

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES  
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA



**Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

Autor

Lina María Parada Romero

Especialista de dolor y cuidado paliativo

Asesor

Profesor Joao Cuesta Rivas MSc.

Bogotá, Colombia, día de junio del 2021.

**Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

---

**Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

**Pedagogy of death for medical students**

---

**Lina María Parada Romero**

## Resumen

La muerte es un proceso natural de la vida que en ocasiones tiene connotaciones negativas y es percibida por los estudiantes de medicina como un fracaso terapéutico. Abordarla desde la pedagogía e incluirla en el currículo de pregrado médico es una necesidad sentida por los estudiantes ya que no saben cómo tratarla. Incluir la pedagogía de la muerte en los programas de medicina favorece la atención integral del paciente, promoviendo una atención más humanizada, favoreciendo la educación de las emociones, disminuyendo las posibilidades de presentar burnout por la apropiación de un fenómeno que es inherente al ser humano. Existen estrategias pedagógicas para ser incluidas en la didáctica de la enseñanza como lo son el uso de la música, el arte, los cuentos y la literatura. Aceptar la finitud de la vida es clave para no entrar en encarnizamiento terapéutico para lo cual es necesario aprender acerca de los principios bioéticos y el concepto de proporcionalidad terapéutica.

*Palabras clave:* pedagogía de muerte, educación médica, proporcionalidad terapéutica, humanización.

## Abstract

Death is a natural life process that sometimes has negative connotations and is perceived by medical students as a therapeutic failure. Approaching it from pedagogy and including it in the medical undergraduate curriculum is a need felt by students since they do not know how to treat it. Including the pedagogy of death in medicine programs favors comprehensive patient care, promoting a more humanized care, favoring the education of emotions, reducing the possibilities of presenting burnout due to the appropriation of a phenomenon that is inherent to the human being. There are pedagogical strategies to be included in the didactics of teaching such as the use of music, art, stories and literature. Accepting the finiteness of life is the key to not entering into



therapeutic ferocity, for which it is necessary to learn about bioethical principles and the concept of therapeutic proportionality. Keywords: pedagogy of death, medical education, therapeutic proportionality, humanization.

*Keywords:* pedagogy of death, medical education, therapeutic proportionality, humanization.

### **Introducción**

Durante el pregrado médico y en el ejercicio profesional los estudiantes estarán expuestos a la muerte. Entenderla como un proceso natural de la vida y no como un fracaso terapéutico hace que el estudiante pueda elaborar estrategias para abordar la propia muerte y la de sus pacientes. Comprender el proceso no solo lo hace más empático para dar malas noticias y ayudar a elaborar procesos de duelo como ocurre con la pérdida de la salud o ante el final de la vida. El rol de la medicina en los últimos años ha sido prolongar la expectativa de vida, sin embargo, en los escenarios en los que se está ante una enfermedad irreversible o en riesgo de muerte, se observa pobre aceptación de la misma. La percepción de los estudiantes frente a este evento es negativa, pero argumentan requerir formación (Cragno, et al,2018).

Encontramos entonces, que en ocasiones no tener claro el concepto de muerte y final de vida, nos lleva a encarnizamientos terapéuticos, burnout en los médicos que asumen la muerte como un fracaso y duelos patológicos en las familias que creen que para la ciencia todo es posible. La práctica médica requiere también orientación acerca de los principios éticos de proporcionalidad a la hora de usar los medios para conservar la vida humana (Calipari,2008)

Hablar de la muerte necesita una sensibilización para educar al médico, que educará al paciente, y le ayudará a elaborar estrategias de afrontamiento. Mucho se ha hablado acerca de la muerte digna, y de los derechos que tenemos para recibir cuidados paliativos al final de la vida

(ley 1733 del 2014.Colombia), pero pocos son los currículos académicos que incluyen esta catedra en los procesos de formación médica. ¿Acaso hace parte del currículo oculto? Si es así, podría tener múltiples interpretaciones.

### **Desarrollo**

Este ensayo argumenta la postura frente a la necesidad de la pedagogía de la muerte dentro de la formación de pregrado en médicos, ya que se evidencia que los estudiantes perciben el tema de una forma negativa, y se encuentra que, a pesar de ser los llamados a acompañar el proceso de desenlace de la enfermedad, no tienen claro cómo abordarla, como entregar una mala noticia, como acompañar un proceso de duelo por pérdida de la salud y vida. Para lograr normalizar el concepto de final de vida como un proceso inherente del ser humano, es necesario abordarla desde las ciencias y las humanidades. Los estudiantes necesitan para su formación, bases sólidas que les permita interpretar este fenómeno de vida no como un fracaso terapéutico, sino como la trayectoria de múltiples condiciones patológicas. El realizar entrenamiento en final de vida logra dar herramientas al estudiante para generar estrategias de afrontamiento e interpretar situaciones, y las propias emociones brindando una atención más humanizada enfocada a las necesidades de los pacientes. De igual manera se reduce el riesgo de burnout en los galenos porque disminuye la frustración generada por considerar que el manejo medico fue inefectivo. Ayudar a procesar el duelo en los familiares hace que se perciba más empatía del médico hacia su paciente. Todas estas competencias del ser deben ser incluidas en los planes curriculares del pregrado médico, ratificando una vez más que las ciencias deben estar enlazadas con las humanidades.

Actualmente la pirámide poblacional muestra un aumento de las personas que padecen enfermedades crónicas e irreversibles y patologías oncológicas con pronósticos de vida más



## **Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

extendidos, motivo por el cual se hace fundamental, entender el concepto de finitud de la vida ya que la percepción actual de la muerte es interpretada como un fracaso terapéutico e incluso hablar de ella se considera un tabú. Cragno A, et al (2018) realizó un estudio con estudiantes de pregrado de medicina en Buenos Aires Argentina, por medio de encuestas, indagando acerca de la percepción de la muerte y concluyó que la percibían de forma negativa, y que los médicos jóvenes no se sentían preparados para abordarla, optando por evadir entregar malas noticias, o limitar la interacción con pacientes gravemente enfermos y sus familias, percibiéndose esta conducta como mala calidad en la atención. En este mismo artículo una de las estrategias para mejorar dicha problemática fue proponer más espacios pedagógicos para generar habilidades de comunicación y competencias para afrontamiento de la muerte. Se analizaron 3 contextos como lo son: el proceso de morir y la práctica clínica, las herramientas para abordar el proceso y los sentimientos generados. En la práctica clínica, los estudiantes valoran el contacto con los pacientes, pero no se sienten preparados para intervenir a los pacientes y familias y los pacientes han interpretado el no involucrarse como falta de empatía. En cuanto a las herramientas dadas durante la formación el artículo señala que los estudiantes ven útil el generar competencias para comunicación asertiva, entrenamiento para dar malas noticias y como realizar una buena entrevista. Les resulto positivo ver médicos empáticos con el proceso de final de vida, y les genero sentimientos ver películas que lograron sensibilización. A pesar de tener empatía con el proceso de la muerte, no se sienten preparados para abordar adecuadamente el proceso de final de vida. Frente a un paciente moribundo que no desea vivir más, surgen diferentes posturas: algunos destacan el principio de la autonomía y otros refieren no saber cómo actuar. Otro problema identificado de la práctica clínica fue establecer el lugar adecuado para la muerte. Algunos argumentaron que dependía de su institución de seguridad social y otros lo ignoraban.

En cuanto a los sentimientos generados, se encontró que los estudiantes asociaban el proceso de la muerte con sufrimiento y padecimiento y en los médicos se generaban sentimientos de resignación, impotencia y frustración. Pero estas varían de acuerdo con el contexto: las muertes de pacientes terminales resultan esperadas, pero las muertes súbitas o inesperadas son más difíciles de abordar para el médico y las familias. Por ejemplo, se acepta más el proceso de muerte de un adulto que la de un niño.

Estableciendo así la necesidad de la pedagogía de la muerte se establecerán 5 ejes temáticos para argumentar la importancia de su articulación con el proceso de formación del médico hacia una atención más humanizada: primero estableceremos el concepto de pedagogía de la muerte, el segundo abarca el proceso de formación en humanidades en el pregrado médico y el concepto de finitud de la vida; el tercero habla sobre la evidencia de formación en humanidades y estado de arte, en cuarta instancia nos referiremos a la proporcionalidad terapéutica y por último hablaremos sobre la importancia de la pedagogía de la muerte en el ejercicio médico hacia una atención más humanizada.

### **Concepto de pedagogía de la muerte**

La concepción de la muerte es vital para valorar la vida, para vivirla a plenitud, otorgando la mayor importancia a las cosas que realmente la tienen, viviendo de una forma más responsable y consciente (Pedrero-García,2019). La propia mortalidad y el concepto de finitud de la vida hace que esta tenga un sentido. La muerte está en todas partes y hace parte del proceso evolutivo. La integración de una educación para la muerte pretende hacer reflexionar al estudiante acerca de un proceso que es inexorable y por el cual todos pasaremos en algún

## **Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

momento. La muerte actualmente es un tema que genera sentimientos negativos, en ocasiones ha sido considerada un tabú.

Pedrero-García (2019) en un estudio realizado a 73 universidades españolas realizaron una encuesta a docentes de cátedra de la salud, con 5 ítems, el primero indagando acerca de la muerte y que percepción tenían los docentes acerca del tema. La mayoría indicó que es un tema tabú y que cuando se habla de ello se hace de forma fragmentada y se percibe niveles de ansiedad frente al tema. El segundo ítem hablaba acerca del conocimiento sobre terminalidad y muerte, conocimiento de ritos y ceremonias, interpretación desde las diferentes posturas religiosas y espirituales, afrontamiento y actitudes frente a la muerte, y aspectos éticos frente a la eutanasia y el cuidado paliativo. Lo que se encontró es que hay prejuicios y el tema se aborda solo cuando hay experiencia con un familiar. Aunque este estudio arrojó que el 65% de los docentes tenían conocimiento sobre la muerte y los temas antes mencionados, y de ellos el 25% tiene formación sobre muerte y duelo y que esta información fue relevante para afrontar el miedo a la muerte. Todos indican que esta información es relevante para la vida y para el afrontamiento de las propias pérdidas. Se indagaron también actitudes concretas frente a la muerte, abordando la situación lo más directamente posible, para desmitificar situaciones o evitar prejuicios. A la hora de hablar sobre recursos externos la mayoría no lo ha realizado. Se conocen manuales para la educación de la muerte, como didáctica de la muerte, para primaria y secundaria de los autores Herrán y Cortina (2006), en donde a través de un listado de poemas, fábulas, y cartas adaptadas para la edad se expone el concepto de la muerte y duelo a los niños apoyando la inclusión de esta temática de forma transversal en los currículos. Cortina (2010) aborda el cine como estrategia didáctica para la muerte, en donde se expone ampliamente que la cinematografía no ha sido únicamente empleada para la distracción y la diversión, también se exponen situaciones de vida



o muerte y se pone de manifiesto una experiencia que no esta tan lejana de nosotros y que se puede usar como una propuesta formativa sobre todo en edades tempranas como desde los 3 hasta los 18 años apoyados de un recurso narrativo y visual con posteriores reflexiones didácticas; Colomo (2016) propone una didáctica apoyada en la literatura y los cuentos como medio para realizar reflexiones para una adecuada comprensión y lograr ganar confianza a la hora de hablar sobre esta temática y Colomo-Oña (2014) propone como herramienta didáctica a la música argumentando que esta es un potente emisor que tiene diferentes connotaciones culturales, religiosas, espirituales, románticas. A través de la música evocamos recuerdos , generamos memoria y emitimos mensajes que pueden mover emociones.

### **Proceso de formación en humanidades en el pregrado médico y el concepto de finitud de la vida**

Introducir en la formación de los médicos la filosofía, ética, psicología, antropología, artes, y sociología, establece la posibilidad de desarrollar competencias del ser, en el sentido del comportamiento y la actitud frente a los otros, aspecto muy relevante para el desempeño médico (Quadrelli,2013). Existe una discusión en cuanto a la sobre especialización y el trato deshumanizado que perciben los pacientes a la hora de ser valorados en el acto médico y la urgente necesidad de establecer prácticas y políticas para favorecer un trato humanizado.

Los aportes de la antropología en el ejercicio médico, nos ha hecho reflexionar acerca de la existencia de algo más allá de la interacción con un cuerpo enfermo; detrás de él está un ser que piensa, que pertenece a una sociedad, a una cultura, a unas costumbres, a unas creencias, que hacen parte integral del ser y que son inherentes al cuerpo físico. Es por esto que no debemos desconocer las interpretaciones culturales de la enfermedad (Van der Geest,1995) y de la muerte.



## **Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

Según Flexner (1910) la educación médica ha caído en un “reduccionismo biológico”. Durante muchos años la ciencia ha generado estrategias para preservar y prolongar la vida. Enfermedades como el VIH que tiempo atrás generaban una mortalidad elevada, ahora tienen un promedio de vida más amplio. Y si enumeramos más enfermedades como la falla cardíaca, falla renal, falla hepática entre otras, sabemos que hay formas artificiales de prolongar la vida como lo son las terapias de reemplazo renal, los dispositivos cardíacos, los trasplantes de órganos entre otros. Entonces aferrarse a la vida resulta algo esperable cuando creemos que la ciencia todo lo puede. Pero desconocemos que los recursos son finitos y que el objetivo fundamental de la medicina es agregar años con calidad de vida. Hacer diagnósticos de terminalidad requiere entrenamiento médico porque eso define el esfuerzo terapéutico y en qué momento reorientamos los objetivos terapéuticos, decidimos cuando reanimar o no hacerlo, o cuando enviamos o no a un paciente a la UCI, o cuando beneficiamos a alguien con nutrición artificial, o cuando esta es proscrita por prolongación de la agonía. Todos estos dilemas son abordados desde la ética médica, y para poder tomar decisiones en estos escenarios, es necesario realizar un modelo pedagógico basado en problemas, en donde el estudiante pueda estar enfrentado a casos clínicos hipotéticos, que lo ayuden a generar experiencia frente a la toma de decisiones difíciles.

Es un interés entonces desarrollar en Colombia, programas de pregrado en medicina con altos estándares de calidad, y una forma de obtener acreditación de programas es incluir modelos pedagógicos que tengan como objetivo desarrollar habilidades disciplinares que logren en el estudiante una formación integral (Olivera,2013).

Tomar decisiones de final de vida y reorientar esfuerzos terapéuticos, constituye una alta exigencia de saberes y actitudes basadas en la ética y la moral, que los currículos no pueden dar por hecho que son competencias del ser que no requieren entrenamiento.

Otro punto para tratar es el reconocido síndrome del quemado o síndrome de burnout que ocurre en el personal médico y que está relacionado con la empatía de este frente a la enfermedad y al sufrimiento humano. El proceso de agonía y muerte pasa por un número de emociones positivas y negativas, relacionados con el existencialismo y la trascendencia que no son ajenas a los sentimientos del personal de la salud. Existen muchos factores para presentar este síndrome como la sobrecarga laboral, la baja satisfacción laboral y el estrés excesivo que puede ser físico o emocional (Flórez, 2002), sin embargo el tener claro el concepto de la finitud de la vida y la posibilidad de no ganarle a la batalla de la enfermedad, hace que no se generen sentimientos de culpa relacionados con la responsabilidad del desenlace porque la medicina no es una ciencia de resultados, lo es más de medios. Establecer una comunicación abierta y directa con el paciente con mal pronóstico vital es una dificultad, porque nadie está preparado para dar malas noticias. Según la ley 1733 del 2014 que regula el cuidado paliativo en Colombia, es un derecho del paciente tener información acerca del proceso de su enfermedad, para que estando en capacidad de decidir, defina si quiere o no recibir tratamientos, si quiere o no recibir información, si quiere una segunda opinión o si delega a una segunda persona para que decida por ella o para que esta reciba la información. Desde el principio de autonomía cada persona está en la capacidad de expresar sus voluntades anticipadas para el final de vida. Cuando existen muertes súbitas e inesperadas en ocasiones el proceso de duelo no se lleva de forma adecuada por ser una situación inesperada y así mismo no hay voluntades anticipadas. Recae sobre el médico y sus cuidadores la responsabilidad de esta toma de decisiones que si llevan a un desenlace fatal por el proceso de la enfermedad desgasta emocionalmente.

La ley de cuidado paliativo establece el derecho a una muerte digna, a recibir atención durante el proceso de terminalidad y recientemente la ley de eutanasia conocida por la sentencia

## **Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

c239/97 que luego fue modificada para la aprobación del homicidio por piedad genera muchos desafíos a la hora de establecer que pacientes se benefician de este procedimiento de igual manera existen vacíos en la ley por ejemplo si el sufrimiento existencial sería motivo suficiente para aprobar dicho procedimiento. Muchos pacientes que se encuentran en extremo sufrimiento físico y emocional, acuden a este derecho con el fin de terminar con la vida por estar en incapacidad de resistir los síntomas no controlados por la enfermedad. Si bien es un derecho, también se tienen unas indicaciones precisas para poder acceder a este recurso que debe ser regulado por expertos paliativistas, expertos en la enfermedad de base, psiquiatras y bioeticistas que dentro de la multidisciplinariedad darán respuesta a la petición reiterada del paciente. Contrario al juramento hipocrático, la eutanasia es un método por el cual a dosis letales acabamos con la vida, con el fin de mitigar un sufrimiento, pero es aquí donde entran dilemas éticos, que el médico en formación no estaría en capacidad de resolver si no está expuesto a estas situaciones, que en el marco de la pedagogía de la muerte se podrían recrear como casos hipotéticos con varios dilemas éticos para lograr resolverlos de la mejor manera en el marco de los derechos de los pacientes a decidir sobre su propia vida.

La corte constitucional dice que mantener la vida en un paciente con intenso sufrimiento físico y emocional constituye un trato inhumano y que en concordancia con el principio de solidaridad todos los pacientes que quieran acceder a este recurso, se les debe facilitar los pasos para llevar el proceso a cabo sin derecho a tener objeción de conciencia institucional. Solo un médico puede llevar a cabo este procedimiento a través de un consentimiento informado expedido por el paciente en donde no se evidencie ningún tipo de coacción para lograr este fin, y poder realizar el homicidio por piedad. Ningún tercero puede pedir un homicidio por piedad para otra persona. De allí el reconocer el principio de autonomía y la validación de este a través de lo

que se conoce como voluntades anticipadas, que son los deseos expresados por el paciente en ocasiones en un documento diligenciado en presencia de dos testigos familiares, o un testigo médico y familiar, con la condición de que este se encuentre en capacidad de decidir, y que cuente con manejo paliativo pleno, en condición de enfermedad irreversible y terminal. La sedación paliativa es entonces una herramienta para disminuir el estado de conciencia, que evita la percepción de síntomas en agonía, con el uso de medicamentos en la justa medida para lograr este fin, lo que se puede lograr a través de la pedagogía de la muerte y el manejo de la agonía, incluyendo entrenamiento en las diferentes medidas que generan bienestar y disminución del sufrimiento.

### **Evidencia de formación en humanidades y estado de arte**

Es clara la importancia del entrenamiento en áreas humanísticas para los médicos y no solo la pedagogía en ciencias médicas. Sensibilizarse a través del arte, la música, y la literatura preparan al médico para un abordaje integral. La percepción de la formación de estudiantes de pregrado, es que al inicio hay una preocupación por enfocar el ejercicio médico desde una óptica en la que el enfermo sufre y es aliviado por la intervención médica, sin embargo, con el tiempo esto se va perdiendo (Guardiola,2017). No es suficiente ser buen medico desde el punto de vista técnico; la ciencia lo vuelve apto para el ejercicio de la profesión, mientras que las humanidades generan actitudes frente a la ciencia. La pedagogía en humanidades lo hace apto para abordar las diferentes complejidades en el proceso de la muerte, con empatía, respeto, amabilidad, compasión, en el marco del cuidado al paciente y su familia.

Desde 1960 y hacia 1970 en las universidades estadounidenses, se han creado comités para introducir las humanidades en el currículo médico y así también se ha descrito en universidades europeas (Guardiola,2017). Esto incluye articular pedagogía en áreas como la



## **Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

psicología, ética, sociología, antropología filosófica, historia de la medicina entre otras. Pero no es suficiente con la cátedra en estas áreas. Es necesario reflexionar y tener un pensamiento crítico que permita apropiarse y articular estas reflexiones sociológicas con los fenómenos propios del individuo y con la ciencia médica. No obstante, siendo la muerte un fenómeno humano, no existe pedagogía para este evento.

En la pedagogía de la muerte encontramos 2 aspectos, uno puede ser teórico y el otro podría ser práctico. El teórico se refiere al estudio de este fenómeno desde los principios éticos, desde la filosofía, y el práctico a realizar el uso reflexivo de estos conceptos a través de la toma de decisiones y solución de problemas durante los diferentes actos médicos. También se habla que para el siglo XXI las humanidades son un recurso pedagógico para ayudar a educar las emociones con el fin de construir una personalidad equilibrada en el estudiante (Guardiola,2017).

### **Proporcionalidad terapéutica**

Parte del manejo de un paciente críticamente enfermo es determinar el proceso de terminalidad en donde una enfermedad crónica oncológica o no oncológica se convierte en irreversible sin la posibilidad de curación, y en donde el fin último es brindar calidad de vida y acompañar el proceso de enfermedad hasta su desenlace. Cuando hablamos de articular los principios éticos con el ejercicio médico, hablamos de que muchas de las decisiones para el final de vida están sustentadas en los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia y justicia. Se habla de proporcionalidad terapéutica cuando incluimos en el plan de tratamiento aspectos cuantitativos y cualitativos, relacionados con la intención del tratamiento ya sea curar o paliar y cuando hacemos referencia a los medios, a los fines y a las circunstancias (Casas,2017). Cuando hablamos de aspectos cuantitativos, hacemos referencia al componente científico en relación con un conocimiento específico que determina un protocolo de atención basado en la

evidencia, el cual determina el momento en que se ha dado manejo pleno de la enfermedad sin existir más herramientas para frenar la progresión de una patología con desenlace fatal. Cuando hablamos de aspectos cualitativos está más enfocado a los valores y los principios éticos que rigen al profesional de forma subjetiva y personal (Casas,2017). La aplicación del principio de proporcionalidad terapéutica requiere de múltiples competencias en el estudiante como son: idoneidad científica, proporcionalidad de medios, decisiones realistas en cuanto a objetivos terapéuticos, evaluación de riesgos y beneficios y evaluación de costos a corto mediano y largo plazo. La proporcionalidad terapéutica trae a colación la limitación del esfuerzo terapéutico, que es una decisión que carga negativamente al estudiante pero que es necesario estudiar dentro de las posibilidades terapéuticas de individuos críticamente enfermos sin posibilidad de cura, en el marco de unos recursos finitos de salud y el principio de justicia. Exponer en el ámbito académico a los estudiantes en situaciones hipotéticas para solución de problemas que abarquen dilemas éticos y situaciones de final de vida, lograra formas más precisas de resolver problemas relacionados con la muerte, y mejorara el proceso de regulación de emociones tanto para el profesional como para el paciente disminuyendo el riesgo de burnout. Por otra parte apropiar el concepto de finitud de la vida permite realizar reorientaciones terapéuticas en donde el fin ultimo es no escalar al paciente hacia procedimientos invasivos o maniobras avanzadas de reanimación cuando el pronóstico de rehabilitación es malo.

Hablamos entonces, que cuando el estudiante identifica una condición irreversible e incurable , dentro del principio de la justicia debe proporcionarle al paciente lo que la evidencia ha demostrado que es útil para brindarle confort y bienestar acompañándolo en el proceso de la enfermedad y debe saber cuando no escalarlo terapéuticamente porque las medidas adicionales se considerarían fútiles al no impactar en la mortalidad.



## **Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

Existen muchos dilemas al final de la vida, como lo son la nutrición artificial, la hidratación , cuáles pacientes se benefician de trasplante, ingresar un paciente a la unidad de cuidado crítico, quienes se benefician de ventilación mecánica o uso de la tecnología médica para preservar la vida de manera artificial y la relación que existe entre estas actividades y los desenlaces de mortalidad y morbilidad. Sin embargo, es un poco más claro decidir estos casos difíciles cuando sabemos que estamos frente a enfermedades con mal pronóstico a corto plazo. No obstante en enfermedades con pronóstico incierto como son las enfermedades neurodegenerativas o aquellas en las que no es posible establecer un pronóstico vital como ocurre en pacientes que presentan enfermedad cerebrovascular , estado vegetativo persistente, enclaustramiento, por nombrar algunas, es más difícil tomar estas determinaciones que se realizan a la luz de un equipo multidisciplinario favoreciendo escenarios de enseñanza de alta calidad.

Desde la pedagogía de la muerte podemos abordar el diagnóstico de terminalidad con ayuda de escalas pronósticas que nos pueden orientar hacia que enfermedades son las que tienen un pronóstico a corto plazo malo y cuáles serían aquellas que tendrían un pronóstico vital que permita realizar más actividades médicas con un fin paliativo más que con uno curativo. Pero establecer este pronóstico no es sencillo, porque existen pocas herramientas para lograr este diagnóstico. Reconocer qué pacientes podrían tener una rehabilitación y cuáles que no requiere de entrenamiento médico, ojo clínico, experticia en cuanto al manejo pleno de la enfermedad para definir el punto de inflexión y establecer así las necesidades paliativas.

Desde el diagnóstico inicial de una patología que se considere crónica e incurable, el médico debe estar en la capacidad de informar acerca de la trayectoria de la enfermedad, para que el paciente y su familia, en el contexto de terminalidad y el proceso de fin de vida, se prepare



para los procesos naturales de la enfermedad y para que pueda establecer voluntades anticipadas como lo son, por dar algunos ejemplos, el retiro de dispositivos como cardiodes fibriladores, retiro de la ventilación mecánica o no realizar más terapia de reemplazo renal, temas muy difíciles, incómodos pero necesarios a la hora de establecer la reorientación terapéutica.

### **Relevancia de la pedagogía de la muerte en el ejercicio medico hacia una atención más humanizada**

La humanización es el acto de reconocer las cualidades humanas del individuo dotado de derechos propios del ser, con sentimientos, emocionalidades, culturas y creencias. Para las instituciones de salud se ha convertido en un parámetro de atención con calidad, ya que se percibe una deshumanización en la atención por pérdida en las cualidades humanas (Santacruz, J.2015). Retomar el trato empático y compasivo hacia el enfermo terminal o hacia el enfermo agónico resulta crucial a la hora de interpretar el acto médico en el marco de un trato digno. La enfermedad nos lleva a muchos malestares que son considerados indignos y que pueden afectar la calidad de la vida del paciente como lo es la pérdida de la funcionalidad, tener alteraciones de la imagen corporal, las mutilaciones quirúrgicas, la alopecia, la perdida de alguna extremidad, las alteraciones en la coloración de la piel, la imposibilidad de alimentarse, e incluso la incontinencia fecal o urinaria por mencionar algunas. Entrenar profesionales empáticos a las necesidades humanas básicas genera mejores resultados en cuanto a satisfacción en la atención a pesar de estar frente a enfermedades incurables, que aquellos que se centran solo en la patología clínica. Otro de los atributos propios del ser humano se refiere a la autonomía, en donde los pacientes hacia el final de la vida pueden decidir si reciben o no tratamientos y generar voluntades anticipadas relacionadas con la planificación de las actividades para ese momento y así disminuir el sufrimiento .Abordar estos temas requiere entrenamiento , y desde la pedagogía



## **Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

de la muerte se podrían elaborar estrategias para elaborar discursos a familiares y pacientes con comunicación asertiva , que permita garantizar el derecho al cuidado y la atención hacia el final de la vida.

### **Conclusiones**

La pedagogía de la muerte es un recurso para educar no solo a profesionales, también incluye a los pacientes y sus familias. La adecuada elaboración del duelo depende de la aceptación de este proceso como desenlace natural de la vida. Apropiarla hace que vivamos a plenitud la vida y también nos ayuda a entender el proceso de otras personas, generar empatía y un trato más humanizado. Conocer estrategias didácticas para abordar este tema nos permite elaborar planes educativos que se incluyan en el currículo de forma transversal en el proceso de formación del médico. En el contexto universitario es indispensable entrenar médicos para una comunicación asertiva, generar espacios para toma de decisiones y manejo de pacientes difíciles. Apropiar la muerte como un proceso natural y no como un fallo terapéutico disminuye la probabilidad de presentar burnout en el personal de la salud, de igual manera ayuda a elaborar procesos de duelo no patológicos en nuestros pacientes. Conocer acerca del proceso de terminalidad e identificar el punto de no retorno e irreversibilidad de la enfermedad hace que durante el actuar medico tengamos proporcionalidad terapéutica, desde el principio de justicia y finitud de los servicios médicos sin caer en encarnizamientos terapéuticos.

## Referencias

- Cragno A., Álvarez F., Panizoni E., Lenta R., Wagner Y y Reyes J. (2018). El proceso del morir en la educación médica: percepciones de los estudiantes de medicina. *Educación Médica*. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.010>.
- Calipari M. (2008). Proporcionalidad terapéutica. *Vida y Ética*;9(1), 269-282. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/1558>
- De La Luz M. (2017). Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos. *Bioethics Update*, 3(2):137-151. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2017.09.002>.
- Colomo Magaña, E. (2016). Pedagogía de la Muerte y Proceso de Duelo. Cuentos como Recurso Didáctico. *REICE. Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia Y Cambio En Educación*, 14(2). <https://doi.org/10.15366/reice2016.14.2.004>
- Colomo Magaña, E. y De Oña Cots, J. M. (2016). Pedagogía de la Muerte. Las Canciones como Recurso Didáctico. *REICE. Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia Y Cambio En Educación*, 12(3). <https://revistas.uam.es/reice/article/view/2851>
- Cortina M. (2010). *El cine como recurso didáctico de educación para la muerte. Implicaciones formativas para el profesorado* [Tesis doctoral inédita, Universidad Autónoma de Madrid]. Archivo digital. <http://hdl.handle.net/10486/4487>
- De la Herrán A, Cortina M.(2006). *La muerte y su didáctica: manual para educación infantil, primaria y secundaria*. Editorial Universitas, S.A.
- Flexner, Abraham. (1910). *Medical education in the United States and Canada; a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Guardiola E, Baños JE. (2017). El papel de las humanidades médicas en la educación de los profesionales de la salud del siglo XXI. *Revista Medicina y Cine*, 17;13(4), 155-102.
- Ley 1733 de 2014.Ley Consuelo Devís Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. 8 de septiembre de 2014.



## **Pedagogía de la muerte para estudiantes de medicina.**

---

Olivera, A. (2013). Qué hacer por una educación médica integral. *Revista Salud Uninorte*, 29 (1), 104-112. ISSN 0120-5552.

Pedrero-García. (2019). Educación para la salud y pedagogía de la muerte: percepciones y demandas del profesorado universitario en España. *Interface*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.180404>

Quadrelli, A. (2013). La enseñanza de humanidades en medicina; reflexiones a partir de una mirada. *Páginas de Educación*, 6(1), 127-137. ISSN 1688-7468

Van der Geest S. (1995). Overcoming ethnocentrism: how social science and medicine relate and should relate to one another. *Social Science and Medicine*, 40 (7), 869-872.

Flórez Lozano J. (2002). La muerte y el medico: impacto emocional y burnout. *Medicina integral*, 40(4), 167-182.