima más al sentido de unidad. Es decir, hablar de explicitación del proceso se dirige a la comprensión de cada universo fenomenológico (Nota de las autoras).

otros tipos de pérdidas; lo cual posibilita una comprensión más amplia del campo fenoménico de los estudiantes.

Descripción de la narración de D

En relación a la participante D, se resaltan dos vivencias. La primera, es la muerte de su madre, a partir de la cual refiere haber asumido el rol de cuidadora de su papá y su hermana. Esto, le permitió reconocer la imprevisibilidad de la muerte, aunque exprese que prefiere no pensar en ella hasta su llegada. Así mismo, expresa que “debe tomarse la muerte como ese estado donde sí, se van a acabar las cosas pero no puede ser terrible. Yo he tenido que luchar mucho con esas cosas, hasta en mi familia, porque mi hermana es una de las que piensa que la muerte es sentarse a chillar y a darse rejo, hombre yo no estoy diciendo que yo no lloro, pero creo que la muerte es algo que se debe tomar (...) con más tranquilidad”(D, p. 42).

La segunda, es el asumir el diagnóstico de una enfermedad autoinmune con un pronóstico de vida de dos años, dado hace 14. Afirma que “eso ha sido un problema para mí porque como que lo he encapsulado, para mí eso está en una caja y está ahí” (D, p. 18). Reconoce que este proceso fue muy difícil para ella y su padre, remitiéndose a preguntas existenciales acerca del porqué de lo ocurrido al confrontarse con la conciencia de la vulnerabilidad del ser humano. De hecho, menciona que “yo todavía tengo que ser médico y tengo que ser paciente, a mí me toca manejar los dos roles (...) cuando tú estás en esos dos puestos, entonces ves la muerte y ves la enfermedad como un estado el cual se debe respetar” (D, p. 20). Además, expresa que el contacto médico desde temprana edad la inclinó a estudiar medicina.

Por otro lado, afirma ser muy religiosa, lo que se evidencia en sus creencias acerca de la muerte. Ésta la define como el paso a la perfección con Dios, y considera que sólo Él puede controlar el fin de la vida, incidiendo incluso en el quehacer médico. Además, plantea que la

muerte, al ser parte del ciclo vital, debería celebrarse como se celebra un nacimiento. Sin embargo, parecería evadir algunas temáticas, dando cuenta de los temores que la misma le genera. Por ejemplo, al narrar: “Pero la muerte es ya y se acabó, pero voy a seguir perfectamente, no voy a seguir tomando pastas... todo es una maravilla y todo va a ser perfecto. Sin embargo, el día que la gente se olvide de mí va a ser terrible” (D, p. 20). Lo cual sugiere el vínculo entre las creencias acerca de la muerte y su condición de enfermedad y, a la vez, menciona repetidas veces que siente miedo de que no la recuerden y manifiesta incertidumbre de que el tratamiento otorgado a alguien no sea correcto incidiendo en que la persona no tenga el final esperado, lo que contradice la unanimidad de las decisiones divinas al respecto.

En la práctica, ante la noticia de un pronóstico fatal, opina que la noticia debería ser recibida junto con la familia de la persona enferma para contrarrestar el impacto emocional y afirma que “hablar con una persona de la muerte no es fácil, además porque todas las personas no tienen las mismas creencias. Sin embargo, yo siempre he creído que la forma en que tú hables hace que la persona responda” (D, p. 11). También expresa que aunque la educación impartida en su universidad se centra más en el manejo del dolor que en el afrontamiento emocional de la muerte, ella ha sido afortunada al encontrar buenos supervisores y observar aproximaciones inadecuadas por parte de otros médicos. En cuanto al trabajo interdisciplinario, sugiere que cada caso debería implicar un seguimiento exhaustivo de cada especialista; a la vez, afirma tener cualidades de psicóloga, por su contacto emocional y su cercanía con los consultantes.

Interpretación de la narración de D

Creencias y vivencias: Las creencias de D frente a la muerte, están tocadas definitivamente por sus vivencias de enfermedad y el luto por la muerte de su madre. Cuando menciona que la

muerte no se da siempre en las circunstancias deseadas, como le ocurrió a su mamá, podría estar hablando también de su muerte, al pronóstico de su enfermedad.

Por otro lado, La posición familiar que asumió con la muerte de su madre, donde toma una posición de control, podría implicar una acción ante su vulnerabilidad para compensar el dolor de sus familiares, a quienes siente que debe cuidar. Ligado a esto, se orienta hacia la medicina familiar, que considera trabaja menos con diagnósticos y pronósticos, lo que se podría relacionar con el optimismo trágico planteado por Frankl (1994) ya que, el vivenciar la muerte de su madre y la enfermedad autoinmune que tiene, la inclinan al cuidado de otros, tanto en su familia como en las prácticas iniciáticas, eso sí, evitando hablar de la muerte y la enfermedad. Es decir, sus vivencias en relación a la muerte incidieron también en su orientación profesional.

Temores: Los temores referidos por D respecto a la muerte propia, de su familia y consultantes, de hecho, resulta curioso que enfatice que no quisiera morir en un hospital, bajo su ley. se relacionan con los hallazgos de Shih, Gau, Lin, Pong, y Lin (2006) acerca de los miedos referidos por estudiantes de enfermería; así como las creencias espirituales que contrapesan dichos temores., ya que ella hace constantes referencias a Dios en su interpretación de la muerte. A la vez, de la huella de su enfermedad en esta interpretación, pues incluso, afirma que si bien no le gusta pensar en su muerte, no quisiera morir en un hospital, bajo su ley, lo cual sugiere una contradicción, consciente, o inconsciente de su quehacer profesional, de lo que éste representa y del afrontamiento de su propia muerte.

Práctica profesional: D reconoce el desvanecimiento de la sensibilidad en estudiantes y profesionales, lo que podría relacionarse con la apatía como mecanismo de defensa, o coraza emocional, mencionada por Frankl (1999). Además, el atribuir su calidez emocional a características de personalidad y las interacciones con otros profesionales de la salud en los

hospitales; está en consonancia con los planteamientos de Reyes (1996) acerca de la relevancia de la aproximación emocional, más que los conocimientos de tanatología y la atribución de gran parte de estos a la personalidad del profesional; sin embargo, esta afirmación también habla de una atribución cultural, del médico como una figura fría y reductiva, como ella misma lo refiere. También expresa la dificultad de comunicar el pronóstico de una enfermedad, no sólo por la muerte en sí misma, sino por el deterioro que implica y porque empiezan a surgir interrogantes existenciales ante los cuales el profesional de la salud no siempre puede responder; incluso adhiere che aquello que un médico considere de la muerte y la manera como lo comunique, afecta el cuidado que éste pueda ofrecerle al consultante, e incluso las decisiones que el mismo tome con respecto a su tratamiento, siendo congruente con Moon (2008) acerca de los aportes existenciales y de la preparación para conversar acerca de la muerte, que es un deber los médicos para con sus consultantes. Es preciso anotar que D, al hablar de su modelo ideal para el afrontamiento de casos similares, pareciera no separar sus conflictos personales de sus consideraciones clínicas y de la situación particular que vivencian la persona enferma y sus allegados. Si bien Lowenstein (2005) da cuenta de que los estados afectivos intra e interindividuales entre personas enfermas y médicos, afectan las decisiones de los mismos sobre los tratamientos a seguir, hay que reconocer que la práctica docente da cuenta de que una de las mayores dificultades en la resolución de un caso, está en tanto en el reconocimiento de los propios dilemas, como en la separación de los mismos para aproximarse a la situación subjetiva de la persona enferma y su familia (Lehmann, 2010).

Otras pérdidas: El énfasis repetitivo del olvido, podría encubrir las implicaciones de su enfermedad en su vida actual y en su proyecto de vida. El legado personal podría verse como una

necesidad de permanencia ante la imprevisibilidad de la muerte que plantea García (2006) y el olvido, atribuirse como otra forma de morir.

Descripción de la narración de L

Para L Los ritos religiosos representan un mecanismo de afrontamiento de la muerte en tanto ayudan a las personas a cerrar ciclos. Percibe la muerte, por un lado como parte de un ciclo normal y además como un medio por el cual el ser humano se encuentra nuevamente con Dios, quien evalúa y juzga las buenas o malas acciones. El vínculo determina la intensidad del sentimiento respecto a quien se muere, cuando éste no es muy fuerte, el sentimiento que refiere es lástima, así las principales pérdidas que ha tenido aluden a mascotas y al distanciamiento de algunas personas. Considera que la propia percepción de la muerte incide en el abordaje con personas enfermas, por cuanto es importante autoevaluarse clarificando la propia creencia de muerte: “la manera como tu veas la muerte, es la manera cómo vas a ver a esa persona, a ese enfermo, a su familia y la manera cómo vas a abordarlo (...) si tú no tienes claro tu qué piensas de la muerte, no puedes ir a exigirle a otra persona que la afronte, si tú no sientes eso”.(L,p.5).

Al vivir una enfermedad bronquial severa y presentar una falla respiratoria estando sola en su casa, se cuestiona sobre su propia muerte. También la muerte de un consultante tuvo impacto en su vida, por el vínculo emocional establecido con él y su familia, esto le generó mucha tristeza aunque aprendió a interceder en la reconciliación y otros procesos de atención al alma.

Considera que los médicos no se aproximan a la persona como podrían. Refiere que la labor del psicólogo es más compleja por el abordaje de temas que tocan profundamente a la persona. Reconoce falencias en su formación en cuanto a psicología de la salud y la enfermedad, que suplió de manera autónoma. Opina que es preciso iniciar la práctica con antelación, pues esto brinda aprendizajes más significativos sobre el fenómeno. Afirma que la supervisión recibida fue

insuficiente, por exceso de trabajo de su jefe y ausencia de un segundo psicólogo en el área “Pues yo tenía una supervisora que era una Psicóloga pero no era una supervisora de tiempo completo, de hecho, en el servicio de Oncología yo no tenía supervisora, dure tres meses sin supervisora porque no había psicólogo en el instituto de Oncología” (L, p.2).

Tiene temor a las enfermedades crónicas, especialmente al Cáncer, por las múltiples y sucesivas pérdidas que trae consigo, lo cual, además, convierte a la persona en una carga para la familia. Le teme al proceso de sufrir, por tanto la muerte ideal sería no sentirla. “donde tu empieces a darte cuenta que antes hacías cosas que ya no las puedes hacer, que te vuelves una carga para los demás, además el dolor no solamente de lo que sea que la enfermedad te este generando dolor, sino que se empieza a deteriorar tu cuerpo” (L, p.21). También, le teme al sufrimiento generado por la incertidumbre tanto de cómo será la muerte, como de lo que hay después de la muerte; a no recibir auxilio mientras está muriendo, a morir sola. Miedo a equivocarse en su quehacer profesional, lo que le genera inseguridad, más aún cuando la supervisión es limitada.

Interpretación de la narración de L

Creencias y vivencias: L se apoya en el dogma religioso al sustentar sus creencias y dirigir sus vivencias cuando se cuestiona sobre la muerte. Corless, Germino y Pittman (2003); Shih, Gau, Lin, Pong, y Lin (2006) al respecto, hablan de la construcción de las explicaciones que algunos realizan fundamentadas en paradigmas religiosos, que sirven como mecanismo para enfrentar, comprender la muerte y al mismo tiempo guiar las acciones en la tierra. Cuando ni la ciencia ni la realidad ofrecen justificación sobre algunos fenómenos como es el caso de la muerte, se tiende a atribuir su causa a un ser superior cuyas formas arbitrarias de actuación no se discuten, solo se aceptan. Adicional a esto L cree que el vivir los ritos religiosos es una buena manera de llevar un

proceso de duelo, adecuado en la medida en que permite cerrar un ciclo. Tau y Lenzi (2009), opinan que estas prácticas favorecen el desarrollo de la persona como lo señalan Shih, et al (2006) y Rayburn (2008), encontrando dentro de las necesidades de los enfermos el poder contar con soporte religioso.

Práctica Profesional: L considera relevante el cuestionarse introspectivamente sobre las propias creencias de muerte, en tanto los resultados de dicha introspección van a influir en el cuidado impartido a la persona enferma. Lo anterior reafirma lo que autores como Fonnegra (2003), Mori (2009) y Reyes (1996) proponen, y es la necesidad que debe tener el terapeuta por hacer una auto evaluación y en esa vía auto cuidarse integrando la muerte, sanamente, a su propia vida, para luego servir como ejemplo a los consultantes y además optimizar su cuidado. No obstante L no especifica la injerencia de esta introspección en su propia vida, en parte porque su limitado rango de vivencias alrededor del tema no la ha llevado a hacer una reflexión profunda de su muerte. Es preciso empezar hacer conciencia de la propia muerte, aún si las vivencias o experiencias no se han dado, ya que al hacerlo en lugar de afectar la calidad de vida la favorece, adjudicándole mayor sentido (Bayes, 2001; Kübler-Ross, 1998; O'connor, 2007).

Otras pérdidas: En el relato de L se observa que la intensidad del vínculo va a determinar si esa pérdida se vive o no como una muerte, aún si el objeto perdido no ha deshabitado este mundo. Esto habla de la dimensión puramente física de la muerte como insuficiente para abarcar la totalidad de lo que ella en sí misma significa. Por tanto la muerte biológica tal como la define Koppelman, (2003) no siempre va a dictaminar si una persona ha muerto para los otros.

Supervisión: Opina que al ser la labor del psicólogo más compleja que la de otros profesionales de la salud, es primordial contar con una amplia supervisión y recibir orientación en temas de muerte, manejo del dolor y duelo, para lograr una mejor aproximación a la persona enferma y su

familia, herramientas de las cuales careció en su formación. Pohl et al, (2008); García-Caro (2010) y Gerow et al (2009), mencionan la falta de experiencias prácticas clínicas en los estudiantes que permitan evaluar la teoría y solucionar otras inquietudes. Están de acuerdo, adjuntamente, que la formación teórica y psicológica a profesionales y futuros profesionales, tendrá un resultado positivo en su calidad de vida y en la de los mismos consultantes y sus familias.

Temores: Los temores que presenta L en relación a la muerte son los mismos que Hegedus, Zana, y Szabó (2008) y Collet, Limonero y Otero (2003), encontraron. Por ejemplo el temor de L a contraer una enfermedad crónica que lleva un proceso largo de sufrimiento, guarda relación con el miedo al proceso de morir; el temor de no saber qué hay después de la muerte, responde al miedo por lo desconocido. Sin embargo estos autores hallaron, fruto del curso que preparaba a los estudiantes en temas de muerte, que dichos temores se habían disipado significativamente.

Descripción de la narración de A

En el caso de A, sus vivencias de la muerte se desenvuelven en una zona del conflicto armado colombiano, de lo cual expresa: “Estar en medio del bombardeo, en medio de las balaceras (...) muerte por allá muerte por acá, pues uno siente la muerte cerca (...) son sentimientos de miedo, de ansiedad, de tristeza, de dolor, de mucho desespero (...) aunque diga que uno no le tiene miedo a la muerte, pero si” (A, p. 14). Presencia la convalecencia y muerte de familiares, vecinos y casi la suya de no migrar a Bogotá; menciona buscar hacer un trabajo de mejor calidad, concientizarse de la imprevisibilidad de la muerte y organizar mejor sus prioridades en la vida, aun con los sentimientos de miedo que a veces no admite.

Reconoce los interrogantes irresolubles de la muerte y la enmarca dentro del ciclo vital. En cuanto a la intervención, expresa que ésta debe orientarse a preservar la vida y evadir la muerte,

cuyas causas describe como fisiógenas y narra que “Si el pronóstico es bueno hay un impacto positivo sobre uno entonces uno está feliz porque uno está haciendo su intervención (...) pero si el pronóstico es negativo pues uno sigue haciendo, sigue haciendo, pero sabe que va hacia lo negativo ósea hacia la muerte (...) Uno lo único que intenta hacer es no dejarlo ver mucho frente a la familia y más bien ayudar a la familia.” (A, p. 16). Con lo cual asiente un juicio de valor negativo frente a la muerte y supone un trabajo paliativo orientado más a la familia que al trabajo conjunto con el consultante.

Admite el fuerte impacto emocional que estos procesos generan en él, pero afirma que no debe mostrar sus sentimientos ni a la persona enferma ni a su familia, sino buscar otros contextos para desahogarse “uno termina su turno sale y tiene que descargarse con alguien (...) y al otro día llegar y volver y seguir con la misma situación” (A, p.15). Describe que las ciencias de la salud son la más bella y compleja de las artes, por trabajar con la vida dinámica y no con la naturaleza muerta. De los rituales religiosos, refiere que contribuyen al bienestar espiritual de la persona en la otra vida, aunque afirme ser católico no practicante.

A, afirma que la formación profesional implica tres esferas: conocimientos, habilidades y actitudes; también prioriza en su formación las materias de corte biológico y en segunda medida, las materias de corte humanístico. Comenta que fue afortunado de contar con una profesora que, además de la orientación académica y práctica, le permitía desahogarse emocionalmente. Los lazos de comunicación eran muy estrechos y sintió que le promovía su libertad y responsabilidad. Refiere también que el papel más importante en el trabajo interdisciplinar es el del médico y que, según el caso, se considera la vinculación de otros especialistas como psiquiatras, trabajadores sociales o psicólogos; de este último, expresa que su papel es ideal, pero no necesario, ya que pueden suplirlo médicos y enfermeros.

Aunque es una persona que con frecuencia se cuestiona sobre la muerte “Cuando me dicen que algún familiar está enfermo uno piensa, probablemente se puede morir; cuando uno mismo está enfermo y se siente enfermo, uno piensa, me siento mal, ¿será que me puedo morir?”(A, p.20), expresa temor a morir sin concluir sus proyectos y sin saber hacia dónde lo dirige la muerte, destino que depende de su comportamiento en la vida. También refiere miedo a dejar desahuciadas a las personas que necesitan de él “Me daría miedo irme así, sin concluir cosas (...) el saber qué viene después de la muerte (...) también dejar solas a personas que de pronto necesitan de mí” (A, p.21-22). Tiene miedo de sufrir un accidente o enfermedad que conlleve a su muerte, y, finalmente, a realizar un procedimiento equívoco que desencadene la muerte del consultante.

Interpretación de la narración de A

Creencias y Vivencias: Al describir que los pronósticos fatales son negativos, porque las personas van a morir y los profesionales de la salud deben evitar la muerte de los consultantes, también evidencia lo planteado por Rovaletti (2002) y Colbert (2004), acerca de cómo los alcances médicos son superpuestos a la muerte, entendiéndola como una transición a evitar, dificultando los procesos de salud.

A, asume la muerte como algo negativo, creencia que luego permea la vivencia de ocultarle los sentimientos a la familia como una forma de ayudarla; sin embargo, Reyes (1996), dice que la mayor parte de la calidad otorgada en el trabajo con las personas enfermas y sus familia depende del afecto y el sentimiento. Gerow, et al (2009), manifiestan que existe un conflicto en los enfermeros entre servir de apoyo y vivir el propio proceso de duelo. No se permiten sufrir o sentir, ya que esto socava su labor y el mantenerse firmes en ella. Razón por la cual, estos profesionales crean una barrera frente a los consultantes y sus cuidadores.

Al ligar sus vivencias en el conflicto armado con el cambio en sus prioridades en la vida, y como el cambio en sus prioridades han orientado la percepción de sus nuevas experiencias, deja en claro la circularidad entre sus creencias y vivencias. E incluso, como lo propone Frankl (1994, 1999, 2007) experiencias límites pueden contribuir a modificar la escala de valores con la cual se asume la vida. El haber sido víctima de la guerra Colombiana, rozando las puertas de su muerte, no solo le ha llevado a reconfigurar su escala de valores, también el hacer conciencia de manera continua de su propia muerte aún si no termina por aceptarla. Adicionalmente tales vivencias perfeccionaron su cuidado a los consultantes. Callahan y Dittloff (2007); Stratton, Kellaway y Rottini (2007), argumentan que el vivir tan cerca a la y de la muerte como de la enfermedad, sumado a los estresores de un proceso académico, influye en la práctica profesional de los estudiantes, que muchas veces, los convierte en mejores clínicos.

Supervisión: Estos mismos autores (Stratton, et al, 2007) resaltan el papel significativo de la supervisión en tanto alimenta las estrategias de afrontamiento de cada participante y posibilita la verbalización de sentimientos y pensamientos. A, relata lo provechoso que fue recibir una supervisión que promovía su libertad en el manejo y expresión de emociones y responsabilidad, sin la cual su práctica se hubiese tornado aún más compleja de cumplir.

Las materias de corte biológico que para A han primado en su formación, son el primer contacto que los estudiantes tienen con la muerte, en las que también, se concientizan de la realidad de su propia muerte (Hegedus, Zana, & Szabó, 2008). Su visión sobre lo que debería ser la educación del profesional apoya la filosofía de su universidad que aboga por una formación rica en herramientas tanto en conocimientos, habilidades y actitudes (Escobar & Díaz, 2008).

Temores: Finalmente en cuanto los temores de A, los profesionales en enfermería con y sin experiencia los experimentan diariamente, incrementándose en el transcurso del ejercicio profesional a menos que reciban las herramientas para enfrentarlos (Chen, Del Ben, Fortson, & Lewis, 2006).

Conclusiones

En el proceso de interpretación fenomenológica de los tres estudiantes se pueden identificar congruencias tales como: a) el temor ante su propia muerte y a lo desconocido, sirviéndose de mecanismos de protección que podrían obstaculizar el encuentro con el consultante; b) el asumir los ritos y las creencias religiosas como un medio para dar respuesta a las inquietudes que despierta la muerte, al propósito que tienen sus vidas y al cómo deberían proceder en la vida; c) las vivencias de riesgo de la propia vida, se constituyen en una huella inalienable de su aproximación como clínicos; d) el interés por adquirir herramientas para mejorar su práctica clínica; e) el vacío frente a las estrategias de afrontamiento emocional que su práctica necesita; f) la muerte entendida de manera exclusiva como un fenómeno físico se queda corta al intentar abarcar la totalidad del concepto. La muerte psicológica, pensada como un ideal que busca mejorar la calidad de vida, es de difícil realización, debido en alguna medida, a la connotación negativa que tiene la muerte para la mayoría.

De lo anterior, se reafirma el reto que deben acoger los educadores. Si bien es cierto que existen programas de postgrado con un énfasis más profundo en el ámbito de la muerte, es claro que esta cuestión trasciende la educación formal. De un lado, la literatura considera que los procesos educativos para-la-muerte, deberían incluir estrategias emotivas y de elaboración personal (Fonnegra, 2003, Pohlt, et al, 2008; Reyes, 1996), y de otro lado, la consciencia de la muerte como contingencia existencial, implica en sí misma que el ser humano en tanto ser-finito,

no podrá estar jamás suficientemente preparado para afrontar su propia muerte y/o la muerte de los otros. Es decir, “Si bien no sería pertinente pretender que educar-para-la-muerte, implique una comprensión total o un afrontamiento perfecto, sí constituye un hallazgo de sentido en la acción responsable, pasar de eludir la muerte a hacer de su consciencia la llave para la acción responsable en la vida” (Lehmann, en prensa, p. 11). De lo anterior, se espera que a través de este proyecto de investigación se puedan promover reformas en el currículo de pregrado de las facultades de psicología, medicina y enfermería, incluyendo en ellas, cátedras de carácter vivencial.

En las temáticas relacionadas con la muerte, la literatura revisada da cuenta de una problemática mundial, pues apenas se comienza a vislumbrar la importancia de superar la enseñanza básica sobre medicación para el dolor y el conocimiento de las etapas del duelo. Desconocer las vivencias y creencias de la muerte de los estudiantes, limita las posibilidades que ellos podrían tener a partir de su campo fenoménico para trabajar los valores de actitud, el optimismo trágico y convertir estos sucesos y procesos en fortalezas para la práctica. De esta manera, el presente estudio resalta la importancia de inculcar una supervisión de la práctica estudiantil que acoja las elaboraciones emocionales del contacto con la muerte, sin desconocer los aspectos biográficos que la delinean.

Comprender cuáles son las creencias y las vivencias con relación a la muerte de estos estudiantes del área de la salud da cuenta de la acción recíproca de las mismas, en la comprensión subjetiva de la muerte. Esta relación, más que causal, implicaría un proceso de circularidad en el cual la perspectiva parcial fenoménica se delinea. Así mismo, tener en cuenta la percepción del rol profesional que tienen los estudiantes de su quehacer, da cuenta de su

apertura al trabajo inter y multidisciplinario, lo cual es de crucial importancia para el desarrollo o la promoción del trabajo en equipo en un contexto hospitalario.

En general, tanto metodológicamente como en lo que respecta a los hallazgos, se evidencian las paradojas del pensamiento y el lenguaje humano en la búsqueda de significarse a sí mismo, de narrarse, siendo una paradoja en sí misma el estudiar, gracias al lenguaje, el mundo fenomenológico de un ser humano, pero estar a la vez sujeto a sus límites (Lehmann, 2009).

Como principales dificultades del presente estudio se señalan: la posible interferencia de las propias vivencias y creencias, tanto en el proceso de redacción como en la comprensión del universo fenomenológico de los participantes y por último, las pocas investigaciones sobre este fenómeno en estudiantes y profesionales de psicología. Por lo cual, se sugiere para futuras investigaciones contemplar los diseños longitudinales, incluir las observaciones participantes al método para tener una aproximación más completa de los procesos fenomenológicos de las personas y hacer un análisis que implique de manera más activa los marcos culturales de las creencias. Paralelamente, hacer seguimiento más profundo de las transformaciones y permanencias del fenómeno en los investigadores que, lastimosamente, supera los límites del presente artículo. Se deja así abierto un gran campo de investigación, que atiende a un problema de salud pública desde varias esferas, es decir, desde lo biológico, lo psicológico y lo espiritual.

Referencias

- Acevedo, G. (1996). *El modo humano de enfermar*. Buenos Aires: Fundación Argentina de Logoterapia.
- American Psychological Association [APA]. (s.f). *The Role of Psychology in End-of-Life Decisions and Quality of Care Issues: Education and Training Roles*. Obtenido el 24 de octubre de 2010, en: <http://www.apa.org/topics/death/end-of-life.aspx>
- Arregui, J. (1992). *El horror de morir: el valor de la muerte en la vida humana*. Barcelona: Tibidabo.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca
- Bowling, A (1995) *Measuring Disease: A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement scales*, Philadelphia; Open University Press
- Bruner, J. (2001). *Actos de significado*. Madrid, España: Alianza editorial.
- Burgoa, L. (2007). *Las Creencias, estudio filosófico del conocimiento credencial*. España: San Esteban.
- Callahan, J & Dittloff, M. (2007). Through a glass darkly: Reflections on therapist transformations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 547-553.
- Chaparro, A & Schumacher, C. (2003). *Racionalidad y Discurso Mítico*. Colombia: Universidad del Rosario.
- Chen, Y., Del Ben, K., Fortson, B., & Lewis, J. (2006). Differential Dimensions of Death Anxiety in Nursing Students with and without Nursing Experience. *Death Studies*, 30(10), 919-929
- Colbert, M (2004). The Medicalization of Death and Dying. In, J, W, Koterski (ed.), *Proceedings Of The Fourteenth University Faculty For Life Conference, Life And Learning XIV* (227-238).
- Collet, R; limonero, J & Otero, M. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en salud*, V, 002.

Colvin, S. (1906/2005). Certain characteristics of experience. *Psychological Review*, 13(6), 396-403.

Encontrado el 1 de Abril de 2010, en:

[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=rev-13-6-](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=rev-13-6-396&loginpage=Login.asp&lang=es&site=ehost-live&scope=site)

[396&loginpage=Login.asp&lang=es&site=ehost-live&scope=site](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=rev-13-6-396&loginpage=Login.asp&lang=es&site=ehost-live&scope=site)

Corless, I; Germino, B & Pittman, M. (2003). *Agonía, muerte y duelo, un reto para la vida*. México: Manual Moderno

De Azcarate, P. (2005). Metafísica, libro primero: naturaleza de la ciencia, diferencia entre la ciencia y la experiencia. *Obras de Aristóteles*. Tomo 10, pp. 51-54. Encontrado el 1 de Abril, 2010 en: <http://www.filosofia.org/cla/ari/azc10051.htm>

De Vries, R. (1981). Birth and Death: Social Construction at the Poles of Existence. *Social Forces*, 59 (4), 1074-1093. Recuperado en mayo 16 de 2010 de <http://www.jstor.org/stable/2577982>

Denochy, J. (1986). Sistemas de Creencias y Representaciones Ideológicas. En S, Moscovici, *Psicología Social II* (pp. 439-467). Barcelona: Paidós.

Díaz, C. (2000). Calidad de Vida: una perspectiva latinoamericana. En: Seminario Internacional. *Bioética y Calidad de Vida* (pp. 95-120). Bogotá: Universidad El Bosque.

Dilthey, W. (1978). *Psicología y teoría del conocimiento*. México: Fondo De Cultura Económica.

Escobar, H & Díaz, E. (2008). Evolución de las actitudes en el campo de la ética de la investigación con seres humanos. *Universitas Psychologica* 7 (1):73-96.

Flecha, J. (2000). *La fuente de la vida, manual de bioética*. Salamanca: Sigueme

Fonnegra, I. (2003). *De cara a la muerte: Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente*. Bogotá: Planeta.

Frankl, V. (1994). *El Hombre Doliente, Fundamentos Antropológicos de la Psicoterapia*. Barcelona: Herder.

- Frankl, V. (1999). *El Hombre en Busca del Sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2007). *Principios y Aplicaciones de la Logoterapia*. Buenos Aires: San Pablo.
- Fromm, E. (1932) *Die psychoanalytische Charakterologie und ihre Bedeutung für die Sozialpsychologie*. Zeitschrift für Sozialforschung.
- García, C. (2006). *Cita a Ciegas, sobre la imprevisibilidad de la vida*. Buenos Aires: San Pablo.
- García-Caro, M; Cruz-Quintana, F; Schmidt Río-Valle, J; Muñoz-Vinuesa, A; Montoya-Juárez, R; Diego Prados-Peña, D, et al (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (1): 57-73.
- Geertz, C. (1973) *The Interpretation of Cultures*, Basic Books Inc., New York.
- Gerow, L; Conejo, P; Alonzo, A; Davis, N; Rodgers, S & Williams, E. (2009). Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death. *Nursing Scholarship*, 42 (2):122-129.
- Groenewald, T. (2004). A Phenomenological Research Design Illustrated. *International Journal of Qualitative Methods* 3 (1), 1-26
- World Health Organization [WHO]. (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO. Recuperado el 13 de Junio de 2011 en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Hardwig, J. (2006). "Medicalization and Death". *Newsletter On Philosophy And Medicine* 6 (1).
- Hegedus, K., Zana, Á., & Szabó, G. (2008). Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. (cover story). *Palliative Medicine*, 22(3), 264-269.
- Henderson, J. (1966). Los mitos antiguos y el hombre moderno. En C. Jung., *El Hombre y sus Símbolos*. (pp.104-157). Madrid: Aguilar S.A.

- Herrera, F. (1984). *El derecho a la vida y el aborto*. Pamplona: Universidad De Navarra
- Husserl, E. (1992). *Invitación a la Fenomenología*. España: Paidós.
- Kluckhohn, C. (1962) *Culture and Behaviour: The Collected Essays of Clyde Kluckhohn*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Koppelman, E. (2003). The Dead Donor Rule and the Concept of Death: severing the ties that bind them. *American Journal of Bioethics, Vol. 3 Issue 1*, p1-9, 9p. Recuperado el 28 de Septiembre de:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=9999304&loginpage=Login.asp&site=ehost-live&scope=site>
- Kubler-Ross, E. (1998). *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lehmann, O-V. (2009). El sentido del lenguaje en la comprensión Logoterapéutica. III Congreso Latinoamericano de Logoterapia y Análisis Existencial. Buenos Aires, Argentina.
- Lehmann, O-V. (2010). De la logoterapia a la bioética: herramientas para el abordaje psicológico. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 1, 1(2), 37-49. ISSN 2077-9445
- Olga V. Lehmann Oliveros
De la logoterapia a la bioética: herramientas para el abordaje psicológico
- Lester, S. (1999). *An introduction to phenomenological research*. Recuperado el 16 de Julio de 2010 de: <http://www.sld.demon.co.uk/resmethy.pdf&rct=j&q=introduction%20to%20>
- Levi Strauss . (1955). *Tristes Tropiques*. París: Plon
- Loewenstein, G. (2005). Hot–Cold Empathy Gaps and Medical Decision Making. *Health Psychology*, 24, 5, 849-856. Recuperado el 28 de Enero de 2010 de:
<http://sds.hss.cmu.edu/media/pdfs/loewenstein/hotColdEmpathyGaps.pdf>

- López, A. (1990) "*Comprensión*" e "*interpretación*" en las ciencias del espíritu: W. Dilthey. Murcia: Universidad, secretariado de publicaciones.
- Martínez, E. (2007) *Psicoterapia y sentido de vida, psicología clínica de orientación logoterapéutica* (Segunda ed.) Bogotá, Colombia: Herder
- Lukas, E. (2004). *Logoterapia, la búsqueda de sentido*. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, J. (2006). *Amores que duran...y duran...y duran, claves para superar las creencias destructivas que separan las parejas*. México: Pax Mexico.
- Moon, P. (2008). Death-Talks: Transformative Learning for Physicians. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 25, 4, 271-277. Recuperado el 20 de Octubre de 2009 de: <http://ajh.sagepub.com/cgi/content/abstract/25/4/271>
- Mori, H. (2009). Psico-oncología orientada hacia el sentido en la práctica psicoterapéutica. En S. Sáenz Valiente (Coord.). *Logoterapia en Acción, Aplicaciones Prácticas*. (pp. 334-352). Buenos Aires: San Pablo.
- Montealegre, R (2004). La comprensión del texto: sentido y significado. *Revista latinoamericana de Psicología*. 36,2, pp: 243-245
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. California : Sage Publications. Recuperado el 1 de diciembre de : http://www.inside-installations.org/OCMT/mydocs/Microsoft%20Word%20-%20Booksummary_Phenomenological_Research_Methods_SMAK_2.pdf
- Naciones Unidas, (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos* Aprobada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948 Recuperado el 29 de Noviembre de 2010 de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0013.pdf>
- O'connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor: el proceso del duelo*. Colombia: Trillas

- Orpett Long, S. (2001). Negotiating the A Good Death: Japanese Ambivalence about New Ways to Die. *Ethnology* 40(4) 271-289
- Penner, J. & McClement, S. (2008). Using Phenomenology to Examine the Experiences of Family Caregivers of Patients with Advanced Head and Neck Cancer: Reflections of a Novice Researcher. *International Journal of Qualitative Methods*, 7(2) 92-101. Recuperado en junio 15, 2010 de: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>
- Pohl, G., Marosi, C., Dieckmann, K., Goldner, G., Elandt, K., Hassler, M., et al (2008). Survey of Palliative Care Concepts Among Medical Students and Interns in Austria: A Comparison of the Old and the New curriculum of the Medical University of Vienna. *Palliative Care: Research and Treatment*, 2, 1-7.
- Porteony, R. (2001). *Los Cuidados Paliativos para Hacer más Cómodos los Últimos Días*. Knight Ridder/Tribune Information Services. Recuperado en Junio 7 de 2010 de www.findingourway.net/downloads/PalliativeCare_Sp.doc
- Rayburn, C. (2008). Clinical and Pastoral Issues and Challenges in Working With the Dying and Their Families. *Adultspan: Theory Research & Practice*, 7(2), 94-108.
- Reyes, L, F. (1996). *Curso Fundamental de Tanatología: Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia* (Tomo I). México: Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria.
- Romanoff, B., & Thompson, B. (2006). Meaning Construction in Palliative Care: The Use of Narrative, Ritual, and the Expressive Arts. *American Journal of Hospice and Palliative* 23, 4, 309-316. Recuperado el 20 de Octubre de 2009, en: <http://ajh.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/4/309>
- Rovaletti, M. (2002). La Ambigüedad de la Muerte: Reflexiones en Torno a La Muerte Contemporánea. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 31, 2, 91-108.

- Rubinstein, R (1995). Narratives of Elder Parental Death: A Structural and Cultural Analysis. *Medical Anthropology Quarterly, Cultural Contexts of Aging and Health*. 9 (2) 257-276. Recuperado en Junio 17 de 2010 de: <http://www.jstor.org/stable/649119>
- Scola, A. (1999). *¿Qué es la vida ? La bioética a debate*. Argentina : Ediciones de la Universidad Católica Argentina.
- Shih, F-J., Gau, M.L., Lin, Y-S., Pong, S-J. Y Lin, H-R. (2006). Death and Help Expected from Nurses when Dying. *Nurse Ethics*. 13, 4, 360-375. Recuperado el 20 de Octubre de 2009 de: <http://nej.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/4/360>
- Stratton, J., Kellaway, J., & Rottini, A. (2007). Retrospectives from three counseling psychology predoctoral interns: How navigating the challenges of graduate school in the face of death and debilitating illness influenced the development of clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 589-595.
- Tau, R. y Lenzi, A. (2009). La Muerte: Un Objeto De Conocimiento Social. Comunicación presentada en el II Congreso: Psicología y Construcción de Conocimiento en la Época. La Plata, Argentina. Recuperado en Enero 28, 2010, de http://www.psico.unlp.edu.ar/segundocongreso/pdf/ejes/psic_desarrollo/088.pdf
- The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods. (2008). Qualitative research. University of Alberta: SAGE Publications
- Vygotsky, L. (1986). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona, España: Paidós
- Weber, B. (2009). "Life". The Stanford Encyclopedia of Philosophy, en E, Zalta (ed.). Recuperado en septiembre 14 de 2010 de <http://plato.stanford.edu/archives/win2009/entries/life/>

ANEXOS**APÉNDICE A****Protocolo de entrevista****Sección I: Información personal/datos socio demográficos**

Como es de tu conocimiento, estamos realizando una investigación cualitativa acerca de las creencias y vivencias de la muerte. Como ya firmaste el consentimiento informado, es claro que tu participación en la investigación es voluntaria, que nadie te obligó ni te engañó para que participaras, que tu identidad no será revelada por ningún motivo y que tienes el derecho de conocer los resultados de la presente investigación y de retirarte de ella en el momento en el que lo consideres.

Ahora, iniciaremos con algunas preguntas acerca de ti, para conocernos un poco, estás en toda libertad de decir o callar lo que quieras. ¿Tienes alguna duda o quieres que comencemos?

¿Cuál es tu nombre completo?

¿Cómo prefieres que te llame en esta entrevista?

¿Cuántos años tienes?

¿Cuál es tu fecha y lugar de nacimiento?

¿Con quién vives?

¿Cuáles son tus creencias religiosas?

¿En qué universidad estudias?

¿Qué estudias?

¿En qué semestre estás?

¿Has estudiado alguna otra carrera previamente?

¿Cómo sueles pasar tu tiempo libre?

¿Cómo te proyectas en el futuro?

¿Tienes en este momento alguna relación sentimental, novio (a)?

Sección II: Rol profesional y muerte: Información sobre la práctica clínica con relación a la muerte y necesidades en la formación académica.

1. ¿Cuáles son las materias que más consideras te han ayudado en tu práctica?
2. Ahora, hablemos acerca de tus intereses profesionales. Cuéntanos acerca de tu práctica. (¿Dónde es, cuándo iniciaste, qué haces ¿Quién regula tu trabajo? ¿Cómo es la relación

entre el supervisor de práctica y el practicante, ¿con quién trabajas? , ¿cuál es el flujo de personas enfermas y en qué condiciones se encuentran)

3. ¿Cómo consideras que deben formarse los profesionales de la salud para que su desempeño sea de calidad ¿Consideras debe incluirse alguna cátedra en tu formación.
4. ¿Cómo crees que influiría la posición personal hacia la muerte, en la convalecencia y posible recuperación de un paciente

Sección III: Vivencias y muerte

1. ¿A qué te huele la muerte?
2. ¿Qué inquietudes o temores te genera lo que haces en tu práctica?
3. ¿Qué aspectos de tu personalidad te facilitan y qué aspectos te dificultan el trabajo?
4. ¿Cómo ha cambiado tu profesión tu forma de ver el mundo?
5. ¿Cuáles son las principales pérdidas que has tenido en tu trabajo y las pérdidas personales?
6. ¿Tú, has tenido alguna experiencia con la muerte, en sueños o accidentes?
7. ¿Has tenido o tienes contacto con pacientes en fase terminal, de ser así, descríbenos como han sido esas vivencias? (Sentimientos al recordar, apoyo en el afrontamiento)
8. ¿Te genera algún impacto conocer el pronóstico de las personas que atiendes?
9. ¿Hablas con ellas de la muerte? ¿de su muerte?
10. ¿Cómo es el abordaje con su familia?

Sección IV: Muerte: Percepción y temores sobre la muerte

1. ¿Qué es la muerte para ti, como persona?
2. ¿Desde tu religión como es vista la muerte?
3. ¿En qué rituales religiosos, culturales o personales participas cuando alguien muere Danos tu opinión al respecto.

4. ¿Qué situaciones o eventos te hacen pensar en la muerte?
5. Cierra los ojos y piensa en tu muerte. ¿Qué sientes?
6. ¿Cómo crees que será tu muerte?
7. Describe cómo desearías que tus seres queridos reaccionaran ante la noticia de tu muerte inminente
8. Ahora, piensa que algún ser querido va a morir ¿Qué sientes?
9. ¿Cuáles son los principales temores que te genera pensar en la muerte?
10. ¿Si la muerte fuera una persona, que te gustaría decirle o preguntarle?
11. Escribe el nombre de un ser muy querido para ti. Imagina que esta persona acaba de enterarse de que tú te vas a morir muy pronto. Se lo notificó tu médico. Después de un examen físico de rutina, el médico le dice al paciente que tiene un tumor maligno no operable. El diagnóstico es fatal. Y el doctor tiene que dar la noticia a la persona más significativa para el enfermo, quien es, a su vez, la que más lo ama. Imagina que tú eres ese médico ¿Cómo crees que darías la noticia, y cómo te sentirías? Descríbelo.

APÉNDICE B.
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificad@ con cédula de ciudadanía No. _____ de _____ certifico que acepto participar voluntariamente en el estudio titulado **Vivencias Y Creencias De La Muerte En Estudiantes Del Área De La Salud**, trabajo desarrollado en el marco de la tesis de pregrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca, realizado por las estudiantes **Ángela Milena Gómez y Olga Vanessa Lehmann Oliveros**, bajo la dirección y supervisión de **Leonardo Rafael Amaya Md. Ph.D y Ernesto Martín Padilla**.

Manifiesto estar de acuerdo en contestar sus entrevistas (Si__ No__) y en dejarme fotografiar (Si__ No__). Además, accedo a que los relatos que yo decida sean grabados en audio.

Los estudiantes me han explicado suficientemente los riesgos y beneficios del estudio, así como sus objetivos y su metodología. También me han informado que puedo consultar y discutir el informe final antes de que este se remita a instancias evaluadoras, así como en cualquier otro momento. Igualmente, tendré la seguridad de que toda la información que ofrezca será usada con fines estrictamente académicos y que será manejada con responsabilidad y confidencialidad. Por último, se me ha aclarado que puedo retirarme del estudio en cualquier momento si así lo decido, sin necesidad de dar justificaciones y sin que me implique consecuencias a ningún nivel.

Lugar y fecha:

Nombre de la persona que participa en el estudio

Firma y documento de identificación
de la persona que participa en el estudio