

**COMPRESION DE LAS ACTITUDES, IMAGINARIOS y SENTIMIENTOS
DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, ANTE EL NIÑO Y LA NIÑA EN
EL PROCESO DE MUERTE INMINENTE, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE LA CRUZ
ROJA DE MANIZALES, EN EL AÑO 2001.**

MARIA CLAUDIA ALVAREZ DE A.

**PROYECTO TESIS DE LA MAESTRIA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO
HUMANO**

**OLGA PATRICIA BONILLA M.
MGR. INVESTIGADORA ASOCIADA
LINEA DE DESARROLLO SOCIAL
ASESORA**

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CENTRO INTERNACIONAL DE
EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO CINDE
MAESTRIA EN EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO
MANIZALES**

2002

NOTA DE ACEPTACION

Evaluador Externo.

Evaluador Interno

Ciudad y fecha: -----

A mi familia y a
todo el Equipo de Profesionales
de la Salud de la
Unidad de Cuidados Intensivos
Pediátricos del Hospital Infantil
Universitario de la Cruz Roja de
Manizales,
con todo mi cariño.

CONTENIDO

	Pag.
1. INTRODUCCION	7
1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA	13
1.2. JUSTIFICACIÓN	18
1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS	20
2. MARCO TEORICO	21
2.1 LA MUERTE	21
2.1.1 La muerte física	22
2.1.2 El cambio del sentido de la muerte a través de la Historia	27
2.1.3 La muerte y el sentido de la vida, la vida después de la muerte: creencias diversas	36
2.1.4 La muerte y los niños	43
2.2 ACTITUDES	45
2.3 LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	55
2.3.1 Los padres	57
2.3.1.1 El ambiente	
2.3.1.2 Relación padres – niño	57
2.3.1.3 Factores estresantes externos	58

2.3.1.4	Reacciones paternas	58
2.3.2	El niño	61
2.3.2.1	Factores estresantes	62
2.3.2.2	Factores sociales	63
2.3.2.3	Factores psicológicos	63
2.3.3	En cuanto al personal	65
2.3.4	Educación	66
3.	METODOLOGÍA	67
3.1	DISEÑO METODOLOGICO	
3.1.1	Unidad de análisis y de trabajo	
3.1.2.	Conformación del Equipo de Salud	
3.2	TECNICAS E INSTRUMENTOS	68
3.2.1	Técnicas	68
3.2.1.1	Entrevista abierta	
3.2.1.2	Observación participante	
3.2.2	Instrumentos	69
3.2.2.1	Diario de campo	
3.2.2.2	Talleres	
3.3	PROCEDIMIENTO	70
3.3.1	Etapas de la investigación	70
3.3.1.1	Fase descriptiva	70
3.3.1.1.2	Categorías descriptivas	77
3.3.1.2	Fase interpretativa	80

3.3.1.3	Fase de construcción de sentido	88
4.	BIBLIOGRAFIA	104
5.	ANEXOS	110

INTRODUCCIÓN

La muerte es un momento de la existencia difícil de definir y de aceptar. El ser humano reflexiona sobre ella en un momento dado de su vida, especialmente cuando la realidad lo cuestiona sobre la misma o cuando piensa que su ciclo está próximo a terminar.

Si un anciano muere por muerte natural, la sociedad acepta más fácilmente su partida, pues es parte de la evolución natural. Sin embargo ver partir niños que todavía no han cumplido su ciclo vital es un proceso que necesita una gran elaboración de aceptación por parte de los niños, de sus padres y del equipo de salud que los acompaña y que pone todo su empeño profesional, psíquico y afectivo para evitar que la muerte llegue.

Las actitudes, imaginarios y sentimientos frente a la muerte en general son diversos; podríamos decir que son tan diferentes como diferentes son los seres humanos entre sí. La historia personal, la cultura, así como la posición teológica o filosófica, la comunidad y la familia a la que se pertenece, juegan roles determinantes en la vivencia ante la muerte. Cuando se piensa en la

muerte, usualmente se piensa en la muerte del otro, pero casi nunca en la de si mismo; tal vez porque existe una negación inconsciente.

La muerte puede significar el fin para las personas que no creen en el más allá o simplemente un cambio de estado para aquellos que creen en la vida después de la muerte. Hay seres humanos que pueden afrontar la muerte más fácilmente pero en otros se genera un miedo que, siendo irracional, engendra la huída o la creación de una “barrera” para protegerse de aquello que no se conoce y a lo cual se teme.

Muchos individuos pasarán su vida sin necesidad de preguntarse sobre la muerte. Algunas profesiones o quehaceres están lejos de estas vivencias. Desafortunadamente cada día es menor ese grupo de gente, en nuestro medio colombiano, pues el contexto en que vivimos, tarde o temprano nos aboca a esta realidad.

En el caso de los profesionales de la salud, refiriéndonos a los médicos, las enfermeras, las auxiliares de enfermería, las terapeutas respiratorias, las fisioterapeutas y otros profesionales, el cuestionamiento sobre la vida y la muerte son continuos, innegables, inseparables del quehacer personal, puesto que se ven confrontados a ella en muchas ocasiones. Estos cuestionamientos surgen refiriéndose a qué es la muerte, cómo se muere, porqué mueren las personas a veces por causas inexplicadas, accidentes traumáticos o enfermedades graves e inesperadas; qué nos depara la muerte, qué hay más allá, porqué mueren los niños y otras preguntas similares, que en ocasiones no son fáciles de resolver.

En ocasiones los profesionales de la salud al no haber tenido una reflexión clara sobre la vida y la muerte, realizan una especie de “bloqueo, negación u olvido”¹, siendo “más fácil” ignorar estas realidades dolorosas que enfrentarlas.

Luis A. Parra A.² en su artículo “Sobreviviente” dice: “sobreviviente será el cuerpo al organismo que lo antecede y funda, como posteriormente será sobreviviente el niño al bebé, el adolescente al niño, el adulto al joven, etc., en una escalada intermitente al infinito donde al real de la muerte, en este caso la mutación que acompaña al ser humano desde antes de la vida y hasta después de la muerte, se le agrega el sobreviviente, como producto de cada operación y que es lo simbólico a incorporar”.

Pequeñas muertes, según este autor, que los ritos de iniciación y de pasaje se encargan de conmemorar, colocando en relación la vida y la muerte, como lo piensa la antropología.

Parra en el texto “Sobreviviente” cuenta la historia de uno de sus pacientes a quien llama Aníbal, tiene 16 años y su padre murió; después de un análisis de sus sentimientos él resume:

- Mi padre murió y el duelo aún persiste.
- Si el duelo continúa es porque algo en mí se niega a elaborarlo.
- No he podido hacerlo por no haber sido enterado a tiempo de lo que sucedió alrededor de su muerte, por tanto la culpa es de mi padre.
- La culpa es mía porque él me invitó a acompañarlo el día que lo mataron y no lo quise hacer por quedarme jugando.

¹ Uribe J.G. “La desaparición su lógica y sus consecuencias” Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia 2000. Medellín Colombia.

- Podía haber muerto con él o en su lugar. Soy un sobreviviente, siento culpa.
- Mi padre murió porque a pesar de haber sido advertido de los peligros de su labor social pudo más en él la filantropía por los pobres que el cuidarse para nosotros, sus hijos.
- Por último, debido a la actitud de mi padre yo no solo lo amaba sino que lo odiaba.

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos es un lugar donde se tratan los niños más graves y donde la mortalidad varía entre 15% y 80%, según la patología del niño. Este niño es un ser en desarrollo que va creciendo con sus vínculos afectivos, su familia, su contexto social y será el futuro adulto del mañana.

La UCIP es un lugar que genera un alto grado de estrés, en todas las personas que entran: enfermos, familiares y en especial los profesionales de la salud que allí laboran diariamente y que se ven enfrentados a la muerte, ya sea real o tácita, porque aunque los niños no estén muertos siempre tienen un alto porcentaje de morir. El imaginario de muerte siempre está presente; en ese momento dichos profesionales deben dedicarse al cuidado no sólo físico sino psicológico del niño y también de su familia. Para poder realizar un buen desempeño, sin un gran esfuerzo psicológico manifestado en dolor o ansiedad, el trabajador debe tener claras sus ideas sobre la vida y la muerte, tanto de sí mismo como de los demás.

² Parra A. Luis A. Sobreviviente, "La desaparición" Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia 2000.

En general en los currículos de enseñanza de las profesiones en Salud como medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, fisioterapia, terapia respiratoria, el tema sobre la muerte se estudia superficialmente o no se analiza. En ocasiones la enseñanza se dirige a explicar cómo se diagnostica la muerte y cómo manejar el cadáver. Las actitudes sobre la muerte son poco tenidas en cuenta, así como el trato hacia los familiares. Viendo la importancia de ello, en algunas universidades empiezan a realizarse talleres vivenciales sobre la muerte, para que los estudiantes analicen sus propios sentimientos antes de enfrentarse a la muerte real. Sería conveniente que este tipo de cátedras se difundieran, con el fin de preparar mejor a ese personal que va a estar acompañando el ser humano que va a morir y que desea que se le acompañe, que no se le abandone y que, como bien lo expresa Kübler Ross³, se le brinde un apoyo, en cierta forma tranquilizador, que le permita manifestar su miedo o su furia, su ansiedad y su dolor dándole fuerzas para afrontar lo desconocido que se acerca.

Un niño, ser frágil por naturaleza, puesto que está en pleno crecimiento y desarrollo, necesita que sus padres lo acompañen y que si ellos no están, haya alguien que esté con él, cuidándolo, dándole aliento, afecto, amor y ánimo en ese momento tan difícil que es aquel de la enfermedad y aún más aquel de la muerte inminente.

Todo el mecanismo de cuidado, tanto en infraestructura especializada como en personal capacitado, está al servicio de esos niños, que atraviesan un momento límite entre la vida y la muerte, pero que poseen un gran potencial de

³ Kubler Ross, E. "La rueda de la vida" 1999.

recuperación para ser ciudadanos útiles a la comunidad. Es deber de los profesionales de la salud ofrecerles la mejor calidad de atención tanto física como psicológica, con el fin de acompañarlos hacia el desarrollo último de la enfermedad: su curación o su muerte.

En Colombia esta investigación es pionera, no se han realizado investigaciones de este tipo en las UCIPs, hasta el momento.

El objetivo es comprender las actitudes en sus tres elementos: sentimientos, imaginarios y conductas de los profesionales de la salud, ante la muerte inminente de un niño o de una niña en la UCIP.

El alcance de los resultados de la investigación puede abarcar otros servicios del Hospital, así como otras Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Se espera un impacto social elevado, ya que la comprensión de las actitudes ante la muerte, será el primer paso para, posteriormente, realizar un proyecto sobre cambio de actitudes, con el fin de lograr una mejor calidad en el cuidado y acompañamiento de los niños y niñas en estado crítico en la UCIP.

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

A la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja, ingresan niños en estado crítico. Ellos presentan enfermedades potencialmente curables, pero que los colocan en riesgo de muerte si no son soportados desde el punto de vista cardiorrespiratorio, neurológico y metabólico, con aparatos y tecnologías diversas, que les ayudan en el proceso de curación; poco a poco a medida que se recuperan van necesitando un menor apoyo, y finalmente vuelven a ser autónomos, con todas sus funciones fisiológicas normales.

La UCIP es un lugar que tiene sus especificidades; allí se encuentran aparatos técnicamente sofisticados que la mayoría de la gente no conoce y que al verlos producen sensaciones de angustia, pues tienen alarmas que suenan constantemente, como el monitor cardiaco, el respiratorio, el de saturación arterial, el ventilador mecánico que proporciona soporte ventilatorio a los niños que no pueden asegurar su ventilación espontánea, etc. El ambiente está lleno de ruidos extraños, alarmas que suenan, pitos, sonidos de oxígeno que sale en permanencia, hay luces constantes, allí no se distingue el día de la noche, el personal corre, está siempre de prisa; súbitamente hay gritos de paro cardiaco o de bradicardia o de extubación, etc. La gente se mueve a un ritmo más acelerado y está en continuo estrés.

Todo esto puede generar gran angustia, agresividad y malestar, para el personal que allí trabaja y para la gente en general que entra allí, pues siempre está la presencia de la muerte en una forma tácita o evidente.

La disposición de los cubículos es abierta, alrededor de un centro de monitorización donde se encuentran médicos y enfermeras. Cuando existe un paro cardíaco los demás enfermos pueden darse cuenta de lo que ocurre, lo que hace la estadía en la Unidad aún más estresante.

Todo este ambiente se genera alrededor de un solo objetivo: preservar la vida de los niños que entran en la UCIP gravemente enfermos.

Los niños con patologías que ponen en estado crítico sus signos vitales, ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con posibilidades de mejorarse, pues no se aceptan pacientes terminales. El objetivo es asegurar un soporte temporal a los signos vitales, con el fin de dar al organismo tiempo para recuperarse. Generalmente son infecciones, neumonías, apendicitis, asma etc. que, con el tratamiento adecuado, ceden sin dejar secuelas. Sin embargo existe una alta posibilidad de morir durante el proceso de la enfermedad. La mayoría de niños logran la recuperación después de luchar valerosamente, con persistencia y deseo de vivir, dado la naturaleza misma de su ser.

Otros niños a pesar de todos los esfuerzos, evolucionan inevitablemente hacia la muerte; dentro de este grupo, algunos niños se dan más cuenta de ese proceso que otros, pero todos pueden percibir de manera inconsciente, el final ineludible.

Cuando la muerte es inminente, se presentan diferentes actitudes de los niños, de los padres hacia sus hijos y hacia el personal de salud y de este hacia los niños y sus familias. Por ejemplo los niños se vuelven muy tristes, no sonrían, se tornan intranquilos y angustiados, se deprimen o por el contrario se vuelven agresivos y enfadados. Ellos atraviesan varios estadios psicológicos que han sido muy bien investigados por la Dra. E. Kúbler Ross.⁴

Por el contrario, el análisis de las actitudes, imaginarios y sentimientos de los profesionales de la salud frente a la muerte inminente del niño o de la niña en la UCIP no ha sido realizado ni estudiado científicamente y es el objetivo de esta investigación, porque en la actualidad, la actitud ante el proceso de la muerte inminente se deja a la reacción individual de los profesionales que están de turno y es habitual que de alguna manera siempre haya una excusa para no estar presentes acompañando al niño o la niña en muerte inminente.

Algunos escriben en las historias, otros salen a buscar “algo que necesitan” o simplemente se retiran. Son muy pocas las personas que se quedan acompañando al niño, esté sólo o con su familia.

Cómo piensan estas personas la muerte, desde sus imaginarios, cómo la afrontan, desde sus actitudes, cómo viven estas situaciones de estrés y de pena desde sus sentimientos, son preguntas que quisiéramos resolver con el fin de poder comprender mejor las actitudes de los profesionales que laboran en la UCIP.

⁴ Kúbler Ross, E. “La rueda de la vida” 1999.

Siendo la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos un lugar muy especializado, donde todo ser humano que allí se encuentra laborando está sujeto a un estrés que debe saber manejar y donde la sombra de la muerte está en cualquier esquina, es necesario que las acciones de cuidado de los niños sean realizadas desde el interior y desde la convicción propia de cada profesional, para que las actitudes sean acordes a lo que se siente, se piensa y se hace. Realizar un trabajo que genera en sí tanto estrés, sin una claridad sobre los imaginarios, sentimientos y conductas que se manejan ante un niño en estado crítico y muerte inminente, produce un costo físico y psicológico muy elevado para el profesional de la salud que diariamente se enfrenta a casos similares.

Es necesario que cada uno de los profesionales del grupo de salud de la UCIP esté dispuesto a trabajar en el cuidado de los niños en estado crítico y de aquellos en muerte inminente, con la convicción de la importancia que se merecen. El profesional debe conocer su capacidad de afrontar la realidad de la muerte, y lograr una seguridad interior, que debe ser dada por el conocimiento y reflexión sobre las actitudes, los imaginarios y los sentimientos que se generan en cada uno de ellos.

A partir de esta visión, se plantea la formulación del problema:

Cuáles son las actitudes, los imaginarios y los sentimientos de los profesionales de la salud que trabajan en la UCIP(Unidad de Cuidados

Intensivos Pediátricos) del Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja de Manizales, en los casos de muerte inminente de un niño o una niña en estado crítico?.

Cómo se caracterizan las actitudes del profesional de la salud frente a la muerte inminente del niño o de la niña?

Cuáles son los sentimientos que emergen de los profesionales de la salud que se enfrentan a la muerte inminente del niño o de la niña?

Qué imaginarios existen en estos profesionales de la salud frente a la muerte inminente del niño o de la niña a su cuidado?

La respuesta a estas preguntas realizadas en este trabajo de investigación permitirá llegar a comprender estos procesos, para ayudar posteriormente a facilitar el acompañamiento de aquel que parte y aquellos que se quedan, sin que ninguno de los seres humanos allí comprometidos sean afectados psíquica o estructuralmente.

Los resultados podrían ser de gran ayuda para los trabajadores de la salud, puesto que la comprensión de sus actitudes les llevaría a afrontar mejor la muerte, generando un mayor desarrollo humano.

A su vez en forma indirecta se mejorará la calidad de atención dada a los niños que se hospitalizan en la UCIP, así como a sus familias.

1.2 JUSTIFICACION

El equipo de salud que trabaja en la UCIP del Hospital Infantil se caracteriza por ser eficiente y eficaz en los procedimientos de urgencia; ellos son rápidos en las acciones que realizan, como lo exigen las situaciones de urgencia que se suceden en este espacio.

Existe entre ellos una dinámica de colaboración y de amor que se genera en función de los niños enfermos y de sus familias. Desafortunadamente en el momento de abordar la muerte de los niños, el equipo se desarticula y la mayoría de las personas se retiran, pues "tienen algo que hacer", dejando a unas pocas personas el acompañamiento final del niño en muerte inminente.

Conocer y comprender las diferentes actitudes, imaginarios y sentimientos del equipo de salud ante la muerte, nos permitirá hacer claridad sobre las pautas a seguir con el fin de que el niño y la niña en proceso de muerte inminente tengan un adecuado cuidado y acompañamiento. A su vez permitirá a los profesionales de la salud comprender sus actitudes y realizar un análisis sobre ellas.

A partir de esta investigación podrá desarrollarse posteriormente, otro proceso investigativo, sobre el cambio de actitudes ante la muerte, realizando espacios de reflexión sobre la misma, con el fin de generar una toma de conciencia

interior, con una mejoría en la calidad de atención, cuidado y acompañamiento para el niño y la niña en estado crítico, al igual que para sus familias.

Este proyecto es novedoso, no tiene precedentes en la UCIP y podría ser el origen de otros grupos de reflexión en otros servicios del Hospital, generando progresivamente la comprensión teórica de las diferentes actitudes adoptadas en los profesionales de la salud, ante la muerte, estimulando un mayor desarrollo.

La investigación es de gran pertinencia ya que el problema es sentido por el equipo de salud, el cual participa activamente.

A nivel teórico, el impacto social que puede generar a futuro es grande, pues la producción intelectual de esta investigación podrá ser un aporte para la enseñanza, a los estudiantes universitarios de las profesiones de salud, que de alguna forma se verán enfrentados a asistir personas en muerte inminente, para que puedan realizar adecuados procesos de cuidado y acompañamiento.

1.3 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS

Comprender e interpretar las actitudes, imaginarios y sentimientos de los profesionales de la salud que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja de Manizales, en los casos de muerte inminente del niño y de la niña en estado crítico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1- Significar las actitudes que tienen frente a la muerte inminente del niño o de la niña los profesionales de la salud de la UCIP.
- 2- Caracterizar los diferentes imaginarios de los profesionales de la salud frente a la muerte inminente del niño o de la niña de la UCIP.
- 3- Reconocer los sentimientos que generan los profesionales de la salud de la UCIP, frente a la muerte inminente del niño o de la niña.

2. MARCO TEORICO

2.1 LA MUERTE

“ Del nicho helado en que los hombres te pusieron, te bajaré a la tierra humilde
y soleada.

Que he de dormirme en ella los hombres no supieron

Y que hemos de soñar en la misma almohada.

Te acostaré en la tierra soleada con una

Dulcedumbre de madre para el hijo dormido,

Y la tierra ha de hacerse suavidades de cuna

Al recibir tu cuerpo de niño dolorido.

Gabriela Mistral (1889-1957)

Los sonetos de la muerte

2. 1. 1 Muerte física. La sociedad de Tanatología de lengua francesa, creada en 1966, afirmó en su primer manifiesto: “La muerte es la certidumbre suprema de la biología.....La muerte en sí misma tiene un carácter intemporal y metafísico, pero deja siempre un cadáver actual y real.”

Tradicionalmente se han tomado en cuenta dos signos físicos: paro respiratorio y cardíaco. Hoy se cuestionan estos criterios, pues con el advenimiento de la reanimación, se puede volver a la vida a personas que presentan esos 2 signos. En 1966, la Academia de Medicina determinó un nuevo criterio: el electroencefalograma plano, sin reactividad detectable durante 24 a 48 horas; esto atestigua, en el estado actual de nuestros conocimientos, que la persona está muerta, aunque se mantenga artificialmente su vida vegetativa.

Louis Vincent Thomas⁵ se pregunta si la muerte no es más que el precio del cambio versus degradación, de una especie o de un individuo vivo, definiendo su evolución como: nacimiento – desarrollo – estancamiento – decrepitud – muerte.

Este autor considera que si el sistema nervioso se destruye, a pesar de la permanencia de ciertos signos de vida, el organismo no puede considerarse vivo. En este caso, prolongar la vida no es otra cosa que prolongar la agonía.

En realidad la muerte no es un momento sino un proceso que se prolonga en el tiempo, ocurriendo primero **la muerte funcional**, que se propaga a todos los órganos. En la actualidad los sistemas de reanimación, pueden prolongar

este proceso. Resulta entonces que, entre la vida y la muerte suceden varias fases descritas por Thomas, **la muerte aparente**, en la que sucede un paro respiratorio con disminución progresiva de la frecuencia cardíaca; **la muerte relativa**, con paro circulatorio franco y finalmente **la muerte absoluta**, donde las alteraciones tienen un efecto acumulativo e irreversible. Posteriormente empieza la tanatomorfosis.

Cuando hablamos de muerte sólo podemos referirnos a un conjunto de signos, no existe un signo patognomónico específico. Clínicamente hay paro cardíaco, inconciencia, arreflexia, hipotermia progresiva, apnea de más de 20 segundos, midriasis bilateral, ausencia de respuesta a los cardioestimuladores; el electroencefalograma es plano ante cualquier estímulo, en registros durante varios minutos repetidos durante 24 a 48 horas.

Se reconocen **signos precoces**, inmediatos al deceso, **signos semitardíos**, algunas horas después del mismo y **signos tardíos** en relación con la descomposición.

Los signos precoces indican la pérdida de las funciones cerebrales, con desaparición de la conciencia, motilidad y sensibilidad. En los signos semitardíos, hay pérdida de las funciones vitales, con enfriamiento del cuerpo, más acelerado en niños, así como deshidratación, con aparición de livedo reticularis.

⁵ Thomas L.V. "Antropología de la muerte". 1993

La rigidez cadavérica que sigue al relajamiento muscular, aparece algunos minutos u horas después de la muerte, empezando por la cara, la nuca, tronco y extremidades; posteriormente desaparece en el mismo orden 36 a 48 horas después. Las livideces cadavéricas se manifiestan a partir de la 5 hora. Finalmente, empiezan los signos oculares, la córnea se apaga, se enturbia, la midriasis del joven contrasta con la inmovilidad del iris del viejo.

Es necesario detenernos sobre la noción de coma que es un estado de falta de respuesta psicológica sin fenómeno de despertar. Los sujetos en coma no muestran respuestas psicológicas comprensibles, a estímulos externos o a necesidades internas. No hablan ni localizan estímulos. Es posible que los aspectos psicológicos del coma tengan grados de profundidad, pero difícilmente pueden estimarse, ya que la persona no responde al ambiente; este estado denota una disfunción cerebral grave, difusa o multifocal. Existen varios niveles de coma, desde un coma superficial hasta un coma profundo irreversible.

Es mucho más difícil predecir lo que sucederá con las personas con daño cerebral intenso que hacer el diagnóstico usual directo de muerte cerebral.

La muerte cerebral es un estado biológico aislado, con un futuro inequívoco, en tanto que el daño cerebral y su pronóstico son difíciles de predecir.

Existen grados de recuperación del coma ya descritos por Thomas:

- Buena recuperación: personas que recuperan la capacidad de llevar una vida normal o la vida que anteriormente llevaba.

- Incapacidad moderada: logran la independencia en el vivir diario, pero conservan limitaciones físicas o mentales, sin volver a ser lo que eran.
- Incapacidad intensa: permanecen al menos con una función cognoscitiva, pero dependen de otros para su mantenimiento diario.
- Estado vegetativo: personas que despiertan pero que no dan signos de alerta cognoscitiva.
- Sin recuperación: aquellos que permanecen en coma hasta la muerte.

Junto a la muerte aparente que oculta la realidad de la vida, existe la muerte verdadera simulando la vida, como en el trauma cráneo-encefálico severo o un tumor, en los cuales puede haber apnea permanente, siendo sostenidos solo por el ventilador; la persona está inerte, sin reacción motora y con un cerebro en fase de licuefacción.

Existen así dos clases de muerte aparente: en la primera la persona vuelve a la vida, aunque en realidad no estaba muerta (coma o catatonía). En la segunda, hay una muerte irreversible, pero presenta una apariencia de vida.

Podemos concluir que es necesario tener claridad sobre lo que es muerte orgánica. En el estado actual de nuestro conocimiento, debemos asumir que el niño está muerto cuando hay un electroencefalograma plano, es decir sin actividad eléctrica cerebral, en ausencia de drogas que puedan crear igual efecto, y que esto dure al menos 48 a 72 horas; existen también signos clínicos cerebrales de ausencia de actividad (ciertos reflejos ausentes).

Generalmente al haber muerte cerebral, el organismo se va debilitando lentamente hasta que existe disfunción orgánica múltiple. Esto puede suceder en minutos o días de acuerdo con la patología de base, la edad y el estado de

nutrición precedente a la muerte. Como el proceso puede durar varios días el sufrimiento familiar y del personal que atiende a los niños es más prolongado y los costos en la UCIP son mayores y sin sentido.

Es por ello que se han creado diferentes corrientes de pensamiento en cuanto a qué hacer, leyes existentes y de aceptación de donación de órganos con el fin de salvar otras vidas.

En Colombia legalmente al instante en que escribimos, no existe una ley que permita al médico después de diagnosticar la muerte cerebral, desconectar el individuo de los aparatos que prolongan “la vida” innecesariamente. Poco a poco empieza a crearse la cultura de la donación de órganos, pues hay gran reticencia por parte de los familiares.

2. 1. 2 El cambio de la muerte a través de la historia. La muerte siempre ha sido la eterna acompañante de la historia. Las actitudes ante la misma han variado según las culturas y su desarrollo, pero siempre ha sido tenida en cuenta.

De acuerdo con los etnólogos, en los grupos humanos poco evolucionados, la muerte no es para la mentalidad de los primitivos una ruptura irreparable que separa para siempre al individuo del mundo de los vivos, porque su cuerpo vuelve a la tierra mientras el alma subsiste sola, espiritual e inmortal. El hombre primitivo creía que al cesar las funciones vitales, un ser o un principio que aseguraba la vida salía del cuerpo; este principio era místico, a la vez espiritual y material. Cuando uno de los miembros importantes cesaba de vivir, era el grupo el que empezaba a morir. Para estas culturas llamadas arcaicas el ser vivo verdadero es el grupo y los individuos sólo existen por él y para él.

La arqueología ha demostrado que desde la época prehistórica existían los rituales para enterrar a los muertos, los ornamentos encontrados en las tumbas hacen pensar que había la creencia de otra vida. Así mismo, todas las religiones han abordado la muerte, considerándola como parte del recorrido de la vida. En cierta forma se podría decir que la religión existe para dar respuesta a las preguntas del hombre sobre su origen, la razón de su existencia y su fin posterior.

En mesopotamia, se creía que todos los muertos eran condenados a vivir en un mundo subterráneo, oscuro y miserable. En Egipto, existía la creencia de un

juicio divino después de la muerte, con destinos diferentes de acuerdo a la vida llevada. En estas dos culturas la muerte era temida.

Los griegos tenían diferentes posiciones ante la muerte, Platón, creía que la verdadera vida era el espíritu indestructible, que sin embargo, estaba encadenado a la materia. La muerte no era entonces más que la liberación lograda por el espíritu. Así, en la muerte el hombre no perdía nada, ni experimentaba ninguna ruptura, sino que más bien recuperaba su ser puro, libre de la contaminación del cuerpo, del espacio y del tiempo. Aristóteles concebía al hombre como una unidad inseparable del alma y del cuerpo. La muerte era, según él, la separación de los dos elementos del hombre y por consiguiente la destrucción del hombre mismo.

Desde el punto de vista religioso, el cristianismo desarrolló por completo la idea del juicio divino, con condenación o salvación, sigue persistiendo la idea de la inmortalidad y de la vida después de la muerte, pero el miedo a la misma varía de acuerdo al énfasis teológico. El Islamismo analiza el destino del hombre en la posteridad, con su juicio final, y sus recompensas y castigos, el jardín hermoso, lo sano del paraíso y los horrores de la muerte. El Judaísmo espera una vida futura, pero su práctica no es tanto preparar al hombre para otro mundo, sino guiarle en éste; como sólo hay un Dios, sólo hay una vida que debe ser vivida plenamente.⁶

El Budismo y el Hinduismo, enseñan que el ser humano sufre una serie de reencarnaciones que son potencialmente ilimitadas. Entre dichas

reencarnaciones el individuo va a un lugar de recompensa o retribución, dependiendo de sus acciones o Karma en la vida anterior. Para el Budismo, el objetivo final es escapar al ciclo interminable de repetidas reencarnaciones, logrando el Nirvana que es un estado de desprendimiento estático e indescriptible de Paz.⁷

Philippe Ariès⁸, explica cómo la percepción de la muerte en Occidente ha cambiado durante los tiempos. Del siglo VI al XII los difuntos morían en el seno familiar y el hombre era en cierta forma el maestro de su muerte, siendo ésta interpretada como una continuidad del ser y no como una interrupción. Del siglo XII hasta el siglo XV predomina el amor visceral por las cosas y el sentido de la biografía, por lo cual la muerte es percibida como la pérdida del yo. A partir del siglo XVI el difunto fascina pero el cementerio abandona el centro de la ciudad, de tal forma que la muerte se siente a la vez próxima y lejana. Existe un rechazo de la muerte del otro a través de ruidosos duelos y un cierto "culto de cementerio" característico en el siglo XIX.

Hoy la muerte es "inversée" (invertida), generalizándose un rechazo del duelo y de los difuntos. El hombre no es ya el maestro de su muerte si no que se la encomienda a los profesionales. El resultado es la negación de la muerte.

"Siendo la muerte aquello radicalmente opuesto a la vida, es lógico que

⁶ Hutchilson, s.f. citado por Morin E. "EL hombre y la muerte". 1994.

⁷ Stump, K. La historia de la religión en China. En Revista Latinoamericana La pura verdad 1980, p. 23.

⁸ Ariès Philippe. *Western attitudes toward death the Middle Ages to the present*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1974

angustie y obsesione, generando una actitud de rechazo y negación”.⁹ La negación se presenta bajo múltiples formas en relación con diversas circunstancias biológicas, psicológicas y sociales que rodean al ser humano cuando se enfrenta a la muerte. El ser humano aprende desde temprana edad pautas sociales de conducta que le llevan a aceptar o rechazar algo y una de las más importantes es la negación de la muerte como parte de la vida.

El niño adquiere la pauta dominante de la familia; se le impide entrar en contacto con hechos relacionados con la muerte como en el caso de fallecimiento de familiares. Cuanto más se hace para posponer la muerte, tanto más se la niega. Por esto en las sociedades con una tecnología médica más avanzada la negación de la muerte es mayor.

“Presenciamos la medicalización de la muerte, ella es considerada más bien una enfermedad que se debe curar y no un paso más en la evolución del ser humano. El equipo y las técnicas que permiten evadir y prolongar la muerte, también pueden despersonalizarla y convertirla en algo muy doloroso y sin significado”.¹⁰

En el siglo XX, el hombre empieza a redescubrir la muerte, como lo demuestran la psicología, la sociología y la literatura que se han permitido el hablar de la muerte; así el hombre moderno ha venido cambiando lentamente sus actitudes ante la misma tratando de recobrar el derecho a morir, a no ser privado del momento de su muerte.

⁹ Ramos F. Sánchez-Caro, Jm. Y Sánchez-Caro, J. La muerte, realidad y misterio. Madrid: Salvat, 1986. Colección Temas Clave, N| 92. P.100.

¹⁰ Ibid., p. 110.

La Dra. Elisabeth Kübler-Ross¹¹. Médica, Psiquiatra Tanatóloga de origen suizo, es una de esas científicas que ha dedicado su vida al estudio de la muerte y la vida después de la muerte.

Utilizando la entrevista como herramienta clínica, describe ciertas respuestas emocionales en forma de etapas en los pacientes que van a morir:

- Reacción inicial de choque e incredulidad: "No puede ser lo que está ocurriendo".
- Negación como mecanismo de defensa útil, para permitir a la psiquis asimilar la realidad progresivamente y no súbitamente: "Quizás esto sea sólo un error en el diagnóstico".
- Rabia e irritabilidad, posterior a la negación: ¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora?
- Negociación, el paciente negocia con Dios, con la vida, con el médico, su curación o al menos la prolongación de su vida, a cambio de promesas, buenas obras y sacrificios.
- Tristeza y depresión, cuando es claro que la negociación no da resultado.
- Aceptación pacífica de la muerte cercana como un fin alcanzable. Hallazgo que es según la autora muy importante, pues allí la persona resuelve sus "asuntos pendientes" recuperando así su paz interior.

En cuanto a los sentimientos que se producen en los sobrevivientes, Freud en su artículo "Duelo y melancolía"¹² habla del duelo como la "reacción ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la

¹¹ Kübler-Ross E.: La muerte un amanecer. Luciérnaga, 1989.

¹² Freud, S. "Duelo y melancolía" Obras Completas. Madrid Biblioteca Nueva, 1981 p. 2091.

libertad, el ideal, etc". Este se caracteriza como un doloroso estado de ánimo, cesación del interés por el mundo exterior - en cuanto no recuerda a la persona fallecida - la pérdida de la capacidad para elegir un nuevo objeto de amor - lo que equivaldría a sustituir al desaparecido - y el apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido."

Hay entonces en el doliente una inhibición del yo que está entregado por completo al trabajo del duelo y que le cierra el interés para cualquier otra labor. La labor del duelo implica que ante el examen de la realidad que evidencia que el objeto amado ya no existe, la libido puesta allí debe abandonar todas las ligaduras con él. Esta exigencia choca con una oposición natural que es la dificultad del hombre para abandonar una ubicación de la libido aunque ya tenga un sustituto para el objeto. Freud dice: "lo normal es que el respeto de la realidad obtenga la victoria. Pero su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente, y solo es realizado de un modo paulatino, con un gran gasto de tiempo y energía de carga, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto perdido. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto, es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido"¹³. El trabajo del duelo lleva en consecuencia un trabajo doloroso, que implica un cambio de conducta y que requiere un periodo en el cual se retira la libido de todo lo que esté en relación con el objeto perdido.

El duelo es una necesidad milenaria en el hombre, que ha variado en sus formas de expresión en las diferentes culturas, pero que apoyado siempre en los ritos, conserva una misma función para el doliente. Thomas define los ritos

funerarios como “ los comportamientos variados que reflejan los afectos más profundos y supuestamente guían al difunto en su destino post mortem, tienen como objetivo fundamental superar la angustia de muerte de los sobrevivientes”.¹⁴ Este autor plantea que los rituales tienen una doble finalidad una manifiesta y otra latente. En forma manifiesta y según las diferentes culturas se busca asignar un lugar y una función determinada al muerto, en la continuación de la vida ultraterrena. En el discurso latente, el efecto del ritual tiene como fin aquellos que sobreviven: “Su función fundamental, tal vez inconfesada, es la de curar y prevenir, función que por otra parte presenta múltiples aspectos: aliviar el sentimiento de culpa, tranquilizar, consolar, revitalizar”¹⁵

Díaz dice: “Así los rituales permiten al doliente realizar una prueba de realidad que ayuda a la aceptación de la pérdida del otro y la despedida”¹⁶, además facilita la manifestación del dolor, que es parte del proceso de elaboración. Esta autora afirma que el rito funerario posee en su realización una eficacia simbólica que facilita el desenlace del conflicto psíquico que la pérdida ocasiona.

Bruno Bettelheim en su texto “ Los niños del Holocausto”¹⁷, donde trata el duelo de los pequeños que fueron salvados del exterminio gracias a unas familias que los adoptaron, cuenta como al no poder admitir la muerte de los padres,

¹³ Freud, S. “Duelo y melancolía” Obras Completas. Madrid Biblioteca Nueva, 1981 p. 2091.

¹⁴ Thomas, Louis V. “La muerte. Una lectura Cultural” Barcelona: Piados, 1991 p 115.

¹⁵ Ibid, p 115.

¹⁶ Díaz Victoria E. “Duelo sin rito” La Desaparición. Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia. 2000.

¹⁶ Bettelheim, Bruno. “Los niños del Holocausto” En El peso de una vida. Barcelona: Crítica, 1991.

¹⁷ Ibid, p.120

debido a la ausencia del ritual y el posterior duelo, los niños siguieron manteniendo la esperanza de vida de los padres y por consiguiente el dolor. “Después de semejante pérdida, para poder afrontarse a la vida, uno debe llorar la pérdida. El duelo, como Freud ha demostrado, es un proceso psicológico complejo, pero del todo necesario para superar la depresión en la cual nos ha sumido la pérdida. El duelo requiere que durante algún tiempo uno se concentre con sinceridad en las tareas, dedicándole todas las energías psíquicas durante días o meses. La ceremonia del funeral ayuda y también las diversas costumbres que hemos creado para afrontar la muerte del ser querido... Las costumbres permiten al que está de luto aceptar la pérdida, al menos hasta cierto punto, y regresar despacio a la vida a pesar de la depresión causada por la pérdida.”¹⁸ La ausencia del ritual parece que priva al sujeto de la libido que la realidad demanda para ser vivida.

La supresión de las manifestaciones que conducen al duelo dice Thomas “conduce a una tensión insoportable que multiplica las depresiones entre aquellos que han sido tocados por la muerte del ser querido, reprimiéndose toda posibilidad de una expresión liberadora del sufrimiento”¹⁹.

Philippe Ariés²⁰, historiador dedicado a la relación del hombre con la muerte y el duelo, se pregunta si gran parte de la patología social contemporánea, no tendrá su origen en la dificultad para elaborar el duelo, generada por la prohibición que la sociedad moderna ha hecho del ritual.

¹⁸ Ibid, p 194.

¹⁹ Thomas Louis V. Op. cit, p. 416.

²⁰ Ariés, Ph. “Western attitudes toward death the Middle Ages to the present”. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1974.

Freud se ocupa a lo largo de su obra del problema de la culpa inconsciente como sentimiento referido al deseo de muerte del padre. Para dicho autor “ la conciencia moral es consecuencia de la renuncia de lo pulsional”²¹ y esta renuncia debido a un agente externo, origina la sensación de culpa. Para el psicoanálisis no hay sujeto sin culpa. Esta proposición se deduce de la queja que emiten los sujetos que se sienten acosados por culpas que no conllevan falta objetiva.

²¹ Freud, S. “El Malestar en la Cultura” Obras Completas. Tomo XXI, Editorial Amorrortu, Buenos Aires. 1979. p. 180

2. 1. 3 La muerte y el sentido de la vida, la vida después de la muerte:

creencias diversas. El ser humano durante toda su existencia se plantea cuál es el sentido de su vida tratando de contestar constantemente a este interrogante con los propósitos y logros que realiza. Inevitablemente se encuentra siempre enfrentado consigo mismo y al tratar de encontrar el sentido a su existencia se enfrenta a la muerte y a más allá de la muerte. ¿Existe una vida después de la muerte? se pregunta tratando de encontrar una certeza.

La creencia en la vida después de la muerte no tiene tiempo; ha existido desde los primeros seres humanos como lo demuestra la arqueología, al descubrir que los cuerpos de los muertos eran pintados ceremoniosamente.

Como afirma Markusen²² el estudio de las principales religiones del mundo muestra que el concepto de vida después de la muerte está en prácticamente todas. Este autor se basa en una reseña del libro “The Judgement of the Dead” de S.G.F. Brandon, sobre las creencias en la existencia después de la muerte, el cual se distinguen, tres modelos generales de creencias. El primero, que estudia los antiguos mesopotamios, los primeros judíos y los griegos en la época de Homero, representan la otra vida como un subterráneo horrendo donde iban todos los seres humanos. El segundo modelo, donde se encuentran los egipcios antiguos, judíos más tardíos, cristianos y musulmanes, la creencia en el juicio final existe, para obligar a seguir un dogma predeterminado. El tercer modelo de creencia, budismo e hinduismo, cree en las reencarnaciones, potencialmente ilimitadas; en estas el karma es el que determina el destino

²² Markusen Eric Las visiones religiosas de la vida ulterior, en Una antología La muerte y el Morir, desafío y cambio. Fondo educativo interamericano.1981.

después de la muerte. A pesar de las diferentes ideas sobre el destino del ser humano, Brandon encuentra muchas similitudes en el juicio del alma después de la muerte y las representaciones del cielo y el infierno.

Por su parte la ciencia ha tratado de encontrar explicaciones al más allá y al sentido de la vida y de la muerte. Louis Vincent Thomas²³, desde una perspectiva transcultural, en sus estudios de campo, en los cuales compara la visión que tienen de la muerte algunos pueblos africanos y la sociedad occidental, toma en cuenta cinco factores principales: La actitud ante la vida como predictor de la actitud ante la muerte el cual es el segundo factor; “la actitud hacia el moribundo; hacia el difunto y sus sobrevivientes; la existencia o no de una preparación o enseñanza frente a la muerte”.

Este autor concluye que la civilización negro-africana promueve la vida, bajo todos sus componentes: biológico, espiritual, sexual etc., con un gran respeto al cuerpo, simbolizado en el ritmo como lenguaje del cuerpo. Aceptan la muerte considerándola de gran trascendencia, integrándola como elemento del ciclo vital.

En cuanto al moribundo su actitud es maternal y de seguridad, generalmente el grupo se hace cargo. Dan gran importancia al duelo y sus ritos. Hay una omnipresencia de los muertos, con prestigio de los ancestros y reencarnaciones ocasionales. Enseñan desde pequeños la aceptación de la muerte.

²³Thomas L.V. “ Antropología de la muerte”. 1993.

En la civilización occidental: el autor refiere un desprecio a la vida, la denomina sociedad mortífera “mata o deja morir”. No hay claridad en cuanto a la significación del cuerpo. “Ante la muerte se refleja angustia reprimida y negación. Acepta con dolor la muerte ontológica y prefiere reconocerla como accidente y no como parte del ciclo vital”.²⁴

En cuanto al moribundo, se muere solo, generalmente en el hospital, sin acompañamiento de la familia y muy poco por parte del personal de la salud. Generalmente el duelo se evade, se niega o se realiza incorrectamente. La muerte es rechazada y no se enseña, al contrario se excluye como si no existiera.

Para Freud²⁵, desde el momento en que nacemos hasta el momento en que morimos, Eros y Tanatos, las fuerzas de la vida y la muerte, están en continua lucha y es esta lucha eterna entre las pulsiones de vida y de muerte la que hace posible nuestro desarrollo interior. El ser humano durante su existencia tiene cierto temor a la muerte, y en muchos casos ese temor se convierte en obsesión.

Fromm²⁶ (1984), resume tal temor en preguntas como: “¿Qué sucede con el temor de perder la vida con el miedo a morir? ¿Cómo sienten este temor los viejos y los enfermos? ¿Todo el mundo teme a la muerte? El hecho de que forzosamente debamos morir, invade toda nuestra vida? El temor a morir, se hace más intenso y consciente cuando nos acercamos al límite de la vida,

²⁴ Thomas L.V. “Antropología de la muerte”. Fondo de cultura económica. México, 1993. P. 109.

²⁵ Freud, S. Lo siniestro. En Obras completas. Tomo III. Madrid: Biblioteca nueva, 1981.

cuando somos viejos o estamos enfermos?”.

Thielicke²⁷, citando a Kolakowisk, distingue entre el miedo ante la "muerte concreta" y la angustia ante la "muerte abstracta". El miedo ante la muerte concreta es natural en el sentido pleno de la palabra. En él se trata de un "sistema intuitivo de orientación" que también actúa en el mundo de los animales y que sirve de protección contra el peligro. Hasta aquí no se trata de nada particularmente humano. Particular del hombre es la angustia ante la muerte abstracta, pues esta especie de angustia está relacionada con "una rebelión contra lo inevitable que la naturaleza desconoce". La angustia ante la muerte abstracta no es otra cosa que "el miedo del individuo a perder la conciencia de sí mismo”.

Heywood R.²⁸, prominente autoridad en los estudios paranormales, analiza las implicaciones de la evidencia que se ha acumulado sobre la existencia de los fenómenos paranormales y su relación con el concepto de la supervivencia del espíritu después de la muerte. Finalmente ella se pregunta cuál debe ser la actitud racional hacia las personas que tienen experiencias con el más allá, respondiendo honestamente, que el único lugar en que su raciocinio puede sentirse bien, es mirando los toros desde la barrera, alentando desde allí científicos reconocidos que han pensado que vale la pena estudiar durante muchos años la evidencia sobre la supervivencia. Al parecer la ciencia no ha podido dar respuesta a la pregunta de la supervivencia y por el momento sería necesario un acto de fe. Por un lado, se puede creer, pero no probar que los

²⁶ Fromm, E. Tener o ser. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

²⁷ Thielicke, H. Vivir con la muerte. España. 1984.

²⁸ Heywood R. "La muerte y la investigación psíquica", en Fulton R. Markusen E.: "Una Antología La muerte y el Morir, desafío y cambio. 1981.

científicos ya conozcan lo suficiente para afirmar que es imposible; por otro lado podemos creer, pero no probar, que ciertos fenómenos demuestren que la supervivencia existe.

La Dra. Kübler Ross²⁹ investigando los fenómenos relacionados con la vida después de la muerte, en los primeros años de la década de los setenta, en compañía de uno de sus colaboradores llamado Mwalimu, entrevistaron a 20.000 personas de edades comprendidas entre los 2 y los 99 años, de culturas diversas: musulmanes, cristianos, esquimales, protestantes, todas con un mismo perfil: habían tenido experiencias de muerte y estaban vivos.

Ella concluye que en la muerte no hay dolor, miedo, ansiedad o pena y determina varias fases distintas:

- Primera Fase: Las personas salían flotando de sus cuerpos. Ya fuera que hubieran muerto en la mesa del quirófano, en accidente de coche o por suicidio, todas dicen haber estado conscientes del escenario donde estaban sus cuerpos; oían las conversaciones, veían los esfuerzos del equipo de rescate, el número de médicos que las reanimaban, etc.

En esta primera fase experimentan la salud total; por ejemplo el ciego puede ver, el paralítico puede moverse.

- Segunda Fase: Después de salir de sus cuerpos las personas describen un estado dicho de “espíritu y energía”. Dicen que pueden viajar a la velocidad

²⁹ KÜBLER-ROSS E.: “La muerte un amanecer”. Luciérnaga, 1989.

del pensamiento y ver sus seres queridos aunque estén al otro lado del mundo. Refieren ser acompañados por lo que llaman sus ángeles guardianes o sus compañeros de juego para los niños.

- Tercera fase: Guiadas por estos seres, entran en un túnel o una puerta de paso, algo que les resulta muy agradable, viendo al final una luz brillante que irradia una agradable calor y energía intensa. Allí sentían paz, tranquilidad y expectación de llegar por fin a casa, envueltos por una sensación de amor.
- Cuarta Fase: Según los entrevistados, se encuentran en presencia de la Fuente Suprema, algunos hablan de Dios, otros del conocimiento total, sin juicios, solamente amoroso. Experimentaban la unicidad, la totalidad, la integración de la existencia.

En este estado la persona hace una revisión de su vida.

Podríamos en cierta forma concluir que la humanidad experimenta la necesidad de dar un significado tanto a su vida como a su muerte y que, en general, necesita creer en la vida después de la muerte.

Existen tres formas de abordar este problema: acudiendo a la religión, que demanda un acto de fe y que proporciona al hombre la seguridad de vivir para “algo”, de entender la muerte como un paso y de tener la esperanza de la inmortalidad.

Existe el otro extremo, el materialista, que sólo cree en esta vida y que piensa que no hay nada más después de la muerte.

En el medio está la ciencia, que tiene dos componentes: el primero, compuesto por aquellos que todo deben comprobarlo mediante el método empírico-analítico, que por el momento no ha podido comprobar la existencia de otra vida. El segundo componente, que es también científico, pues sus seguidores todos tienen una base empírico-analítica inicial, es aquel que utiliza los instrumentos de las ciencias naturales y que “abriéndose a la escucha” de personas que por medio de la entrevista han declarado sus vivencias más allá de la muerte, luego de ser recuperados después de haber muerto. Estos “científicos naturales”, son aquellos que se han atrevido en las últimas décadas a investigar sobre la muerte y después de la muerte, tratando de buscar la respuesta que nos proporcione una respuesta sobre estos tópicos.

¿Cuál de estas corrientes posee la verdad? Es aún un misterio a resolver para la humanidad. Lo que sí es cierto es que para afrontar la muerte hay que tomar una posición ideológica, que permita aclarar los miedos y afrontar la muerte con más seguridad.

2.1. 4 La muerte y los niños. El concepto de muerte se desarrolla y se transforma continuamente durante toda la vida del ser humano; pudiendo cambiar radicalmente, de acuerdo a su vivencia personal y a la cultura que acepte como suya o en la que esté inmerso.

El niño debe poder conocer el concepto de muerte para lograr un desarrollo normal, puesto que a lo largo de su existencia, de alguna manera tendrá que enfrentarse con ella. Los niños como los adultos, deben encarar la realidad de la muerte, como concepto, como pérdida de un ser querido y como realidad personal, afirma Fulton³⁰. “El niño menor de tres años, no puede distinguir entre una separación corta y la muerte; es el miedo a quedarse solo aquello que lo inquieta”.³¹ Entre los cuatro y los siete años, el interés y la preocupación del niño por la muerte se desenvuelve sobre todo en el plano físico. A través de preguntas, trata de encontrar la diferencia entre estar vivo y estar muerto. Entre los ocho y los once años el desarrollo intelectual ha progresado mucho y las nociones de espacio-tiempo tienen ahora un significado más preciso; la muerte es reconocida como inevitable e ineludible. En este sentido se puede decir que la muerte tiene en esta edad un interés más social para el niño, tanto por el hecho en sí como por las consecuencias que acarrea, según opina Ramos.³²

³⁰ Fulton, R. Markusen, E. Owen, G. Scheiber, J. La Muerte y el morir. Desafío y cambio. Fondo Educativo Interamericano. 1981 p. 135.

³¹ Jackson, E. Cuándo hablar sobre la muerte en Fulton, R. Markusen, E. Owen, G. Scheiber, J. La Muerte y el morir. Desafío y cambio. P 115. Fondo Educativo Interamericano. 1981

³² Ramos, F. Sánchez-Caro, JM. y Sánchez-Caro, J. La muerte, realidad y misterio. Madrid: Salvat, 1986. Colección Temas Clave, N° 92.

Grollman³³ habla de la aceptación de la muerte como parte de la vida depende de cómo el medio familiar y social responde al niño cuando se enfrenta a la muerte. La muerte no debe ser tabú para el niño, deben contestarse sus preguntas al respecto con naturalidad y se le debe permitir hacer el duelo, manifestando sus fantasías y temores. Las respuestas deben ser adecuadas a las preguntas formuladas por él, así como a su desarrollo, sus sentimientos y reacciones, como la negación, el malestar corporal, la hostilidad hacia el familiar muerto y hacia los demás, la necesidad de un sustituto o de copiar las maneras del difunto, de idealizarlo, de sentir ansiedad, pánico y culpabilidad.

La forma de actuar de los adultos frente a la muerte determina lo que enseñan a los niños. Las experiencias y comportamientos sociales relacionados con la muerte van a determinar la actitud del sujeto, a través de los procesos de imitación e identificación con los valores culturales.

³³ Grollman, E. Cómo experimentan los niños aflicción de La muerte y los niños, de FULTON, R. MARKUSEN, E. OWEN, G. SCHEIBER, J. La Muerte y el morir. Desafío y cambio. Fondo Educativo Interamericano. 1981

2.2 ACTITUDES

Las sociedades en su desarrollo económico con un aumento en la calidad de vida de muchas poblaciones o países, cambian las actitudes ante la muerte y las formas de morir.

El ser humano se encuentra en un remolino de creencias religiosas, sociales, familiares, económicas, además de su historia personal con respecto a afrontar la muerte, que hace que tome ciertas actitudes según el contexto.

Las actitudes ante la muerte se van formando a partir de ideas religiosas y de los cambios y condiciones físicas del contexto.

Las instituciones sociales y económicas son importantes en la formación de actitudes hacia la muerte. La familia, la religión, la comunidad, la tecnología, la globalización, han alterado las actitudes ante la muerte y las formas de morir.

Si bien cada individuo, aun el que muere frente a otros, se enfrenta solo a su trance, la muerte puede definirse en cierta medida como un hecho social. Por la vía de la historia, de la tradición, del recuerdo, la sociedad está constituida por más muertos que vivientes. La muerte se convierte antes que nada en una realidad sociocultural; ella despierta en el plano de la conciencia individual y grupal, conjuntos complejos de representaciones, fantasías colectivas, sistemas de creencias y valores, provocando comportamientos de las masas o de los individuos, actitudes y conductas codificadas según la sociedad.

La tipología de las formas del morir o de los difuntos, la significación del deceso, de los ritos funerarios, el tratamiento de los cadáveres y

posteriormente de la osamenta, las conductas de aflicción y de duelo, el nacimiento del espíritu religioso, la creación de las profesiones de la muerte (fabricantes de ataúdes, sepultureros, funerarias), constituyen hechos socioculturales que enriquecen la antropología.

Los muertos, víctimas primeras de la muerte, suscitan en los sobrevivientes un juego de actitudes o comportamientos complejos y que se originan en el inconsciente. Su ambivalencia frecuente no aparece sólo a nivel de las manifestaciones sino también en el de sus motivaciones manifiestas y ocultas. El cadáver impulsa al hombre a conductas ambivalentes: repugnancia o respeto, deseo de conservarlo entero o necesidad de mutilarlo, cuidados minuciosos de que se le rodea o abandono sistemático.

Parece que el horror que inspira el cadáver es universal. Ya sea una característica de la naturaleza (los cadáveres se pudren, es una ley universal), o un castigo de los dioses (es el pecado que provoca la muerte), el resultado es el mismo: el cadáver horroriza. Para el africano, la descomposición se convierte imaginariamente en el signo de impureza. Por otra parte el cadáver más repugnante no es el que está más avanzado en tanatomorfosis, sino más bien el que resulta de una mala muerte (ahogamiento, fulminación), y el más peligroso es aquel a quien no se le han rendido todos los homenajes que merecía, quien según las creencias no deja de perseguir a los vivientes de su familia y de su poblado.

En cuanto a las conductas hacia el cadáver, siempre se han realizado, "el entierro entre los hombres de Neanderthal es prácticamente seguro, pero está mal demostrado por los hallazgos arqueológicos."³⁴

El acicalamiento de los muertos es practicado casi universalmente. Así los musulmanes realizan tres operaciones fundamentales: el ghusl o embellecimiento, el Kafn o colocación en la mortaja, y el tahnit o embalsamamiento, hecho a menudo por mujeres(asociación simbólica con el acicalamiento del recién nacido).

Luego existen las actitudes hacia la descomposición, que suele ser fuente de horror y que generó múltiples ritos de separación (interdicción con respecto a los despojos, destrucción de los objetos del difunto, tabú de nombres.) A veces se trata de suprimir la descomposición con la cremación de cadáveres y la conservación de las cenizas. El destino del cadáver se encuentra ligado con el retorno a la madre tierra, que parece el más extendido en Africa y Occidente, ya sea en contacto directo con la tierra, en un ataúd o en una urna, solo o con armas y alimentos.

El cadáver interviene pues directamente en el rito, es por esto que si el cuerpo llega a faltar (desaparecido, muerto en el mar), no se deja de buscarle un sustituto. El cementerio forma parte de la cultura occidental, donde se visitan los muertos con frecuencia y se les llevan flores.

³⁴ Leroi A., Guorhan, "Les religions de la préhistoire". 1964.

En cuanto al comportamiento frente al que muere, hoy nos encontramos ante múltiples actitudes, hay muchas variantes según la época, el lugar, las condiciones de vida, las ideologías, los tipos de muerte, violenta, súbita, las relaciones que se tenían con el difunto, ser amado, sujeto odiado, y también el tipo de personalidad de los que están presentes junto al que va a morir. Además la gente no se comporta igual ante un niño, un adulto o un viejo, si se trata de un moribundo que sufre o que no sufre, que sabe que va a morir o que lo ignora.

La muerte de una persona amada produce reacciones ambivalentes, de esperanza y desesperanza, antes que la ignorancia se prefiere la certidumbre, aunque sea la del fallecimiento inevitable. “A veces se desea que la muerte llegue pronto tanto para alivio del que muere como de sí mismo; pero pocos momentos después se desea retardar ese episodio”.³⁵

A este propósito, Freud en su texto “De guerra y muerte”,³⁶ 1915, y específicamente en “Nuestra actitud hacia la muerte”, se ocupa del efecto psicológico que la muerte de personas queridas nos produce y nuestra identificación con el muerto, para luego mostrar cómo durante toda la historia universal se han realizado muchos asesinatos, siendo por tanto la deuda de sangre, el parricidio lo llama él, la deuda primordial de la humanidad.

Según este autor, frente al cadáver del ser amado nacieron entonces la doctrina del alma, la creencia en la inmortalidad, la conciencia de culpa, al igual

³⁵ Ariés ph. La vie et la mort chez les français d'aujourd'hui. En Antropología de la muerte. 1975. P. 165.

³⁶ Freud, S. Actuelles sur la guerre et la mort” Oeuvres Complètes Vol. XIII. Presses Universitaires de France 1988.

que los primeros preceptos éticos, entre ellos el “no matarás”, surgido como reacción frente a la satisfacción del odio. “Precisamente lo imperativo del mandamiento “No matarás” nos da la certeza de que somos el linaje de una serie interminable de generaciones de asesinos que llevan en la sangre el gusto de matar”³⁷.

Según Freud, existen varias salidas elaboradas por los diferentes sujetos: una primera opción puede ser la melancolía, caso extremo, que depende de una predisposición del sujeto a empobrecer su yo o su autoestima, sumiéndolo en profundo dolor. El sujeto sabe qué ha perdido, pero con esa pérdida, pierde también una parte de su propio yo. Otra de las opciones, es la esperanza eterna de la negación, idealizando el objeto, impidiendo someterlo a los “combates provocados por la ambivalencia, la fijación de la libido al objeto, desvalorizándolo, denigrándolo, en definitiva eliminándolo”. Sería una salida por el dolor.

En cuanto a la mirada de los trabajadores de la salud y del médico en especial, frente al moribundo, en un estudio realizado por el Dr. J Sarano, se definieron tres tipos de mirada del médico sobre la muerte: una mirada inauténtica, narcisista o paternalista (emotiva, optimista o llorosa); en segundo lugar una mirada objetiva, crítica, técnica, desmitificadora, eficaz; tercero una mirada de recuperación, una mirada postcrítica, si se quiere, que consagra una voluntad de comunicación, de comunión con el otro. Así se pasa de la subjetividad

³⁷ Freud, S. “Nuestra actitud hacia la muerte.” Tomo XIV. Amorrortu. P. 297.

primaria, curiosa, estética, paternalista, a la objetividad fría, impersonal y por último a la verdadera intersubjetividad, que se verifica por la respuesta del otro, por la eficacia al llamado. Esta última actitud supone de parte del médico, espíritu de devoción y de sacrificio, exige de él que vea en el moribundo no un cliente que aporta beneficios, sino un hombre a quien hay que salvar de la muerte, hay que enseñar a bien morir. Esto supone también que el médico no se vea desbordado por los imperativos de rentabilidad del hospital, que tenga a su disposición un personal devoto, capaz y numeroso.³⁸

El concepto de actitud ha sido estudiado desde diferentes tópicos y áreas del pensamiento. “ La actitud es descrita como un evento interno que se infiere porque la persona se da cuenta de ella o porque ocurren manifestaciones conductuales abiertas, como las palabras o las actuaciones del sujeto frente a ciertas personas, grupos, situaciones, objetos o ideas intangibles”.³⁹

Rodríguez⁴⁰ denomina la actitud social como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción-coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Se han encontrado tres componentes básicos que caracterizan las actitudes a saber: un elemento cognoscitivo (el objeto tal y como es conocido), que implica las creencias e

³⁸ Sarano J. “Trois regards du médecin sur la mort” en La mort, Lumiere et vie, XIII, mayo - junio 1964.

³⁹ Zimbardo, P. Ebbesen, E. , Maslach, C. Influencia sobre las actividades y modificación de conducta. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, 1982.

⁴⁰ Rodríguez, A. Psicología Social. México: Trillas, 1983.

imaginarios de una persona o conocimiento empírico del objeto. Un elemento afectivo (el objeto como blanco de un sentimiento en pro o en contra) y un elemento relativo a la conducta (la combinación de la cognición y el afecto) como instigadora de conductas dada determinada situación.

El mismo autor, resume las características psicológicas del concepto de actitud en los siguientes tres aspectos: la selectividad, donde el sujeto actúa eligiendo entre los aspectos del estímulo y solo reaccionará ante ese (o esos), haciendo caso omiso de los otros. La labilidad, cuando el sujeto las adopta no las conserva indefinidamente y puede cambiarlas. La especificidad, aunque en toda actitud hay una parte de generalidad, que se encuentra vinculada reacciones semejantes frente a objetos que no son iguales. La función integradora, implica la unidad de un fin y la organización de elementos en función de un conjunto. El aspecto dinámico o energético, existe cierta orientación activa hacia un objeto ausente, contribuyendo a provocar la presencia o existencia de ese objeto.

Hay factores de mayor relevancia en el proceso de formación de una actitud, entre los cuales se hallan los deseos personales, la pertenencia a grupos, el grado de información y la personalidad.⁴¹ Las actitudes se desarrollan en el proceso de la satisfacción de las necesidades. Estas pueden ser determinadas por la información que recibe a través de los medios de comunicación, la educación y la cultura.

Hay que considerar los diversos componentes de las actitudes para lograr comprenderlas. El componente afectivo se observa por medio de respuestas psicológicas o expresiones verbales de gusto y disgusto. El componente cognoscitivo por medio de la autoevaluación de creencias o por la cantidad de conocimientos que una persona tiene acerca del tema. El componente conductual se observa en forma directa: cómo la persona se comporta en situaciones específicas de estimulación.⁴² Evidenciar una actitud siempre exige el registro activo de las manifestaciones de conducta o las verbalizaciones, opiniones y afirmaciones acerca del comportamiento del sujeto.

Por cambio de actitud se entiende, una variación de una actitud existente, de positiva a negativa o de negativa a positiva (incongruente), o una disminución en la intensidad inicial de positividad o negatividad (congruente). Los factores más importantes del cambio son las características de la actitud preexistente, la personalidad, las creencias y pertenencias a determinados grupos. Una variación congruente será más fácil de inducir que otra incongruente. La facilidad con que las variaciones congruentes pueden ser logradas, en relación con las incongruentes, es función de la extremosidad, de la multiplicidad, de la coexistencia, de la interconexión, de la consonancia y de la capacidad de satisfacer una necesidad.⁴³

⁴¹ Krech, D. Crutchfield, R. y Ballachey, E. Psicología Social. Madrid: Biblioteca Nueva 1972 .

⁴² Zimbardo, P. Ebbesen, E. y Maslach, C. Influencia sobre las actividades y modificación de conducta. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, 1982.

⁴³ Krech, D. Crutchfield, R. y Ballachey, E. Psicología Social. Madrid: Biblioteca Nueva 1972.

Siempre que se habla de cambio de actitud es necesario tener en cuenta diferencias individuales. La modificabilidad de las actitudes depende, del nivel de inteligencia del sujeto. Algunos individuos se caracterizan por ser más permisivos al cambio de actitud que otros. Las necesidades y el estilo cognoscitivo de una persona influyen en su facilidad para aceptar un cambio. Las actitudes que poseen un soporte social muy intenso, a través de la afiliación a un grupo de un individuo, son difíciles de cambiar. Si una persona valora su pertenencia a un grupo tenderá a aferrarse a las actitudes mantenidas en dicho grupo, con la finalidad de mantener su estatus. Se puede lograr un cambio de actitud brindando una información adicional o variando la pertenencia del sujeto a los grupos; por una modificabilidad en la conducta frente al objetivo de la actitud.

Existen, cinco enfoques teóricos principales para explicar o guiar los procesos de cambio de actitud.⁴⁴

El primer enfoque de la Universidad de Yale se basa en los trabajos de Houland y colaboradores, quienes propenden por la importancia de cambiar el componente cognoscitivo que sirve de base a las creencias de la persona. Un proceso de comunicación persuasiva que brinde nueva información llevará al cambio de la actitud; la efectividad de la comunicación es de gran importancia.

El segundo enfoque se basa en las ideas de Kurt Lewin y sus aplicaciones en los procesos de grupo. Si el individuo presenta alguna discrepancia con la norma de grupo al cual pertenece entonces su actitud cambiará, a través de procesos de presión y comparación social.

⁴⁴ Zimbardo, P. Ebbesen, E. y Maslach, C. Influencia sobre las actividades y modificación de conducta. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, 1982.

Un tercer enfoque revisa el proceso de la “disonancia cognoscitiva” propuesto por Festinger: siempre que exista un desbalance, es necesario solucionar la disonancia cambiando la conducta o la actitud.

El cuarto enfoque: La teoría de la atribución, destaca la forma en que las personas generan razones para explicar las acciones propias o las de los demás. Se puede llegar a un cambio si las acciones son percibidas por ella como "bien intencionadas". Finalmente, el quinto enfoque o conductual, de la teoría del aprendizaje social se deriva una perspectiva que considera que dado que la actitud es el resultado de acciones influenciadas por el contexto, entonces según las consecuencias del comportamiento de las personas se podrá cambiar su conducta y sus actitudes.

2. 3. LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS

La hospitalización de un niño es una situación que produce estrés en la familia, especialmente en un niño gravemente enfermo, en el cual la posibilidad de muerte inminente es muy frecuente. Sea el comienzo de la enfermedad repentino o gradual la familia percibe una amenaza y los padres desarrollan un sentimiento de impotencia, desesperación y confusión.

Para comprender mejor las diferentes reacciones y sentimientos se analizarán por separado los padres, el niño y el personal de la salud.

2. 3. 1 Los padres. Aunque el estrés que experimenta cada familia es único para ella, debemos identificar varios factores relacionados con: el ambiente, la relación padres – niño y los factores externos.

2. 3. 1. 1 El ambiente. El ambiente en las unidades de cuidado intensivo, es una experiencia que genera un alto nivel de estrés. En general los padres nunca han tenido esta experiencia anteriormente, por lo tanto no están acostumbrados al aspecto y a los ruidos y diferentes instrumentos que allí se encuentran. Contemplar procedimientos que semejan agresiones puede ser desolador para unos padres ya asustados.

La conducta y los patrones de comunicación del equipo es otra área que requiere adaptación por parte de los padres. Es decir, los padres pueden percibir que se les está dando una explicación apresurada o que se les esquiva

por completo, cuando en realidad los profesionales están concentrando sus esfuerzos en los niños en estado crítico.

También pueden malinterpretar las bromas o risas del equipo como una indiferencia insensible, cuando de hecho puede significar la necesaria liberación de tensión que se precisa para trabajar en un ambiente tan pesado.

El aspecto del niño es otro aspecto difícil de aceptar así como el gran número y el cambio de las personas que lo atienden.

El único trabajo realizado en Manizales y relacionado con la UCI, fue hecho en la Universidad de Manizales, como tesis de grado: "Intervención psicológica en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), las psicólogas Paula Montoya Castaño y Diana Perea Vargas concluyen que los pacientes que ingresan a la UCI perciben este medio como hostil. Al encontrarse la persona acostada en la cama, con innumerables aparatos conectados, sus manos amarradas, surgen sentimientos de terror y angustia. Al pasar los días empieza a acostumbrarse a las personas que lo cuidan, generando una dependencia con algunas de ellas, debido al sentimiento de soledad y minusvalía. En general, atraviesan por sentimientos diversos y contradictorios, que van desde estados depresivos, y de angustia hasta estados esporádicos de bienestar. Con el pasar del tiempo la persona realiza una revisión de lo que ha sido su vida. Tienen una sensación de desnudez, tanto física como de su personalidad, se pierden los mecanismos de defensa y se siente débil como ser humano.

Finalmente recomiendan al equipo de salud que debe ser tolerante y comprensivo ante el ser humano enfermo, comunicativo y amable, explicándole lo más claramente posible su estado y dándole ánimo permanentemente.

Concluyen también en la necesidad de un psicólogo que sea el apoyo del paciente, de su familia y del personal de salud, que se ve enfrentado continuamente a la muerte y el duelo.

2. 3. 1. 2. Relación padres - niño. Esta relación se encuentra alterada, pues el niño experimenta cambios de comportamiento y emociones como confusión, rebelión, susto, enfado, depresión, etc. que generan en los padres sentimientos de frustración e impotencia. Al no poder cargarlos, consentirlos y acariciarlos como usualmente lo hacen, se produce una sensación de pérdida de ese rol paternal o un cuestionamiento sobre el mismo.

Miles y cols.⁴⁵ dirigieron un estudio en el que se identificaron las fuentes de estrés paternal en la UCI, así como las diferencias de percepción de estrés entre los padres. Aprendieron que los padres no diferían en forma significativa en su propensión al estrés, pero las madres tenían más dificultad para resolver los comportamientos de demanda y llanto, mientras que los padres reaccionan más a los quejidos y a la insensibilidad. En cuanto a los dos factores anteriores, los resultados indican que los padres experimentan más estrés por los aspectos de la relación padres- niño que por los aspectos ambientales.

2. 3. 1. 3 Factores estresantes externos. Es importante tener en cuenta otros aspectos externos como el traslado de los pueblos vecinos, con separación de los padres y de otros miembros de la familia.

⁴⁵ Wiest Devost L. Aspectos psicosociales de los cuidados intensivos en pediatría: Los padres. Jeffrey L. Blumer, Ph.D., M.D. : Guía práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría. 1990.

Se crean sentimientos de conflicto en relación con los otros niños pequeños que deben quedarse en casa y la distribución del tiempo entre unos y otros.

La carga financiera es otro enorme peso que los padres no manifiestan. Muchos padres pueden no conciliar el sueño o no comer por períodos prolongados.

2. 3. 1. 4. Reacciones paternas. La reacción de una familia a la crisis de tener un niño gravemente enfermo en el Hospital, varía significativamente según la percepción de los padres de la enfermedad de su hijo, su experiencia anterior con el estrés y su forma habitual de reaccionar.

Rothstein⁴⁶ describe tres fases por las que se ha demostrado que pasan los padres, que son el shock, la espera anticipatoria y la elación o aflicción.

El período inicial de shock opresivo y de incredulidad se acompaña de un sentimiento de desamparo y de impotencia. Durante esta fase los padres a menudo no oyen lo que se les está diciendo o son incapaces de recordar la información que se les comunica. Pueden estar buscando la razón por la que su hijo se ha puesto enfermo y sentirse culpables por no haber descubierto a tiempo un signo importante. También es posible que estén afrontando temas tales como el miedo a la pérdida, a la muerte, a lo desconocido...

Cuando la causa de la enfermedad no es clara los padres se tornan ansiosos o irritados.

⁴⁶ Rothstein P: Psychological stress in families of children in a pediatric intensive care unit, *Pediatric Clin. North Am.* 27:613, 1980.

La segunda fase es la de la espera anticipatoria, los padres preguntan más al equipo en un intento de escuchar una buena noticia. Pueden incluso manipular a los miembros del equipo unos contra otros y ponerse al lado del más optimista. El tiempo de espera, sobretodo si el progreso es lento, es un período interminable. Si el niño presenta complicaciones inesperadas después de un período de estabilidad relativa, los padres muestran indignación y desconfianza, sentimientos que en el fondo esconden miedo, desamparo y culpa.

La tercera parte y final, está caracterizada por la elación y el desamparo, que aparecen cuando está claro el desenlace. En caso de mejoría, además de sentimientos de exaltación por haber ganado una dura batalla, los padres se sienten a menudo ambivalentes con respecto a la pérdida de seguridad de un ambiente que proporciona la observación constante. Asegurarles que la situación de su hijo ya no precisa un control y un cuidado tan intensos es de suma importancia para ayudar a los padres a realizar la transición a los pisos.

Las reacciones asociadas con la muerte son experimentadas por todo el equipo, pero naturalmente en los padres el sentimiento es muy profundo.

Pueden reaccionar con indignación y rabia por la injusticia de la pérdida de algo tan precioso, una parte de ellos mismos. O pueden manifestar una aceptación serena, dando las gracias al equipo por haber hecho lo que podían para salvar a su hijo. Las reacciones son diversas y deben valorarse sobretodo para identificar una mala adaptación, como una tendencia al suicidio.

Cuando la muerte es inevitable puede que las necesidades de los padres sean máximas. Aunque su peor temor está a punto de suceder, también tienen miedos imaginarios sobre el qué esperar.

McCollum y Schwartz⁴⁷ averiguaron que relatar o "ensayar" la muerte puede ser muy útil para algunos padres, porque les permite verbalizar sus miedos y fantasías. Este proceso permite al equipo abordar preguntas o preocupaciones específicas, ya sean físicas, como ¿Cómo va a morir mi hijo? ; de comportamiento, como: ¿Será dolorosa?, o psicológicas, como: ¿Qué debo decir a mi hijo sobre la muerte?.

Además de explicaciones compasivas los padres también necesitan el apoyo del equipo porque en este momento están muy sensibles a su alejamiento.

Ya que la provisión de apoyo en la fase terminal puede ser tan agotadora, es importante que el equipo también reciba apoyo para facilitar su propia expresión de pesar y frustración.

Una vez que el niño a fallecido debe darse a los padres la oportunidad de estar con su hijo en privado durante todo el tiempo que crean necesario.

Las enfermeras suelen pedir a los padres que salgan el tiempo suficiente para retirar el equipo restante y para lavar y cambiar el niño.

El ideal es que los padres sean seguidos telefónicamente por trabajo social para valorar su aflicción y remitirles a centros de apoyo si es necesario. Este contacto es con gran frecuencia bien recibido por los padres, porque les da la oportunidad de hablar de su hijo y les demuestra que el equipo del hospital está interesado en su bienestar.

⁴⁷ McCollum At and Schwartz AH: Social work and the mourning parent, Social Work 1:25, 1972.

2. 3. 2 El niño. El ingreso de un niño a la UCI es muy traumático, puesto que es virtualmente introducido a un ambiente de "era espacial" lleno de aparatos, los ruidos allí pueden ser abrumadores, las luces son permanentes, puede no distinguirse el día de la noche, hay anomalías en el sueño y las visitas de los padres son restringidas.

Este ambiente, unido a la enfermedad y con frecuencia a procedimientos dolorosos, genera un alto nivel de estrés.

2. 3. 2. 1 Factores estresantes. La edad y la patología por la cual se ha ingresado, tiene un gran impacto sobre el nivel de estrés. Por ejemplo el adolescente mayor que sufre un traumatismo múltiple, tendrá una experiencia muy diferente a la del niño que ingresa por un estado asmático y que garantiza una estancia en la UCI más corta. Esto no quiere decir sin embargo que ésta última no vaya a ser traumática.

Los niños que están completamente conscientes tienen una experiencia diferente de la de los pacientes en un estado de conciencia alterado.

La percepción que un niño tiene de su enfermedad está altamente relacionada con su nivel de estrés. Los niños suelen fantasear con respecto a la causa de su enfermedad. Algunas veces creen que se les está castigando o que han hecho algo que provoca la enfermedad y esto engendra sentimientos de ira y resentimiento⁴⁸.

⁴⁸ Vargas I. R. Aspectos psicosociales de los cuidados intensivos en pediatría: el paciente. Jeffrey L. Blumer, Ph. D., M.D.: Guía práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría. 1990

La duración de la estancia en la UCI eleva los niveles de estrés. De acuerdo con Woolston⁴⁹ la mayoría de los niños fallecen o se dan de alta en un período de 4 semanas. Los que permanecen durante mucho tiempo ven morir a otros; no solo sufren por sus propios procedimientos dolorosos, sino que se angustian viendo los procedimientos que se realizan en los demás. El ejemplo más drástico es el niño que presencia una reanimación infructuosa. Este fenómeno crea un aire de incertidumbre con respecto a su propio pronóstico y una sensación de pérdida.

2. 3. 2. 2 Factores sociales. El nivel de funcionamiento de la familia es de vital importancia para la capacidad del niño de enfrentarse con la entrada a la UCIP.

La rotación del equipo es motivo de estrés, pues cuando la estancia es larga, el niño se acostumbra a sus cuidadores y experimenta una sensación de pérdida cuando hay cambio de turno.

2. 3. 2. 3 Factores psicológicos. El estado de desarrollo desempeña un papel importante en el nivel de trauma asociado con el ingreso.

En algunos estudios se ha contemplado el efecto de la separación del lactante y en el pequeño que da sus primeros pasos. Se ha demostrado que la privación materna es extremadamente nociva desde el punto de vista emocional para el lactante, con graves implicaciones en su desarrollo ulterior.

⁴⁹ Woolston JL: Psychiatric aspects of a pediatric intensive care unit, Yale J Biol. Med 57: 97, 1984.

La hospitalización en la UCIP representa una separación traumática en la cual el niño se enfrenta a una enfermedad que amenaza su vida.

El pequeño que empieza a caminar está experimentando una etapa de separación-individualización en la que hay una conducta aparente de regresión y de solicitud de atención, aunque en un paso hacia la independencia. El estrés de la separación se aumenta en el caso de la hospitalización en la UCIP.

El adolescente está inmerso en una lucha por la independencia y el control con sus padres, está generalmente planeando su futuro. Existe inquietud con respecto a la imagen corporal y la sexualidad. Una enfermedad aguda y el consiguiente ingreso a la UCIP eliminan una parte de la independencia adquirida por el adolescente. Las decisiones se toman, los procedimientos se ordenan sin discusión. La inquietud por el futuro funcional, puede ser devastadora para la imagen corporal. La privacidad, tan importante para el adolescente, no es admitida en la UCIP.

El niño en la UCIP se enfrenta a múltiples factores estresantes, que pueden tener como consecuencia la aparición de reacciones que van desde la regresión y la depresión hasta la rebelión. En casos extremos puede aparecer psicosis. El equipo de la UCIP debe estar preparado para reducir el estrés emocional que rodea al niño.

El equipo debe ser lo más constante posible para desarrollar algún grado de confianza y de seguridad en el niño. Debe estar capacitado para exponer la

enfermedad del niño en palabras apropiadas para su edad. Cuando se van a utilizar procedimientos invasivos, el niño debe ser preparado, deben explicarse los motivos, el tiempo que van a durar, si son dolorosos o no y expresar que no es un castigo sino una necesidad para la curación.

Puesto que el personal está tratando con grados variables de conciencia, debe tener claro que aunque el niño puede parecer insensible, es posible que se entere bien de las conversaciones que se producen a su alrededor.

2. 3. 3 En cuanto al personal. El impacto por trabajar en un entorno muy estresante puede manifestarse de varias formas, tanto de adaptación como de inadaptación, dependiendo de las características personales del individuo, así como el uso eficaz de medidas de ayuda.

Los comportamientos siguientes, aunque no son infrecuentes en la UCIP, pueden conducir a una inadaptación si se deja que persistan sin control durante algún tiempo⁵⁰:

- 1- Intelectualización: resistencia frente a la ansiedad y la depresión (como cuando un niño se está muriendo y el personal se refiere a él como un "caso interesante" o cuando se concentra exclusivamente en los datos en lugar de la persona).
- 2- Rechazo del lazo emocional: una consecuencia de la amenaza constante de perder lo querido, lo que lleva a tratar de evitar los lazos.

⁵⁰ Devost W. L. Aspectos psicosociales de los cuidados intensivos en pediatría: los padres. Jeffrey L. Blumer, Ph.D., M.D.:Guía práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría. 1990.

3- Depresión manifiesta: una afección que puede ocurrir cuando el nivel de estrés sobrepasa la estrategia de apoyo.

4- Deshumanización: otra respuesta a la amenaza de pérdida, que puede verse cuando el niño se convierte en una enfermedad o en un número y pierde su identidad como ser humano.

También puede darse un estrés secundario por las exposiciones repetidas a un ambiente cargado de ansiedad, en especial cuando hay conflictos entre el personal y una ruptura en las comunicaciones. Por ejemplo puede haber una falta de colaboración entre los miembros del equipo o aparición de actitudes pasivas- agresivas.

2. 3. 4 Educación. Aunque no puede haber un control en cuanto al tipo de ingresos o la frecuencia de las urgencias, una forma de controlar o reducir la ansiedad es ayudando al equipo a desarrollar un sentido de competencia y una mayor autoestima.

Esto puede realizarse mediante conferencias y reuniones donde se dé la oportunidad al equipo de compartir sus conocimientos y vivencias con los compañeros y desarrollar su propia área de experiencia. Con frecuencia el personal se niega a hacer preguntas o a admitir que no tiene todas las respuestas por temor a ser juzgados negativamente.

Debe crearse el ambiente necesario de confianza para poder compartir las tristezas y las alegrías, evitando en lo posible actitudes deshumanizantes y desmotivadoras.

3. METODOLOGIA

3.1 DISEÑO METODOLOGICO Y TIPO DE INVESTIGACION.

Esta investigación es de tipo cualitativo, con enfoque hermenéutico.

Teniendo en cuenta que el propósito fundamental del estudio es la comprensión de las actitudes, imaginarios y sentimientos de los profesionales de la salud ante la muerte inminente del niño o de la niña en estado crítico, significados en sus testimonios, formas individuales de actuar, interacciones y argumentaciones, el presente estudio se realizó bajo la lógica cualitativa en el marco de un diseño micro-etnográfico. Su objetivo fundante, como se dijo anteriormente, era el de ir tejiendo el sentido de las actitudes, imaginarios y conductas ante la muerte, mediante una lectura de los marcos simbólicos, argumentativos dialógicos e interactivos que circulaban en un ambiente institucional: la UCI del Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja, de la ciudad de Manizales.

3.1.1 Unidad de análisis y de trabajo. Son las significaciones de las actitudes, los imaginarios y los sentimientos que tienen los profesionales de la salud de la UCIP, frente a la muerte inminente del niño y la niña.

3.1.2 Conformación del equipo de salud. En este proceso investigativo participaron los siguientes profesionales de la salud: las 12 auxiliares de enfermería, la enfermera jefe, 4 médicos y 2 terapeutas respiratorias que trabajan en forma permanente en la UCIP. Estos trabajadores han tenido un

entrenamiento específico para laborar en ese ambiente tan especial que es la UCIP, caracterizado por la existencia de un estrés continuo debido al trabajo continuo, rápido y de reacciones inmediatas .

3.2 TECNICAS E INSTRUMENTOS.

3.2.1 TECNICAS.

3.2.1.1 Entrevista abierta: diálogo que se establece con cada uno de los integrantes de la unidad de trabajo. Para su realización se diseñaron preguntas en forma anticipada y algunas que fueron surgiendo durante el diálogo, alrededor de la muerte y las actitudes tomadas por el informante ante la misma. Básicamente las preguntas iban dirigidas a comprender lo que se siente, lo que se hace, lo que se piensa ante la muerte inminente de un niño o de una niña en estado crítico. Ver anexo 1.

3.2.1.2 Observación participante: se realiza directamente en la UCIP, en los momentos en que hubo una muerte inminente, para una comprensión más clara de las actitudes en el momento vivencial, con el fin de analizarlas y compararlas con las afirmaciones hechas verbalmente.

Ver anexo 2.

3.2.2 INSTRUMENTOS.

3.2.2.1 Diario de campo: estrategia diseñada para consignar la experiencia ocurrida en la UCIP durante la muerte inminente de un niño o una niña en estado crítico. En este se describieron los hechos, las experiencias y situaciones que se presentaron, durante el proceso de la muerte. Este consta de notas de campo, notas de observación, notas teóricas, notas metodológicas y notas personales. Todos estos elementos se desarrollaron para facilitar la comprensión e interpretación de las actitudes encontradas. Ver anexo 3.

3.2.2.2 Talleres: reuniones destinadas a comprender, conocer e interpretar las diferentes actitudes, ante la muerte inminente, de los profesionales de la salud que trabajan en la UCIP. Se realizaron varios talleres centrados en comprender el concepto de vida y muerte. Otros de los talleres buscaron descubrir los sentimientos profesados por cada uno de los participantes ante la muerte inminente y finalmente otros talleres se concentraron en observar los imaginarios de los participantes ante ejemplos memorativos de hechos reales de muerte inminente ocurridos en la UCIP.

Ver anexo 4.

3.3 PROCEDIMIENTO.

El presente estudio se realizó a partir del desarrollo de tres etapas, veamos:

La primera de ellas, se centró en la delimitación del área problema, revisión de antecedentes investigativos, construcción de un referente teórico y la

concreción del origen del estudio, las preguntas centrales de la investigación, su justificación y objetivos.

En la segunda etapa, se procedió a diseñar las técnicas y los instrumentos para la recolección de la información, con un propósito encaminado a construir los argumentos de sentido ante las actitudes, imaginarios y sentimientos ante la muerte de los profesionales de la salud de la investigación.

En la tercera y última etapa, se preparó la presentación del informe final, incluyendo además de los elementos anteriores, las conclusiones y recomendaciones investigativas.

3.3.1 Etapas de la investigación. El análisis de la información se concibió bajo una lógica espiral hermenéutica, la cual está enmarcada en tres grandes momentos el primero de ellos de corte descriptivo, el segundo de corte interpretativo y el tercero de construcción de argumentos de sentido.

3.3.1.1 Fase descriptiva. En este primer momento se inició una revisión bibliográfica profunda sobre el tema de la muerte, las actitudes, los imaginarios y los sentimientos, así como el espacio llamado UCIP. Es de anotar que la investigadora, siendo profesional laborando en la UCIP asumió una posición de observadora participante.

Durante la primera fase se realizó un diario de campo, en el que se anotaron y analizaron las diferentes actitudes del equipo de salud en el momento de la

muerte inminente del niño o de la niña en la UCIP, posteriormente las entrevistas y los talleres confirmaron aún más las categorías encontradas.

Se realizaron varios talleres; un primer taller donde se explicó el proyecto a todos los profesionales permanentes de la UCIP. Allí se leyó el caso de un niño previamente analizado y que había muerto, con el fin de sensibilizar y cuestionar el equipo ante el cuidado y acompañamiento del niño y de la niña.

Las personas del equipo describieron en forma escrita sus imaginarios entendidos como el saber y el conocimiento acerca de la muerte, los sentimientos o sensaciones experimentadas ante la muerte y las actitudes tomadas ante la muerte inminente del niño y la niña. “Yo sé que la muerte nos llega a todos en algún momento, pero es muy difícil hacerse a la idea; me produce una gran tristeza que se muera un niño que esté a mi cuidado, en especial cuando es mayor y he podido hablar con él, ya que le tomo cariño y luego siento un gran dolor al perderlo”. “Como estoy todo el día con el niño, le tomo mucho cariño y me entristece profundamente verlo morir”. “Me da tanta tristeza ver morir un niño que yo he cuidado....parece como si perdiera algo en mi interior”.⁵¹

Posteriormente se realizaron entrevistas a profundidad con las 12 auxiliares de enfermería, 2 terapeutas respiratorias, 4 médicos y la enfermera jefe. Los sentimientos de pérdida también fueron frecuentes: “Me siento vacía cuando se muere un niño que he cuidado, es como si perdiera algo de mi misma”.⁵²

Dentro de los imaginarios, es decir los conceptos de los profesionales de la salud en la Unidad de Cuidados Intensivos, sobresalieron la vida, la muerte y el cuidado de los niños.

La vida fue expresada como: “un don de Dios”, “es el don que Dios nos da para que podamos realizarnos y lograr la vida eterna”, “la vida es un regalo de Dios, la muerte en cierta forma es un paso para acercarnos a El, pero como es desconocida le tememos”.⁵³

Frases como estas acompañaban conductas religiosas, por ejemplo, traer agua bendita y ungir la; bautizar al niño que no lo está, “para que vaya al Cielo”; darle la bendición y rezar: “Dale Señor el descanso eterno”.

Al ser cuestionados sobre la muerte, en algunos profesionales de la salud sobresalió su concepción religiosa: “La muerte es necesaria para poder llegar a Dios”; “la muerte es un paso hacia el encuentro con Dios”; “tranquilo nené que pronto vas a estar en el Cielo”. En ocasiones se llama al sacerdote para los Santos Oleos y el equipo se reúne acompañándolo junto con los padres.

Otro grupo de profesionales de la Salud expresó frases como: “La vida es una fuerza interna que impulsa el ser”; “la vida es la actividad, el movimiento, aquello que impulsa al ser a realizarse, a crear, a sentir”; “cuando veo morir un niño, inmediatamente pienso en la vida y lo que nos queda por vivir y entonces decido que tengo que aprovechar todos los momentos”⁵⁴; “uno no puede pensar en la muerte sin darse cuenta que la vida es hermosa y que hay que vivirla con ganas”; “es porque la vida es lo más lindo que tenemos que la muerte nos resulta insoportable”. Estas frases iban unidas a conductas de acompañamiento y atención al niño.

⁵¹ Taller n.1 2001.

⁵² Entrevista n. 3 2001.

⁵³ Diario de campo. 2001.

⁵⁴ Entrevista #3 2001.

La muerte inminente fue descrita como: “El momento en que la muerte es inevitable”; “el momento en que ya no se puede tener esperanza de vida, porque la muerte es inevitable”; “lo trágico con la muerte inminente es que está presente sin ninguna posibilidad de evitarla”; “la muerte inminente es la muerte segura, sin dudas”.

En cuanto a los sentimientos profesados, se encontró la angustia como primera manifestación: “No quiero entrar a acompañarlo, porque siento opresión, angustia si estoy cerca del niño”; “me siento angustiada, no sé qué hacer ni cómo reaccionar”; “me da miedo enfrentar la muerte de los niños porque siento mucha tristeza y empiezo a llorar”⁵⁵. Estas frases se acompañaron de conductas que denotaban angustia, algunas personas corrían alejándose del cubículo del niño, otras solicitaban que no se les dejara solas en el proceso.

El miedo fue manifestado como una sensación de dolor ante la muerte inminente del niño; miedo que algunas personas expresan con claridad: “me da miedo quedarme sola con el niño”; otras no lo expresan con claridad y es manifestado en forma de sensación angustiosa, que les obliga a abandonar el cubículo; “voy a escribir en la historia porque son las 7 pm. y tengo que entregar turno”; “voy a ver el otro niño que tengo a mi cargo”; “me da miedo verlo morir, porque se que voy a sufrir mucho por él”; “siento miedo porque no se qué hacer ni cómo voy a reaccionar”⁵⁶.

La tristeza, es una manifestación casi constante en todos los trabajadores del equipo de salud: “Sentí tristeza, porque aún no me acostumbro a ver morir la gente y menos a los niños”. Esa tristeza los lleva a preguntarse por sí mismos y por el otro, en especial aparece la pregunta: “ Porqué debe morir un niño?”.

“Yo sé que la muerte nos llega a todos en algún momento, pero es muy difícil hacerse a la idea; me produce una gran tristeza que se muera un niño que esté a mi cuidado, en especial cuando es mayor y he podido hablar con él, ya que le tomo cariño y luego siento un gran dolor al perderlo”; “como estoy todo el día con el niño, le tomo mucho cariño y me entristece profundamente verlo morir”. “Me da tanta tristeza ver morir un niño que yo he cuidado, parece como si perdiera algo en mi interior”.⁵⁷

Este sentimiento se acompaña de conductas como el llanto, la apatía, la adinamia, el silencio, la depresión y el desconsuelo.

La culpa, es una manifestación frecuente; esta sensación de culpa los hace cuestionarse sobre su quehacer, si hicieron todo lo que debían hacer, en especial los médicos, quienes sienten la responsabilidad directa, “siempre nos han enseñado a mantener la vida”, la muerte es vivida como algo imperdonable, como algo que pudo haberse evitado y por alguna razón no se hizo: “Será que no hice lo que debía hacer?”; “Me faltó algo?”; “aunque sé que hice todo lo posible y que no tengo la culpa de su muerte, no puedo evitar sentirme culpable”. En ocasiones se tomaron conductas defensivas: “Yo le administré los medicamentos, hice todo lo que se me ordenó”.⁵⁸

Todas esas categorías derivadas de los imaginarios y los sentimientos, llevan a diferentes conductas como la del rechazo: “no quiero asistir a su muerte”, “tengo que ir a escribir en la historia clínica”, “prefiero no estar en el momento en que se muere el niño”⁵⁹.

⁵⁵ Entrevista #4 2001.

⁵⁶ Entrevista #6 2001.

⁵⁷ Entrevista # 8 2001.

⁵⁸ Entrevista # 9 2001.

⁵⁹ Entrevista # 10 2001.

Los médicos, más frecuentemente manifiestan conductas de rechazo, no acepta la muerte y continúan realizando maniobras de reanimación por tiempos prolongados, o se niegan a detener las maniobras de reanimación, cerrando sus oídos a las insinuaciones de sus colegas: “Ya van 40 minutos de masaje cardíaco y no hay respuesta, creo que ya no sale”; “No, pásenme el desfibrilador, vamos a intentarlo otra vez”⁶⁰.

Otra de las categorías encontradas fue la de evasión: tratan de alejarse, de tomar distancia frente al hecho: “voy a llevar estos papeles al laboratorio”; “ voy a ver el otro niño que tengo a cargo”, aunque siempre en estos momentos hay un profesional de la salud que se está encargando de los otros niños; “necesito ir a buscar una droga para el paciente”; “tengo que ir a escribir en la historia”; “ya vuelvo, voy a traer un medicamento que me hace falta”⁶¹, cuando en realidad ya no es necesario ningún medicamento, pues el niño se está muriendo.

Existe por el contrario en algunos profesionales de la salud, una conducta de aceptación: “Pobrecito está sufriendo mucho, es mejor que se vaya”; “ no hay nada más que hacer, es mejor que parta”; cuando se dan cuenta que la muerte es inevitable, empiezan a aceptar ésta en forma apesadumbrada y sosegada. Algunos profesionales de la salud tienen el sentimiento de aceptación que va evolucionando a medida que el niño o la niña van desmejorando y se entrevé una muerte cercana: “Es preferible así, el niño estaba sufriendo mucho y ya se le había hecho lo humanamente posible”; “ya es un ángel, mi Dios lo quería con él”; “pobrecito, está sufriendo tanto, es mejor que se muera y descanse”.

⁶⁰ Diario de campo 2001.

⁶¹ Diario de campo 2001.

Existen expresiones que denotan impotencia: “Me siento impotente, ante la muerte no se puede hacer nada”; “es horrible la sensación de querer hacer algo y saber que todo lo que se hizo no fue suficiente para salvarlo”⁶²; “uno quiere seguir haciendo cosas, no estar quieto esperando a que muera sin poder hacer nada más”, la auxiliar de enfermería que tiene la niña que está muriendo, sale del cubículo diciendo que debe ir a escribir en la historia, está llorando y se ve muy angustiada.⁶³ Otra de las enfermeras dice: “no sé qué me pasa, no puedo soportar verla morir. Siento una tristeza enorme y no puedo contener las lágrimas. No quiero estar ahí cuando ella se muera”.⁶⁴

3.3.1.1.2 Categorías descriptivas. Para estructurar mejor las primeras categorías encontradas, se clasificaron según los tres componentes: actitudes frente a la muerte; los imaginarios de vida, muerte y cuidado; los sentimientos expresados por los profesionales de la salud.

1- Dentro de los imaginarios que tienen los profesionales de la salud que laboran en la UCIP, sobresalieron como categorías: la vida, la muerte, la muerte inminente y el cuidado de los niños y niñas con enfermedad crítica.

2- En cuanto a los sentimientos que generan los profesionales de la salud de la UCIP, frente a la muerte inminente del niño o de la niña, las categorías encontradas según el sentir, se describen más adelante.

⁶² Entrevista # 11.

⁶³ Diario de campo 2001.

⁶⁴ Ibid. Pag 12, 2001.

4- Las actitudes tomadas: es decir la forma de hacer o reaccionar frente a la muerte.

Todas las categorías encontradas se encuentran descritas a continuación.

IMAGINARIOS

PRECATEGORIA	VIDA
DESCRIPCION	Durante las entrevistas, los profesionales de la salud manifestaron el concepto de vida como un don dado por Dios, estado de actividad de los seres.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Fuerza interna con la que obra el ser. La vida debe tener calidad.

PRECATEGORIA	MUERTE
DESCRIPCION	Durante las entrevistas, los profesionales de la salud manifestaron el concepto de muerte, como aquel suceso que pone en peligro la vida.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Terminación de la vida. Hecho por el cual la persona deja de existir.

PRECATEGORIA	MUERTE INMINENTE
DESCRIPCION	Durante las entrevistas, los profesionales de la salud manifestaron el concepto de muerte inminente, como aquel suceso inevitable, imposible de suspender.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Terminación de la vida. Hecho por el cual la persona deja de existir, no hay posibilidad de detenerla.

SENTIMIENTOS

PRECATEGORIA	ANGUSTIA
DESCRIPCION	Durante los momentos de muerte inminente de un niño o una niña, se observa que hay algunos profesionales de la salud que tratan de ocuparse de otra cosa, no saben qué hacer.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Acción de aflicción, de congoja, sensación de un temor opresivo, ante el niño que está en muerte inminente.

PRECATEGORIA	MIEDO
DESCRIPCION	Durante las entrevistas, algunos profesionales de la salud manifiestan abiertamente sentir miedo.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	El miedo es una perturbación angustiosa del ánimo, por un riesgo o mal que realmente amenaza o que se produce en la imaginación. En este caso la muerte de los niños. Recelo que uno tiene de que le suceda alguna cosa contraria a lo que deseaba.

PRECATEGORIA	TRISTEZA
DESCRIPCION	Se observó que desde el comienzo del período de reanimación del niño, el personal de la salud que lo atendía estaba llorando. Esto se confirmó durante las entrevistas.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Afligido, apesadumbrado. De carácter melancólico. Situación que es muy dolorosa y difícil de soportar.

PRECATEGORIA	PERDIDA
DESCRIPCION	Durante las entrevistas las personas manifestaron que sentían que algo les faltaba, que se quedaban sin “algo”.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Carencia, privación de lo que se poseía. Sujeto perdido. Falta de ese niño o niña que se cuidó y acompañó

PRECATEGORIA	CULPA
DESCRIPCION	Durante la entrevista algunas personas reconocieron sentirse responsables de la muerte del niño, aunque en realidad no lo eran.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Responsabilidad o causa de un suceso, en este caso la muerte de un niño o una niña. Puede ser voluntaria o involuntaria. Atribuirse falta o delito que se presume ha cometido. Haber sido causa de que suceda. En este caso específico se tiende a sentir responsable por la muerte del niño o de la niña.

ACTITUDES

PRECATEGORIA	RECHAZO
DESCRIPCIÓN	Durante los momentos de muerte inminente de un niño o una niña se observa que hay personas que abandonan el cubículo.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Imposibilidad de aceptar algo. Acto de huida de la escena, abandono, acción de alejarse del lugar.

PRECATEGORIA	EVASION
DESCRIPCIÓN	Durante los momentos de muerte inminente de un niño o una niña, se observa que hay algunos profesionales de la salud que tratan de no “tener nada que ver “ con el suceso y se colocan en otro lugar, indiferentes.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Acción de aparentar que no le interesa, indiferencia ante el niño que está en muerte inminente.

PRECATEGORIA	ACEPTACION
DESCRIPCION	Durante las entrevistas, se aprecia en algunos profesionales de la salud una reacción de afirmación y asentimiento frente a la muerte del niño o la niña. Durante este momento, se encuentran en el cubículo con actitud sosegada.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Afirmación o consentimiento de un hecho para algunos inevitable.

PRECATEGORIA	IMPOTENCIA
DESCRIPCION	Durante las entrevistas, se percibió esa sensación de no poder hacer nada para impedir la muerte.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Imposibilidad de impedir la muerte del niño o de la niña en la UCIP, irrecuperabilidad de la vida.

PRECATEGORIA	ACTITUD RELIGIOSA
DESCRIPCION	Se observó que durante la muerte del niño o la niña, el personal rezaba, le echaba la bendición, le bautizaba.
CONCEPTUALIZACION TEORICA	Disposición de ánimo religioso de algún modo manifestada. En este caso, los trabajadores de la salud, optan actitudes religiosas según sus creencias.

3.3.1.2 Fase interpretativa. La interpretación se inició a partir de las categorías descriptivas encontradas. Primero se analizaron los imaginarios, es decir los conceptos que los profesionales de la salud en la UCIP, poseían acerca de la vida, la muerte y la muerte inminente. La vida fue expresada como: “un don de Dios”, “es el don que Dios nos da para que podamos realizarnos y lograr la vida eterna”, “la vida es un regalo de Dios, la muerte en cierta forma es un paso para acercarnos a El, pero como es desconocida le tememos”⁶⁵. Frases como estas acompañaban conductas religiosas, por ejemplo, traer agua bendita y ungirle; bautizar al niño que no lo está, “para que vaya al Cielo”; darle la bendición y rezar: “Dale Señor el descanso eterno”. Al

⁶⁵ Diario de campo.

ser cuestionados sobre la muerte y la muerte inminente, en algunos profesionales de la salud sobresalió su concepción religiosa: “La muerte es necesaria para poder llegar a Dios”; “la muerte es un paso hacia el encuentro con Dios”; “tranquilo nené que pronto vas a estar en el Cielo”⁶⁶. En ocasiones se llama al sacerdote para los Santos Oleos y el equipo se reúne acompañándolo junto con los padres.

De esto se deduce que la creencia religiosa, acompaña el imaginario de la vida y la muerte, llevando a sentimientos y conductas religiosas, que podrían llamarse metafísicas, nacidas de la necesidad de creer en algo superior, un ser que prolongue la existencia más allá de la muerte. Una creencia que pueda mitigar el dolor que se siente por la pérdida. Esa creencia del alma y de la resurrección que permiten creer en la inmortalidad, facilitando la aceptación de la muerte.

Otro grupo de profesionales de la Salud expresó frases como: “La vida es una fuerza interna que impulsa el ser”; “la vida es la actividad, el movimiento, aquello que impulsa al ser a realizarse, a crear, a sentir”; “cuando veo morir un niño, inmediatamente pienso en la vida y lo que nos queda por vivir y entonces decido que tengo que aprovechar todos los momentos”; “uno no puede pensar en la muerte sin darse cuenta que la vida es hermosa y que hay que vivirla con ganas”; “es porque la vida es lo más lindo que tenemos que la muerte nos

⁶⁶ Diario de Campo.

resulta insoportable”⁶⁷. Estas frases iban unidas a conductas de acompañamiento y atención al niño.

Esto demuestra que no solamente hay una actitud religiosa sino también una actitud que va ligada a la corriente filosófica o de pensamiento a la cual se adhiere el profesional de la salud. En cierta forma, siempre existirán las dos tendencias de pensamiento antropológico, la religión y el ateísmo; por una parte la religión defenderá la vida después de la muerte, llevando al individuo a la unión con lo universal: Dios, Nirvana, Cosmos, etc. Por otra parte el ateísmo que niega la inmortalidad, podría conducir al desespero ante la muerte irreparable.

La muerte inminente fue descrita como: “El momento en que la muerte es inevitable”; “el momento en que ya no se puede tener esperanza de vida, porque la muerte es inevitable”; “lo trágico con la muerte inminente es que está presente sin ninguna posibilidad de evitarla”; “la muerte inminente es la muerte segura, sin dudas”. Interpretan la muerte inminente como la terminación de la vida, aquel suceso inevitable en el cual el niño o la niña dejan de existir y al cual hay que hacerle frente.

Existen también creencias que podríamos llamar antropológicas: “El alma de A. se quedó con nosotros y nos asusta en el cubículo de atrás en las noches; hace sonar monitores sin estar prendidos y enciende luces apagadas”⁶⁸. Creencias que vienen desde nuestros antepasados, las almas que penan y se quedan en este mundo, mitos profundamente arraigados a través de generaciones y que aún persisten en forma colectiva.

⁶⁷ Entrevistas 1,5,8.

⁶⁸ Entrevista 10.

En cuanto a las categorías correspondientes a los sentimientos profesados, se encontró la angustia como primera manifestación: “No quiero entrar a acompañarlo, porque siento opresión, angustia si estoy cerca del niño”; “me siento angustiada, no sé qué hacer ni cómo reaccionar”; “me da miedo enfrentar la muerte de los niños porque siento mucha tristeza y empiezo a llorar”. Estas frases se acompañaron de conductas que denotaban angustia, algunas personas corrían alejándose del cubículo del niño, otras solicitaban que no se les dejara solas en el proceso.

La angustia es la reacción frente al peligro que la pérdida inminente genera. Es en cierta medida la señal frente al peligro y esta angustia será aún mayor cuanto mayor sea percibida la muerte como pérdida.

El miedo fue manifestado como una sensación de dolor ante la muerte inminente del niño; miedo que algunas personas expresan con claridad: “me da miedo quedarme sola con el niño”; otras no lo expresan con claridad y es manifestado en forma de sensación angustiosa, que les obliga a abandonar el cubículo; “voy a escribir en la historia porque son las 7 pm. y tengo que entregar turno”; “voy a ver el otro niño que tengo a mi cargo”; “me da miedo verlo morir, porque se que voy a sufrir mucho por el”; “siento miedo porque no se qué hacer ni cómo voy a reaccionar”⁶⁹.

La tristeza, es una manifestación casi constante en todos los trabajadores del equipo de salud: “Sentí tristeza, porque aún no me acostumbro a ver morir la gente y menos a los niños”. Esa tristeza los lleva a preguntarse por sí mismos y por el otro, en especial aparece la pregunta: “¿Porqué debe morir un niño?”. “Yo sé que la muerte nos llega a todos en algún momento, pero es muy difícil

hacerse a la idea; me produce una gran tristeza que se muera un niño que esté a mi cuidado, en especial cuando es mayor y he podido hablar con él, ya que le tomo cariño y luego siento un gran dolor al perderlo”; “como estoy todo el día con el niño, le tomo mucho cariño y me entristece profundamente verlo morir”. “Me da tanta tristeza ver morir un niño que yo he cuidado, parece como si perdiera algo en mi interior”⁷⁰.

Este sentimiento se acompaña de conductas como el llanto, la apatía, la adinamia, el silencio, la depresión y el desconsuelo.

La culpa, es una manifestación frecuente; esta sensación de culpa los hace cuestionarse sobre su quehacer, si hicieron todo lo que debían hacer, en especial los médicos, quienes sienten la responsabilidad directa, “siempre nos han enseñado a mantener la vida”, la muerte es vivida como algo imperdonable, como algo que pudo haberse evitado y por alguna razón no se hizo: “¿Será que no hice lo que debía hacer?”; “¿Me faltó algo?”; “aunque sé que hice todo lo posible y que no tengo la culpa de su muerte, no puedo evitar sentirme culpable”. En ocasiones se tomaron conductas defensivas: “ Yo le administré los medicamentos, hice todo lo que se me ordenó”.

Muchas veces las personas tienden a sentirse culpables por la muerte del otro; esto es explicado en el psicoanálisis por la ambivalencia en que siempre se encuentra un sujeto, que ama y odia a la vez.

Finalmente hay una sensación de pérdida: “siento como si me faltara algo, como si ya no tuviera algo que estaba presente”. ¿Porqué esta sensación? Son niños ajenos, a quienes han conocido poco y con los cuales casi no se pueden comunicar.

⁶⁹ Entrevista 9 - 12.

Probablemente sea reflejo de una pérdida anterior: “Me acuerdo de la muerte de mi padre, lo dejaron solo y desnudo en la morgue”. “Me acuerdo cuando se murió una tía, sentí que había perdido algo”. “Me siento vacía cuando se muere un niño que he cuidado, es como si perdiera algo de mi misma”.

El dolor aparece cuando algo se rompe sin que el sujeto tenga manera de defenderse, cuando sus mecanismos de protección se ven impotentes para impedirlo. Tiene como condición que el objeto haya tenido una elevada investidura libidinal por parte del yo. Se podría deducir que la pérdida es manifestada en dolor que puede ser más o menos intenso, de acuerdo a las personas, su vivencia histórica y sus propias pérdidas; por ejemplo los profesionales que ya han tenido muertes en la familia o pérdidas de animales o personas queridas, soportan mejor la muerte inminente y tienen conductas de acompañamiento.

Todas esas categorías derivadas de los imaginarios y los sentimientos, llevan a diferentes actitudes como la del rechazo: “no quiero asistir a su muerte”, “tengo que ir a escribir en la historia clínica”, “prefiero no estar en el momento en que se muere el niño”; no se quiere aceptar el hecho porque es doloroso y se rechaza; esta actitud probablemente se encuentra asociada a escenas infantiles, vivencias e impresiones sobre las que el sujeto ha construido una forma de protegerse, ese trauma personal que cada uno lleva dentro de sí y que depende de la historia personal. El profesional de la salud no acepta la muerte inminente y huye de ella. El rechazo, secundario a esa sensación angustiosa que a veces no saben describir ni aclarar, los lleva a tomar diferentes salidas: “Me retiré, no supe que decirle”. Los médicos, más

⁷⁰ Entrevista 12, 14

frecuentemente se niegan a aceptar la muerte y continúan realizando maniobras de reanimación por tiempos prolongados, o se niegan a detener las maniobras de reanimación, cerrando sus oídos a las insinuaciones de sus colegas: “Ya van 40 minutos de masaje cardíaco y no hay respuesta, creo que ya no sale”; “No, pásenme el desfibrilador, vamos a intentarlo otra vez”.

Otra de las categorías encontradas fue la de evasión: tratan de alejarse, de tomar distancia frente al hecho: “voy a llevar estos papeles al laboratorio”; “ voy a ver el otro niño que tengo a cargo”, aunque en realidad en estos momentos siempre hay un profesional de la salud que se está encargando de los otros niños; “necesito ir a buscar una droga para el paciente”; “tengo que ir a escribir en la historia”; “ya vuelvo, voy a traer un medicamento que me hace falta”, cuando en realidad ya no es necesario ningún medicamento, pues el niño se está muriendo.

Existe por el contrario en algunos profesionales de la salud, una conducta de aceptación: “Pobrecito está sufriendo mucho, es mejor que se vaya”; “ no hay nada más que hacer, es mejor que parta”; cuando se dan cuenta que la muerte es inevitable, empiezan a aceptar ésta en forma apesadumbrada y sosegada. Algunos profesionales de la salud tienen el sentimiento de aceptación que va evolucionando a medida que el niño o la niña van desmejorando y se entrevé una muerte cercana: “Es preferible así, el niño estaba sufriendo mucho y ya se le había hecho lo humanamente posible”; “ya es un ángel, mi Dios lo quería con él”; “pobrecito, está sufriendo tanto, es mejor que se muera y descanse”.

La impotencia es percibida por algunos como frustración, ausencia de acción, se sienten bloqueados por no poder mantener la vida, eso los lleva a sentirse

menos, a sentirse fracasados en su intento: “Me siento impotente, ante la muerte no se puede hacer nada”; “es horrible la sensación de querer hacer algo y saber que todo lo que se hizo no fue suficiente para salvarlo”; “uno quiere seguir haciendo cosas, no estar quieto esperando a que muera sin poder hacer nada más”.

Analizando cada una de las actitudes, de los sentimientos y los imaginarios de los profesionales de la salud de la UCIP, aparece la historia de la humanidad frente a la muerte. La necesidad del hombre de creer en algo más allá que le permita creerse inmortal. Algunas sociedades lo manifiestan en forma mística, otras en forma filosófica, algunas dicen no creer en nada pero pretenden ser inmortales a través de sus escritos, sus obras o sus hijos. El hombre tiene la necesidad de creer en la inmortalidad y entre más claro tenga este pensamiento, más fácilmente afrontará la muerte.

3.3.1.3 Fase de construcción de sentido. La muerte es el acontecimiento universal e irrecusable; en realidad, es lo único de lo que estamos verdaderamente seguros así ignoremos el momento.

En este sentido la muerte parece más radical que la vida y en el real histórico actual todavía más. Potencialmente el número de vivos es un ínfimo porcentaje de los que habrían podido nacer, en cambio todo hombre o mujer conoce su desenlace fatal.

La vida y muerte aunque son opuestas no pueden separarse: el niño que nace lleva en sí el destino de morir algún día y la persona que fallece espera sobrevivir, es decir trascender de alguna forma, ya sea en su patrimonio genético o en sus obras.

Por otro lado la actitud del hombre frente a la muerte es una conducta de evasión, dicha afirmación se ha corroborado muy bien en la investigación, ya que los profesionales de la salud presentan esta actitud. Louis Vincent Thomas en su Antropología de la muerte sostiene que el hombre occidental no teme a la muerte porque se niega a creer en la omnipotencia de la vida.⁷¹

Pero surge la duda.... el hombre occidental no teme a la muerte?, o por el contrario, es lo que más teme?. Se podría pensar que sí, puesto que la niega en forma inconsciente, evita pensar en ella ya que no tiene una noción clara de ese momento y del después.

En la investigación, se encontraron actitudes de rechazo y evasión profesados por los trabajadores de la salud: “No quiero verlo”; “ prefiero no estar presente en el momento de la muerte”, “no quiero estar allí, vaya usted”. El profesional de la salud no acepta la muerte inminente y huye de ella. Freud explica muy

bien que la represión (o el rechazo) es una forma de no querer saber lo que ya se sabe y que marca el inconsciente. Saber asociado a escenas infantiles, vivencias e impresiones sobre las que el sujeto ha construido una forma de protegerse, ese trauma personal que cada uno lleva dentro de sí y que depende de la historia personal. La evasión, el tratar de alejarse, de tomar distancia frente al hecho es frecuente y finalmente llega la aceptación, cuando se dan cuenta que la muerte es inevitable, ésta es aceptada en forma apesadumbrada y sosegada.

Por otra parte la muerte infunde un sentimiento de negación: "No, él no puede morir después de todo lo que hemos hecho por él". La muerte es o debe ser, una parte de la vida; el final de la misma. Igualmente, siendo una realidad y parte natural de la existencia del ser humano, éste debería acostumbrarse a ella tan fácilmente como vive la vida, sin embargo no es así; generalmente no se habla sobre la muerte, las pláticas de reflexión sobre ella se evitan, dejando una ausencia en el análisis del sentido de la muerte, que produce dolor y miedo, pues no es afrontada ni clarificada.

Actualmente comienza a abrirse camino en Colombia la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, una de sus miembros, Isa Fonnegra defiende el acompañamiento y la calidad de muerte, el "Morir Humanamente"⁷²

El miedo, la tristeza y la culpa son sentimientos que se encuentran con frecuencia. A este propósito, Freud en su texto "De guerra y muerte", 1915, y

⁷¹ Thomas L.V., "Antropología de la muerte" Fondo de cultura económica de México 1993. Prefacio.

⁷² Fonnegra, I. " De cara a la muerte" Intermedio editores. 1999.

específicamente en “Nuestra actitud hacia la muerte”⁷³, se ocupa del efecto psicológico que la muerte de personas queridas nos produce y nuestra identificación con el muerto, para luego mostrar cómo durante toda la historia universal se han realizado muchos asesinatos, siendo por tanto la deuda de sangre, el parricidio, lo llama él, la deuda primordial de la humanidad.

En ocasiones las personas tienden a sentirse culpables por la muerte del otro, esto es explicado en el psicoanálisis por la ambivalencia en que siempre se encuentra un sujeto, que ama y odia a la vez: “ La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor.”⁷⁴

“En general cada ser percibe la muerte de los demás y eventualmente la propia, según la óptica que proviene de su profesión, del orden de sus preocupaciones intelectuales, su ideología o el grupo y la cultura a la cual pertenece. En esta forma el concepto de muerte será siempre fragmentario”, como bien lo manifiesta Thomas.⁷⁵

Las religiones monoteístas consideran la muerte, como un acontecimiento que pone fin a esta vida para comenzar la vida eterna. Pero en general el pensamiento occidental sobre la muerte y su imaginario es ambiguo; no se sabe cómo pensarla, por eso se evita tenerla en cuenta a menos que sea extremadamente obvio, como cuando la guerra la revive.

Vincent Thomas⁷⁶ afirma: “si el hombre conoce mejor la muerte no se desvelará por huir de ella u ocultarla. Apreciará mejor la vida; la respetará

⁷³ Freud, S. “Notre rapport á la mort” Oeuvres Complètes T. XIII. Presses Universitaires de France. 1988.

⁷⁴ Freud, S “Duelo y melancolía” Tomo XIV. Amorrortu. P. 249.

⁷⁵ Ibid. Prefacio.

⁷⁶ L.V. Thomas, “Antropología de la muerte” Fondo de cultura

antes que nada en los otros”; en la investigación realizada, el hecho de interrogar sobre la muerte, hizo que los profesionales de la salud la pensaran, la comprendieran e hicieran un análisis de sus actitudes en el sentir, en el creer y en el hacer. Sentimientos, imaginarios y actitudes, que al ser conocidos “liberan” en cierta forma del tabú de la muerte, permitiendo comprender y tratar de mejorar el acompañamiento al niño o la niña en muerte inminente: “me he dado cuenta de que al comprender el miedo que siento ante la muerte, puedo manejar mejor el sentimiento y acompañar al niño en su muerte”.

En esta investigación, el sentimiento místico y de espiritualidad, estuvo casi siempre presente. No interesa la religión en realidad, sino ese pensamiento o creencia que tiene el trabajador ante la muerte y la vida más allá de la muerte. En palabras de Jung⁷⁷ (1932) la espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de la verdad y la sabiduría, y con las necesidades religiosas que tiene el ser humano para alcanzar su trascendencia, como única esperanza de encontrar una vida después de la muerte.

De esta manera parece que se pueden atenuar los sentimientos de tristeza, miedo, culpa, rechazo, esas personas que tienen “claro” o que tienen una posición filosófica o religiosa ante la muerte acompañan mejor el niño o la niña en muerte inminente.

Por otro lado, la espiritualidad da lugar a poder descargar en otro la responsabilidad de asumir la muerte del otro: “ Que se haga la voluntad de

económica de México 1993. Prefacio.

⁷⁷ JUNG, C.G.: La Psique y sus problemas actuales. Ed. Pobleat. Madrid 1935.

Dios”; ese Dios es un ser supremo, que puede ser llamado de diferentes maneras de acuerdo al credo que cada profesional de la salud profese.

La creencia de un ser superior brinda al profesional de la salud mayor seguridad, confianza y esperanza de un mundo mejor después de la muerte. Además se refleja una percepción de Dios como alguien bueno, que no castiga ni condena e indica que la muerte puede estar ya predestinada para esos niños y niñas que aún no han terminado su ciclo a los ojos del ser humano y de la sociedad. “Debe ser que mi Dios lo quería a su lado, seguramente ya no necesitaba vivir más para ser feliz.”

Generalmente la muerte crea sentimientos contradictorios en el profesional de la salud y aún más cuando este no tiene creencias espirituales del “más allá”: “Después de la muerte no hay nada, pero como el niño estaba sufriendo tanto, es mejor que deje de sufrir”; se piensa la muerte como una forma de liberación ante un sufrimiento insoportable.

Se diría que adoptar una actitud religiosa o espiritual, en forma de rito, da seguridad a los sujetos para el acompañamiento del niño o la niña en muerte inminente; Freud habla en “Tótem y tabú”⁷⁸ sobre el valor de los ritos fúnebres, el cual es pacificar a los sobrevivientes frente a los sentimientos ambivalentes sobre el muerto como bien lo expresan los profesionales de la salud. El no posibilitar el duelo, rito pacificador, el niño muerto regresa, cada vez que lo trae el pensamiento del ser que lo ha amado o cuidado. Así puede darse “algo excluido “ en lo simbólico que vuelve y retorna cada vez con fuerza mayor,

⁷⁸ Freud, S. “Tótem y tabú” Obras Completas Amorrortu Vol. XIII
1974.

como lo dice Castrillón Orozco en su texto "La insistencia del significante o el retorno del desaparecido"⁷⁹.

Buscando un factor común, el dolor, la tristeza, la culpa, el miedo, son sentimientos que acompañados de conductas como el rechazo, la evasión, la impotencia, la conducta religiosa y más tardíamente la aceptación, son características del **duelo**. Los profesionales por medio de todos estos sentimientos y actitudes, inician un ritual de muerte, ante el niño o la niña en muerte inminente. Ellos realizan un duelo hacia esa "pérdida"; este duelo es difícil de llevar y expresar para ellos, puesto que la palabra duelo no aparece en la investigación; hablan de duelo del doliente, de la familia, pero no reconocen su propio duelo: "no hay un espacio donde se pueda hablar de eso y uno se lleva la tristeza para la casa y allí llora a veces varios días".

Según Beatriz García⁸⁰, "El dolor aparece cuando algo se rompe sin que el sujeto tenga manera de defenderse, cuando sus mecanismos de protección se ven impotentes para impedirlo. Tiene como condición que el objeto haya tenido una elevada investidura libidinal por parte del yo y que su pérdida implique un estado de desvalimiento psíquico para el sujeto".

El duelo es la reacción frente a la pérdida del objeto, ante una realidad incontestable y que exige separarse del objeto que ya no existe.

⁷⁹ Castrillón Orozco. J.D. "La insistencia del significante o el retorno del desaparecido"⁷⁹. "La Desaparición, su lógica y sus consecuencias". Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia. 2000. p. 59.

⁸⁰ García, B.E. "Desaparición: un duelo negado" En La Desaparición. Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia 2000.

El duelo es el proceso de retiro de las cargas libidinales del objeto, siendo este proceso doloroso. Los profesionales de la salud, en la medida en que han investido en el niño o la niña, pues necesariamente se crean lazos de amor durante el cuidado y el acompañamiento, en esa medida, dependiendo del proceso imaginario que el niño o la niña han provocado en ellos y que va directamente ligado a la historia profunda de cada profesional, se sentirá dolor y el duelo será más o menos intenso.

En realidad estos profesionales de la salud son personas que sufren un doble duelo; el duelo que nos crea el contexto social en que se vive actualmente, pues: ¿En qué condiciones se vive hoy en Colombia? Al parecer nos encontramos en un duelo permanente y continuo, cada día al escuchar los noticieros surge la pregunta: ¿y ahora qué más ha pasado? Y entonces se piensa internamente: “algún día también puede pasarme a mí.....” Este existir en guerra no declarada, es decir en la que no hay bandos claros, que son múltiples las fuerzas que están al acecho, donde no se sabe quién es el enemigo son situaciones que generan en forma global, desconfianza, inseguridad, malestar, angustia y algunos creen que hasta “goce”, como bien lo expresa la psicoanalista Beatriz E. García en su texto “Desaparición un duelo negado”⁸¹.

Esta autora refiere: “ Es que a nivel general estamos cayendo en el disfrute del goce propiciado por los medios”; “El goce no exige ningún esfuerzo, es suficiente dejarse llevar, lo vemos en la epidemia de cultos al goce que

⁸¹ García, B.E. “Desaparición: un duelo negado” En La Desaparición. Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia 2000.

mantiene fascinados a los jóvenes de hoy, fascinación con la muerte, con la sangre, con el sacrificio. Lo que sí exige esfuerzo y mucho, es el deseo”.

Freud expresa en su artículo “Lo perecedero” (1916) “ Sabemos que el duelo, por doloroso que pueda ser, expira de manera espontánea. Cuando acaba de renunciar a todo lo perdido, se ha devorado a sí mismo, y entonces nuestra libido queda de nuevo libre para, si todavía somos jóvenes y capaces de vida, sustituirnos los objetos perdidos por otros nuevos que sean, en lo posible, tanto o más apreciados.”⁸²

La teoría freudiana sobre el duelo, se desarrolla sobre la lógica del dolor ante la pérdida, como un trabajo, como un proceso cuya función es tramitar lo imposible de la realidad con una respuesta libidinal del sujeto. Freud define el duelo intenso como:”.... reacción a la pérdida de un ser amado, la cual integra un doloroso estado de ánimo, una cesación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad para elegir un nuevo objeto de amor (lo que equivaldría a sustituir al desaparecido) una marcada inhibición de todas las funciones, incluso disminución del amor propio como consecuencia de que toda la libido se halla en el trabajo del duelo”.⁸³

Así el dolor a la pérdida de un objeto amoroso, es concebido como un trabajo psíquico, de carácter económico, que tiene como fin restablecer el equilibrio roto por la pérdida, como bien lo dice Clara C. Mesa.⁸⁴

⁸² Ibid, p. 311.

⁸³ Freud, S. “Duelo y melancolía” Editorial Biblioteca Nueva. Madrid Tomo II 1973. p.2091.

⁸⁴ Mesa C.C. “La prueba de realidad. El examen de la realidad” La Desaparición. Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia 2000.

Este trabajo se da dentro del sujeto; como dice Freud⁸⁵ primero hay un sentimiento de angustia, le sigue luego el dolor que antecede al duelo.” El duelo mueve al yo a renunciar al objeto, comunicándole su muerte, ofreciéndole como premio la vida para decidirla.... Entonces hay una salida que se plantea por la elección del sujeto, una decisión de detener la pulsión o de construir una vía que la haga compatible con la vida”.

“Un examen de la realidad ha demostrado que el objeto amado no existe más y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con él “. ⁸⁶

En una primera parte del proceso de duelo existe el “Examen de la realidad”, el sujeto se da cuenta que el objeto no existe más, que ha muerto. Después hay una orden de retiro de la libido puesta en el objeto, a la cual el sujeto reacciona con la negación. Oposición muy natural, dice Freud⁸⁷, puesto que el hombre no abandona fácilmente sus posiciones. “La tenaz adherencia a las fuentes de placer disponibles y la dificultad de renunciar a ellas parecen constituir una tendencia general de nuestro aparato anímico. Tendencia que podríamos atribuir al principio económico del ahorro de energía”.

Corroboramos dichas posiciones de ansiedad en primer lugar, luego de dolor y finalmente de desprendimiento. Naturalmente estas reacciones fueron diferentes en cada uno de los profesionales de la salud y con cada una de las diferentes muertes, muy seguramente debido a la vivencia personal y directa con cada niño o niña.

⁸⁵ Freud, S. “Duelo y melancolía” Editorial Biblioteca Nueva. Madrid Tomo II 1973. P.2093.

⁸⁶ Ibid. P. 2094.

⁸⁷ Freud, S. “Los dos principios de Sucedor Psíquico”. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid Tomo II 1973.

Freud habla de “Los dos principios del suceder psíquico”, esto es el principio del placer y el principio de realidad, allí plantea que a pesar de la introducción del principio de realidad, que se rige por las funciones de la atención, la memoria, el discernimiento y el pensamiento, que se rige por el mandato de la realidad, una porción de nuestra vida anímica permanece disociada, libre de la confrontación con la realidad regida exclusivamente por el principio del placer y busca su propia satisfacción de manera independiente.

Posteriormente, en segundo lugar, Freud antepone lo normal como la victoria de la realidad, con una respuesta lenta, paulatina, dolorosa, de asumir la realidad, el despertar implica un enorme gasto en tiempo y energía.

En tercer lugar, al objeto que ya está muerto le corresponde el sujeto, conservando su existencia psíquica. “La antítesis entre objetivo y subjetivo no existe en un principio. Se constituye luego por cuanto un pensamiento posee la facultad de hacer de nuevo presente, por reproducción en la imagen algo una vez percibido, sin que el objeto tenga que seguir existiendo afuera”.⁸⁸

En cuarto lugar, continúa Freud, mientras la realidad no cesa de insistir en la falta, el sujeto aún continúa economizando su psiquis. “Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace con el objeto, es sucesivamente despertado, sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido”.⁸⁹

Finalmente hay una renuncia al objeto, un desprendimiento de la libido puesta en él, esto permite al sujeto volver a poner sus energías en el mundo exterior.

⁸⁸ Freud, S. “La Negación” Editorial Biblioteca Nueva Tomo III. P. 2885.

⁸⁹ Op, Cit. “Duelo y Melancolía” p. 2092.

Según este autor, la relación del sujeto con la realidad no es una relación simple ni está predeterminada por la existencia misma del objeto. Está determinada por lo que Freud llamó denegación, que puede considerarse como la operación simbólica que construye la superficie de la realidad. Es decir que el verdadero valor de un objeto lo da la carga libidinal que un sujeto coloca sobre él, es decir investirlo libidinalmente, y esto depende naturalmente de la historia de cada sujeto. Así podemos explicar como la muerte inminente de un mismo niño, produce sentimientos diferentes y a veces contrarios en diferentes profesionales de la salud en la UCIP. Aquellas profesionales que de alguna forma durante su vida han tenido que afrontar la muerte en su ámbito familiar o social y quienes secundariamente han realizado un duelo, manifiestan mayor capacidad de “entrega afectiva” o libidinal, en el momento del cuidado de un niño o niña en muerte inminente. Se diría que han logrado la capacidad de amar y posteriormente sufrir por la pérdida del sujeto amado, sin que ello signifique un sufrimiento interno que comprometa la energía vital del profesional.

Por el contrario, cuando el profesional de salud no ha tenido esa vivencia cercana de duelo, no se entrega afectivamente en el cuidado del niño o de la niña a cargo y su trato es más impersonal, tratando ese ser humano como un objeto de trabajo y no un sujeto; de tal manera que en el momento de la separación debida a la muerte, no hay sufrimiento, pues no ha habido “investissement” es decir un compromiso afectivo.

Se deduce que el trabajo de duelo depende de la realidad psíquica del sujeto y del poder desprender la libido del objeto. Clara C. Mesa lanza una hipótesis

importante a partir de esta situación: “Intentar pensar la elaboración por la vía del objeto, nos conduce a un impasse, a pensarla como imposible, como a la deriva. Efectivamente el objeto perdido es irrecuperable. Pensar la salida por la vía de la respuesta libidinal del sujeto nos da nuevas opciones para el análisis de las consecuencias posibles.”⁹⁰ Esta tesis hace pensar que no es tan importante el duelo sobre el objeto o sujeto de amor mismo, sino el trabajo personal que cada profesional de la salud realice sobre la muerte y su imaginario interno, que puede ser diferente a la realidad. De ahí que, situaciones de reflexión colectiva puedan ayudar a cada profesional a entender su imaginario sobre la muerte.

Un acontecimiento será traumático según el sujeto al cual le suceda. Generalmente es traumático por falta de una palabra, en dicho sujeto, que le permita comprenderlo, cuando esta palabra no existe, lo simbólico persiste incompleto frente a un real devastador. Ese trauma implica un real no simbolizado, en este caso la muerte o la sensación de pérdida primaria, que será interpretado por cada sujeto, de acuerdo a sus defensas o su partitura personal.

La palabra y su símbolo hacen que el suceso traumático pueda ser tolerado sin un gran gasto de energía. En el caso de un grupo, los momentos de reflexión dan lugar a la palabra, creando posibilidades de simbolización.

⁹⁰ Mesa C.C. “La prueba de realidad. El examen de la realidad”
La Desaparición. Asociación de foros del campo lacaniano de
Colombia 2000.

La propuesta que surge y que debe ser parte de otra investigación es ofrecer espacios de reflexión que den oportunidad a los profesionales de la salud, de analizar y reconocer una parte de su historia y tal vez, afrontar y recordar la primera vez que estuvo frente a la muerte, cualquiera que ella haya sido, permitiendo ver este hecho como hecho aislado, tal y como lo expone el psicoanálisis, logrando crear el sujeto una posición subjetiva con desprendimiento de la sensación de trauma.

¿Es posible o no un trabajo colectivo y no individual con esta pretensión? Imposible responder con anticipación si una terapia que es en principio individual pueda convertirse en un trabajo de grupo cuya eficacia sea igualada a la individual. En el caso de la investigación realizada, los espacios de reflexión, creados en el solo espacio de la comprensión, lograron un cambio en las actitudes de acompañamiento del niño y de la niña en muerte inminente, en los profesionales de la salud de la UCIP.

Habermas⁹¹ afirma que el diálogo es el tratamiento de la cultura para pacificar sus malestares. En este caso, el diálogo dentro de un equipo de profesionales, cuyo objetivo sea comprender las actitudes, sentimientos e imaginarios sobre la muerte en ese ambiente específico que es la UCIP podría mejorar las diferentes relaciones que allí se suceden. Ojalá se pudiese llegar como sugiere este autor a una comunicación transparente, no estratégica, intersubjetiva y

⁹¹ HABERMAS J. Teoría de la acción comunicativa. Tomo I: Racionalidad de la acción y racionalización social. IV Edición. España: Taurus, 1999.

dialéctica. Justamente con el estímulo de espacios de reflexión se puede llegar a ello, para lograr un entendimiento pacífico de todos los problemas. Habermans pretende rescatar entonces los encuentros humanos, que él llama el mundo de la vida, esas prácticas cotidianas, generan según este autor, prácticas de racionalidad dialógica.

El diálogo no es pues una falasia, es más bien la reciprocidad significativa, es el reconocimiento del Otro por parte de los sujetos en el encuentro interhumano, como bien lo dice el psicoanalista Orlando Arroyave en su escrito "Biopoder, diálogo y pulsión".⁹² A través del diálogo y la palabra expresada se aclaran las dudas interiores y se alejan los miedos y las culpas, el lenguaje y la palabra simbolizada es pues el mejor medio para deshacernos de nuestros temores.

⁹² Arroyave O. "Biopoder, diálogo y pulsión" La Desaparición. Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia 2000.p. 48.

PEDRO SALINAS.

No quiero que te vayas,

Dolor, última forma

De amar. Me voy sintiendo

Vivir cuando me dueles

No en ti, ni aquí, más lejos:

En la tierra, en el año

De donde vienes tú,

En el amor con ella

Y todo lo que fue.

En esa realidad

Hundida que se niega

A sí misma y se empeña

En que nunca ha existido,

Que sólo fue un pretexto

Mío para vivir.

Si tú no me quedaras,
Dolor irrefutable,
Yo me lo creería;
Pero me quedas tú.
Tu verdad me asegura
Que nada fue mentira.
Y mientras yo te sienta,
Tú me serás, dolor,
La prueba de otra vida
En que no me dolías.
La gran prueba, a lo lejos,
De que existió, que existe,
De que me quiso, sí,
De que aún la estoy queriendo.

4. BIBLIOGRAFIA.

1. ARIÈS PHILIPPE. Western Attitudes toward Death from the Middle Ages to the Present. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1974.
2. ARIÈS PH. La vie et la mort chez les français d'aujourd'hui. 1972.
3. ARROYAVE, O. "Biopoder, diálogo y pulsión" en La Desaparición, su lógica y sus consecuencias. Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia 2000.
4. BERNARD, J. L'homme et sa mort en Maitriser la vie. Desclée de Brouwer, 1972 ; p. 162.
5. BETTELHEIM, B. "Los niños del Holocausto" En El peso de una vida. Barcelona: Crítica, 1991.
6. BLECKER, J. A . Y POMERANTZ, H. B. The influence of a lecture course in loss and grief on medical students: an empirical study of attitude formation. In: Med. Educ. Vol. 13, Nº 2. (mar. 1979); p. 117-28.
7. BLUMENFELT, M., LEVY, N.B. Y KAUFMAN, D. Current attitudes of medical students and house staff toward terminal illness. IN: Hospital Psychiatry General. Vol. 1 Nº 4 (Dec., 1979); p. 306-10.
8. CASTRILLON OROZCO J.D. "La insistencia del significante o el retorno del desaparecido" en La Desaparición, su lógica y sus consecuencias". Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia. 2000.

9. CHICA R. S. P. Y OROZCO G. M. E.: “ Análisis de actitudes frente a la muerte en estudiantes universitarios de Manizales. Tesis 1987.
10. CRASE,D. Death Education Within Health Education: Current Status, Future Directions. J. Sch. Health. Vol. 51, N° 10 Dec., 1981.
11. DEVOST. W. “Aspectos psicosociales de los cuidados intensivos en pediatría: los padres. En BLUMER J. Guía práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría.. 1990.
12. DÍAZ, V. E. “Duelo sin rito ” . En La Desaparición, su lógica y sus consecuencias”. Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia. 2000.
13. FONNEGRA DE JARAMILLO ISA: De cara a la muerte. Intermedio editores 1999.
14. FRANKL, V.: “Psicoanálisis y existencialismo”. México: Fondo de Cultura Económica, 1978.
15. FREUD, S. “ Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte”. Obras Completas. Tomo II Madrid: Biblioteca Nueva 1981.
16. FREUD, S. “Nuestra actitud hacia la muerte” Tomo XIV Amorrortu. 1979
17. FREUD, s. “ Duelo y melancolía” Tomo XIV. Amorrortu. 1979
18. FREUD, S. “La Negación “ Tomo III Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
19. FREUD, S. ”El malestar de la Cultura” Obras Completas. Tomo XXI. Amorrortu, Buenos Aires. 1979.
20. FREUD, S. Lo siniestro. En Obras Completas. Tomo III. Madrid Biblioteca Nueva 1981.
21. FROMM, E. Tener o ser. México: Fondo de Cultura Económica, 1984

22. FULTON, R. MARKUSEN, E. OWEN, G. SCHEIBER, J. La Muerte y el morir. Desafío y cambio. Fondo Educativo Interamericano. 1981.
23. GARCIA, B.E. “ Desaparición un duelo negado” En La Desaparición. Asociación de Foros del Campo Lacaniano de Colombia. 2000.
24. GARIBAY MORALES MARCO A.: Cuando un amigo se va. Edit. Tomo. México, 1998.
25. GROF STANISLAV Y CHRISTINA: Más allá de la muerte. Edit. Debate, 1980.
26. HABERMAS J. Teoría de la acción comunicativa. Tomo I: Racionalidad de la acción y racionalización social. IV Edición. España: Taurus, 1999.
27. HEYWOOD R. La muerte y la investigación psíquica, en Una Antología La muerte y el morir, desafío y cambio.
28. HUMPRHY, D, WICKETT A.: El derecho a morir. Comprender la eutanasia. Edit. Tusquets, 1989.
29. JEFFREY L. BLUMER, Ph.D., M.D.: Guía práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría. 1990.
30. JUNG, C.G. La Psique y sus problemas actuales. Ed. Poblet. Madrid 1935.
31. KRECH, D. CRUTCHFIELD, R. y BALLACHEY, E. Psicología Social. Madrid: Biblioteca Nueva 1972.
32. KÜBLER-ROSS ELISABETH: La rueda de la vida. España: editores grupo Zeta. 1999.
33. KÜBLER-ROSS ELISABETH: La muerte un amanecer. Luciérnaga, 1989.
34. KÜBLER-ROSS ELISABETH: Conferencias. Morir es de vital Importancia. Luciérnaga, 1997.

35. KÜBLER-ROSS ELISABETH: Preguntas y respuestas a la Muerte de un ser querido. Edit. Martínez Roca. 1998.
36. LEVIN DANIEL L.: Pediatric Intensive Care. Textbook. 1997.
37. LECLAIRE S. "On tue un enfant" Suivi d'un texte de Nata Minor. Editions de Seuil. Paris 1991.
38. McCOLLUM At and SCHWARTZ AH.: Social work and the mourning parent, Social Work 1:25, 1972.
39. MARKUSEN E. Las visiones religiosas de la vida ulterior, en Una antología La muerte y el Morir, desafío y cambio. 1981.
40. MESA, C.C. "La prueba de realidad. El examen de la realidad" en La Desaparición, su lógica y sus consecuencias. Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia. 2000.
41. MC. DONALD, R.T. Y HILDGANDORF, W.A. Death Imagery and Death Anxiety. In: J. of Clinica Psychology. Vol. 42, Nº 1 (Jun., 1986); p. 87-91.
42. MERCER, G.W. BUTING, B. Y SNOOK, S. The effects of location, experiences with the civil disturbances and religion on death anxiety in a sample of Northern Irland University Sudents. In: Br. Jour. Soc. Clin. Psychology. Vol. 18, Nº 2 (Jun., 1979); p. 151-8.
43. MEUROIS-GIVAUDAN ANNE Y DANIEL: Crónica de un acompañamiento. Edit. Luciérnaga. 1994.
44. MONTOYA CASTAÑO PAULA, PEREA VARGAS DIANA: Intervención psicológica en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) TESIS. MANIZALES 1999.
45. MORIN EDGAR: El hombre y la muerte. Edit. Kairós, 1994
46. MELLONIE B., INGPEN R.: Principio y fin. Edit. Diana. México,

- 1995.
47. NASIO, J.D. "El libro del dolor y del amor" Gedisa 1998.
48. PARRA A. L. "Sobreviviente, "La desaparición" Asociación de foros del campo lacaniano de Colombia. 2000.
49. PLUM F. POSNER, J. B. Estupor y coma. Edit. El Manual Moderno. México, 1982.
50. RAMOS, F. SÁNCHEZ-CARO, JM. Y SÁNCHEZ-CARO, J. La muerte, realidad y misterio. Madrid: Salvat, 1986. Colección Temas Clave, Nº 92.
51. REBOUL, H. "Les discours du viellard sur la mort", L'Information psychologique, 44, 4º trimestre, 1971, p.75.
52. RODRÍGUEZ, A. Psicología Social. México: Trillas, 1983.
53. ROTHSTEIN P.: psychological stress in families of children in a pediatric intensive care unit, Pediatric. Clin. North Am. 27: 613, 1980.
54. SARANO J. "Trois regards du médecin sur la mort" en La mort, Lumière et vie, XIII, mayo-junio 1964.
55. SHNEIDMAN, E. You and death. In: Revista Psychology today. California (Jun., 1971).
56. STUMP, K. La Historia de la religión en China. En: Revista Latinoamericana La pura Verdad. (Abril, 1980).
57. THIELICKE, H. Vivir con la muerte. España: Herder, 1984.
58. THOMAS L.V. Antropología de la muerte. Fondo de Cultura Económica. México, 1993.
58. THOMAS, L. V. "La muerte. Una lectura Cultural". Barcelona: Piadós, 1991.
59. TOYNBEE, A, KOESTLER, A: La vida después de la muerte.

Edit. Sudamericana, 1979.

60. VARGAS JL.: Aspectos psicosociales de los cuidados intensivos en pediatría: el paciente BLUMER J. Guía práctica de cuidados intensivos en pediatría. 1990.
61. VARGO, M. E. Y BLACK, F. W. Atribución del control y el miedo a la muerte entre estudiantes de medicina del primer año. In: J. Of Clinic. Psychology. Vol. 40, Nº 6 (Nov., 1984); p. 1525-8.
62. WOOLSTON JL: Psychiatric aspects of a pediatric intensive care unit, Yale J Biol. Med 57:97, 1984.
63. ZIMBARDO, P. EBBESEN, E. Y MASLACH, C. Influencia Sobre las actividades y modificación de conducta. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, 1982.

ANEXO 1

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE LA CRUZ ROJA.

ENTREVISTA ABIERTA.

PREGUNTAS:

- Qué concepto tiene de la muerte inminente?
- Qué actitud toma frente a un niño o una niña que está en muerte inminente?
- Qué sentimientos tiene frente a un niño o una niña que está en muerte inminente?
- Qué piensa usted de la muerte?
- Qué piensa que existe después de la muerte?
- Qué hace usted cuando un niño o una niña está en muerte inminente?
- Cuándo fue la primera vez que se enfrentó usted con una muerte?
A qué edad? Qué sintió?

Nota: Preguntas que se desarrollaron en diferentes espacios y momentos. Esta es una guía de preguntas.

ANEXO 2
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.
HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE LA CRUZ ROJA.
NOTAS DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.
Qué observó:
<ul style="list-style-type: none"> - Actitud de acompañamiento de los profesionales de la salud, con el niño o la niña que ingresa a la UCIP. - Realización y manejo de la Historia Clínica. - Cómo se actúa cuando las alarmas suenan. - Actitudes en el momento de muerte inminente de un niño o una niña en la UCIP.
Motivación de la actividad.
Participación: interdisciplinaria, todos los profesionales de la salud que se encuentran en la UCIP.
Desempeño: - del saber, - del hacer, - del sentir, frente a la muerte inminente de un niño o una niña de la UCIP.
Ambiente de la UCIP.
Reglamentos y normas que se siguen en la UCIP.
Observación
Registro.

ANEXO 3

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE LA CRUZ ROJA.

DIARIO DE CAMPO

FECHA:

ACTIVIDAD:

OBJETIVO:

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

ANEXO 4
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.
HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE LA CRUZ ROJA.
FORMATO DE TALLER.
NOMBRE DEL TALLER: “ LA MUERTE EN LA UCIP, UN REAL PERMANENTE”.
FECHA.
OBJETIVO GENERAL: cuestionar a los profesionales de la salud sobre la muerte, los sentimientos, los imaginarios y las actitudes ante la muerte inminente de un niño o una niña de la UCIP.
OBJETIVOS ESPECIFICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Comprender los sentimientos de los profesionales de la salud de la UCIP frente a la muerte. - Desvelar los imaginarios sobre la muerte de los profesionales de la salud de la UCIP. - Conocer las actitudes ante la muerte que tienen los profesionales de la salud de la UCIP.
PROCESO METODOLÓGICO: Lectura de la historia de muerte inminente de un niño de la UCIP. Posteriormente formulación de preguntas acerca de los sentimientos, imaginarios y actitudes ante la muerte, de los profesionales de la salud de la UCIP. Expresiones habladas y escritas.

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO: historia clínica del niño

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER: 1 hora.

PARTICIPANTES: 12 auxiliares de enfermería, 2 enfermeras jefes, 2 terapeutas respiratorias, 4 médicos.

EJECUCIÓN.