



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARÍA BELÉN UGALDE RIVERA** con CC. 171611611-4, autora del trabajo de graduación intitulado: **“PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO EN PROFESIONALES DE LA SALUD POR LA PÉRDIDA DE UN PACIENTE Y SU IMPLICACIÓN EN LAS RELACIONES POSTERIORES CON LOS ENFERMOS”**. Estudio realizado con el equipo médico del Hospice San Camilo con sede en Quito en el periodo de enero a junio del 2016, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, diciembre 2016

MARÍA BELÉN UGALDE RIVERA
CC. 171611611-4

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**“PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO EN PROFESIONALES
DE LA SALUD POR LA PÉRDIDA DE UN PACIENTE Y SU
IMPLICACIÓN EN LAS RELACIONES POSTERIORES CON LOS
ENFERMOS”**

**ESTUDIO REALIZADO CON EL EQUIPO MÉDICO DEL HOSPICE SAN
CAMILO CON SEDE EN QUITO EN EL PERÍODO DE ENERO A JUNIO
DEL 2016.**

MARÍA BELÉN UGALDE RIVERA

DIRECTORA: MTR. DANIELA CASTRO FALCONI

QUITO, 2016.

DEDICATORIA

Nunca te había llamado,
Ni siquiera te había pensado,
Nunca te necesite,
Ni te busqué.
Pero llegaste hoy,
En un arrebato de pensamientos,
Te quedaste silenciosa y oculta,
Me acompañabas,
Caminabas a mis espaldas.
Me diste ilusiones,
Me creí y sonreí en tu hipócrita presencia,
Me creí feliz, sentía paz.
Y ahora,
Ahora que te llevaste,
Su último aliento,
No te odio, no te reprocho nada,
Ahora te siento cercana, verdadera.
Ahora no te temo más,
Ahora te comprendo,
Comprendo tu injusta naturaleza.
Ahora eres parte de mí.
Pero ahora cuando vuelvas a mí,
Cuando vuelvas para robarnos el aliento,
Dímelo,
Susúrralo al oído.

Declarémonos conocidas.

A mi abuelo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por sus infinitos esfuerzos, y a todos los que han sido parte de este camino.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN	- 1 -
CAPÍTULO 1. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL DUELO	- 3 -
1. Definición de duelo	- 3 -
1.2. Etapas del duelo	- 5 -
1.3. Implicaciones emocionales del duelo	- 11 -
1.4. El duelo en el profesional de la salud	- 13 -
1.5. Factores que inciden en el proceso de elaboración del duelo	- 14 -
CAPÍTULO 2. EL TRABAJO QUE REALIZA EL HOSPICE SAN CAMILO	- 18 -
2.1. Historia de la institución	- 19 -
2.2. Cuidados paliativos	- 21 -
2.2.1. Definición	- 21 -
2.2.2. Historia de los Cuidados Paliativos	- 22 -
2.3. Función del médico en Cuidados Paliativos	- 26 -
2.3.1. Equipo de trabajo en Cuidados Paliativos	- 26 -
2.3.2. El médico y su función dentro de los cuidados paliativos	- 29 -
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS	- 32 -
3.1. Datos de la muestra	- 33 -
3.2. Análisis de las entrevistas	- 34 -
3.2.1. Entrevista P1	- 34 -
3.2.2. Entrevista P2	- 35 -
3.2.3. Entrevista P3	- 36 -
3.2.4. Entrevista P4	- 38 -
3.2.5. Entrevista P5	- 39 -
3.2.6. Entrevista P6	- 41 -
3.2.7. Entrevista P7	- 42 -
3.2.8. Entrevista P8	- 44 -
3.2.9. Entrevista P9	- 45 -
3.2.10. Entrevista P10	- 47 -
3.2.11. Entrevista P11	- 48 -

3.2.12. Entrevista P12	- 50 -
3.3. Discusión	- 51 -
RECOMENDACIONES	- 59 -
BIBLIOGRAFÍA	- 62 -
ANEXOS	- 1 -
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO 2. MODELO DE ENTREVISTA	

RESUMEN

La presente disertación busca establecer la relación que existe entre el duelo del profesional de la salud por la pérdida de un paciente y cómo este se relaciona posteriormente con otros pacientes. A través de un recorrido histórico de las diferentes teorías formuladas se buscó conocer si el proceso de duelo puede tener una incidencia negativa en la relación del profesional con sus pacientes.

El impacto que tiene el proceso de duelo sobre el profesional sugiere la presencia de factores que dificultarán el trabajo del mismo, por lo tanto la relación del mismo con otros. Para comprobar esta hipótesis se exponen las entrevistas realizadas a 12 profesionales de la Salud del Hospice San Camilo con sede en Quito, las mismas analizadas junto a la teoría permiten el desarrollo de diversas conclusiones sobre el tema propuesto.

INTRODUCCIÓN

El análisis de la relación existente entre el duelo del profesional de la salud por la pérdida de un paciente y cómo esto incide en la relación del mismo con otros pacientes es la premisa principal de esta disertación, haciendo que sea una tema de investigación muy interesante que invita a los lectores a profundizar en un campo de estudio novedoso y de gran impacto social.

El profesional de la salud es todo aquel que por su formación está capacitado para trabajar con personas enfermas, priorizando siempre la cura y el cuidado del paciente. En el caso de los cuidados paliativos se trabaja con pacientes que padecen enfermedades terminales o crónicas por lo que curación en estos casos no es posible, por lo tanto el profesional de la salud debe utilizar su conocimiento no para la cura sino para el alivio del dolor lo que ayudará a mejorar la calidad de vida del paciente.

Al trabajar con pacientes con enfermedades terminales el profesional se ve expuesto constantemente a situaciones de muerte por lo que se desarrollarán procesos de duelo por la pérdida de los pacientes, estos procesos de duelo podrían afectar la relación del profesional con otros pacientes y de igual manera puede afectar en otras dimensiones del desarrollo laboral del mismo.

Es por esta razón que la presente investigación busca aportar desde una nueva perspectiva al tema del duelo, haciendo una aproximación a las implicaciones que tiene el duelo en la relación médico-paciente. En este campo se abre una gran oportunidad de investigación ya que el estudio del duelo desde la posición del profesional envuelve una gran cantidad de factores que intervienen en como el mismo enfrenta la muerte y el proceso de duelo. Poner en evidencia el duelo que atraviesa el profesional y como este afecta al mismo en su desempeño laboral abre un campo de investigación muy amplio y de igual manera pone en manifiesto la necesidad de un seguimiento psicológico a todos los profesionales de la salud.

En este trabajo se pueden apreciar las diferentes perspectivas con respecto a la muerte y el proceso de duelo y cómo estas perspectivas influyen en la forma de afrontamiento de la persona ante estas situaciones. De igual manera se pone en evidencia como los procesos de duelo del profesional tienen influencia en su desempeño, permitiendo

resaltar que los duelos de la vida personal son los que tienen un mayor impacto en la persona y en la forma en que el mismo se relaciona con el medio.

El duelo es un proceso que conlleva una gran carga emocional para todo individuo, por lo que esta carga emocional debe ser elaborada para que la persona sea capaz de sobrellevar el proceso de duelo y finalmente evitar el desarrollo de duelos complicados o patológicos que no solo afectarán en su desempeño laboral sino también en su vida personal.

Los objetivos de este estudio son evidenciar estas implicaciones del duelo a partir de los resultados obtenidos en las 12 entrevistas realizadas a los profesionales del Hospice San Camilo con sede en la ciudad de Quito, y de la misma manera uno de las finalidades de esta disertación es incentivar a la investigación en este campo. En el estudio realizado se encontraron varias respuestas, sin embargo se presentaron nuevas dudas e hipótesis que abren campo a futuras investigaciones. Incentivar a profesionales interesados en esta rama a investigar y presentar nuevos aportes que puedan no solo ayudar a los profesionales de la salud sino también proponer nuevas ideas que puedan ser implementadas para ayudar en la formación de los profesionales.

CAPÍTULO 1. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL DUELO

Conocer la definición, las etapas que se atraviesan y las implicaciones emocionales que tiene el duelo puede llevar a una mejor comprensión de este proceso y por lo tanto ser un elemento de gran impacto para un mejor manejo del duelo.

1. Definición de duelo

Las definiciones con respecto al duelo son varias, de igual manera los autores y sus perspectivas, entre los estudios de la psicología encontramos múltiples aproximaciones al duelo, su definición y sus implicaciones, Sigmund Freud a través de su escrito “Duelo y Melancolía” presenta la siguiente aseveración sobre el significado de este fenómeno “El duelo es , por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917, pág. 241).

Siguiendo con las aportaciones del psicoanálisis se encuentra nuevamente Freud quien en su texto “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1925) expone que el duelo se presenta como una respuesta cuando la ausencia de la persona amada es permanente y esta reacción viene acompañada de angustia y dolor por la pérdida del ser querido.

John Bowlby en el primer capítulo de su texto “La pérdida”, menciona que la misma es un trauma que puede compararse pocas veces con otros golpes fuertes de la vida, “la pérdida de una persona amada constituye una de las experiencias más penosas por las que un ser humano puede pasar” (Bowlby, 1993, pág. 31).

Igor Caruso menciona de manera repetida que la pérdida es o conduce a una mutilación del Yo, “la pérdida del objeto de amor que al mismo tiempo es un objeto de identificación conduce a una auténtica mutilación del Yo, catástrofe del Yo por la pérdida de identidad” (Caruso, 1969, pág. 19). Se puede decir entonces que el duelo sería una reacción a la pérdida dada pero no tan solo en referencia a la pérdida física sino también a la pérdida psíquica que sufre el sujeto.

La pérdida psíquica a la que se ve enfrentado el sujeto puede deberse a la ausencia del objeto de identificación. Las relaciones que se establecen con otros se forman a partir

de características similares que comparte una persona con otra, por lo tanto al perder el objeto con el que se da esta identificación se presenta una crisis de identidad en el individuo, la cual podrá denotar el impacto del duelo en el aspecto psicológico (Caruso, 1969).

José Carlos Bermejo Director del Centro de Humanización de la salud y Centro Asistencial San Camilo de Tres Cantos (Madrid- España), escribe el texto “Estoy en duelo” el cual busca ayudar a aquel que ha perdido a un ser querido, busca definir para todos aquellos que se encuentren en duelo de qué se trata este proceso, “el duelo es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o alguien con valor significativo” (Bermejo, 2007, pág. 8).

Elisabeth Kübler-Ross aporta a la definición de lo que es el duelo a través de sus textos. En su libro “Sobre el Duelo y el Dolor” (2006), expresa que el duelo es una respuesta emocional por el dolor de la pérdida de un ser querido, una reacción hacia la ruptura permanente del vínculo entre el individuo y su ser querido. Como menciona Igor Caruso (1969) este rompimiento del vínculo con el objeto de amor ocasiona que el sujeto pierda su objeto de identificación por lo que la pérdida es catastrófica para el sujeto.

Aunque el duelo se considere catastrófico para el individuo el mismo tiene un carácter curativo, Kübler-Ross (2006) menciona que el duelo aunque es respuesta al dolor por la pérdida de igual forma es un camino hacia el restablecimiento del sujeto y reformulación de la vida del individuo ahora sin su ser querido.

“El poder del duelo es maravilloso. No apreciamos sus poderes curativos, pero son extraordinarios y admirables... El duelo transforma el alma rota y herida, el alma que ya no desea levantarse por las mañanas, el alma que es incapaz de encontrar una razón para vivir, el alma que ha sufrido una pérdida increíble” (Kübler-Ross, 2006, pág. 231).

El duelo puede presentarse como resultado de un suceso inevitable como es la muerte, de una pérdida definitiva del ser querido, tras esta ausencia permanente del objeto de amor el proceso de duelo comienza permitiendo al sujeto la curación por esta pérdida, le da la oportunidad al individuo de iniciar un camino a través del cual podrá sobreponerse al dolor de la pérdida. Pero este duelo por la pérdida definitiva no es el único del cual Kübler-

Ross (2006) habla. El duelo anticipatorio es aquel proceso a través del cual la persona puede comprender la realidad de la pérdida, este duelo podría decirse que permite traer a la conciencia la inminencia de la muerte del ser querido haciendo posible que el sujeto agudice los sentidos como preparación para esta pérdida.

Todos los seres humanos son conscientes de su propia muerte y desde este conocimiento es que se comienza un duelo anticipatorio ya que es una preparación hacia aquel futuro que es por ahora desconocido pero se comprende que es inminente e irreversible, es “el principio del fin” (Kübler-Ross, 2006, pág. 18). Tanto el duelo como el duelo anticipatorio son procesos que permiten al individuo comprender la inminencia de la pérdida pero su temporalidad es la que permite establecer una distinción entre estos dos procesos “en el duelo, nos centramos la mayor parte del tiempo en la pérdida del pasado, pero en el duelo anticipatorio lo hacemos en la pérdida que nos aguarda” (Kübler-Ross, 2006, pág. 18).

1.2. Etapas del duelo

Una de las primeras aportaciones con respecto a las etapas del duelo la hizo Kübler-Ross quien en 1969 escribe, la negación y el aislamiento se presentan como la primera fase del mismo, seguido por la ira, el pacto, la depresión y finalmente la aceptación; años más tarde en el 2006 en su texto “Sobre el Duelo y el Dolor” retoma el tema de las etapas del duelo aclarando que las mismas no son un proceso cronológico y lineal, sino más un proceso personal y único de cada individuo, las etapas del duelo según la autora fueron introducidas o presentadas con el afán de permitir a aquel que atraviesa el proceso o al que desea ayudar a un doliente a enmarcar los sentimientos y conductas que se presentan en este proceso para direccionar el camino de resolución del duelo, pero en ningún momento se buscó a través de las mismas enmarcar al proceso como algo universal.

Las etapas del duelo presentadas en estos textos fueron definidas de la siguiente manera (p.59-p.147):

- **Negación y aislamiento:** La negación se presenta como una defensa “generalmente la negación es una defensa provisional” (Kübler-Ross, 1969, pág. 61). En el caso del enfermo la negación se puede presentar como una incredulidad a través de la cual niega la existencia de una enfermedad que terminará con su vida.

Por otro lado en el caso de una persona en duelo por la pérdida de un ser querido, la negación tiene un carácter simbólico más que literal, esto haciendo referencia a que el sujeto está consciente de la ausencia de su ser querido pero no puede comprender la realidad de que esta ausencia será definitiva, “la negación no es aun la negación de la muerte propiamente dicha, aunque alguien pueda decir: “no puedo creer que esté muerto”. La persona lo está diciendo, de hecho, porque, al principio, la muerte es excesiva para su psique” (Kübler-Ross, 2006, pág. 24).

- **Ira:** “Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento” (Kübler-Ross, 1969, pág. 73). Esta fase se puede manifestar de diferentes maneras, la ira puede ser direccionada hacia uno mismo, hacia el ser querido y el personal médico; el individuo se pregunta ¿Por qué yo?, ¿Por qué tuvo que pasarme a mí?, estas son expresiones de ira a través de las cuales se muestra la frustración por la inminencia de la muerte o de la pérdida.
- **Pacto:** Lograr un acuerdo que posponga lo inevitable es el pilar de esta fase. Pedir a una deidad que la muerte sea postergada o impedida es la solicitud de los pacientes y sus familiares que buscan la solución a la situación que están viviendo, “el paciente desahuciado utiliza las mismas maniobras. Sabe, por experiencias pasadas, que hay una ligera posibilidad de que se le recompense por su buena conducta y se le conceda un deseo teniendo en cuenta sus especiales servicios” (Kübler-Ross, 1969, pág. 112).

Antes de una pérdida el pacto o negociación opera como una demostración de que tanto el enfermo como la familia están dispuestos a hacer lo necesario para evitar lo que está sucediendo. Después de la pérdida el pacto es utilizado por el individuo en duelo como un mecanismo a través del cual se pide que la ausencia del ser querido no sea real y que el dolor por la pérdida sea aliviado, esta fase busca hacer un intercambio con aquella deidad que se cree puede evitar lo inevitable a cambio de un sacrificio presentado por el individuo.

- **Depresión:** Cuando la negación, la ira y la negociación no han dado los frutos que el sujeto deseaba y la enfermedad muestra a través del empeoramiento de los síntomas que la muerte es un suceso inevitable, el enfermo y su entorno se enfrentan a una fase de depresión. Kübler-Ross habla de dos tipos de depresión: la reactiva y la preparatoria. La reactiva es aquella que se presenta de manera inmediata por la pérdida evidente como la pérdida de independencia, la amputación de un miembro.

La depresión preparatoria es aquella que se presenta ante algo que sucederá en el futuro. Cuando el individuo padece de este tipo de depresión se debe estimular una actitud comprensiva en el entorno, el individuo está por perder todo lo que ama y lo que conoce por lo que una actitud de acompañamiento es lo único que le ayudará a enfrentar esta etapa, “si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no esté triste” (Kübler-Ross, 1969, pág. 118).

- **Aceptación:** La fase de aceptación suele confundirse con el sentirse bien con la muerte o aceptarla, por el contrario esta fase no necesariamente trata sobre estar de acuerdo con la pérdida. En el caso del individuo en duelo por la pérdida de un ser querido en esta etapa el sujeto traerá a la realidad la pérdida, comprenderá que la ausencia del ser querido es permanente y por lo tanto irreversible, siendo esta la realidad actual del sujeto, el mismo la comprende pero no la acepta ni está de acuerdo con la misma. Esto mismo sucede con el enfermo, tras varios intentos de cambiar su realidad el mismo ahora comprende cuál es su realidad y por lo tanto la acepta, pero no está de acuerdo con la misma.

Por otra parte William Worden (2008) define al proceso de duelo a través de tareas que deben ser realizadas en este proceso, se establecen cuatro tareas:

- **Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida**

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no solo una aceptación intelectual sino también emocional. La persona en duelo puede ser intelectualmente consciente de la finalidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera (Worden, 2008, pág. 29).

El individuo debe hacer consciente la pérdida, comprender que el reencuentro con su ser querido no es posible. En esta tarea la persona en duelo debe afrontar plenamente la ausencia del ser querido, aunque la muerte haya sido esperada siempre se mantiene una sensación de que la misma no es real, por lo tanto traer a la realidad la misma hará que el sujeto pueda elaborar su duelo.

- **Tarea 2: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida**

Tras la pérdida de un ser querido se presentan muchas emociones, el sujeto debe enfrentar las mismas para poder elaborar su propio duelo. Como menciona Kübler-Ross (1969) en sus etapas del duelo, la ira, el miedo y la tristeza predominan durante el proceso. Estas emociones deben ser elaboradas ya que a pesar de que sean emociones dolorosas son vitales para el proceso. Worden menciona que se debe permitir la expresión de las emociones de dolor, todas son emociones legítimas dentro del proceso, el dolor que no es resuelto en el momento de la pérdida se acarrea a lo largo de la vida y esto hará más compleja la elaboración de un duelo posterior (Worden, 2008, págs. 30-32).

- **Tarea 3: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente**

La pérdida del ser querido implica su ausencia física permanente y por lo tanto una ausencia en el cumplimiento del rol del mismo dentro de la relación o dinámica familiar, todo individuo cumple un rol en la sociedad, dentro de una familia y en una relación, con la ausencia del sujeto todas estas funciones y roles dejan de ser cumplidos lo que significa que ahora deben ser desempeñados por la o las personas que quedan tras la pérdida, “adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba” (Worden, 2008, pág. 32).

Si bien el duelo es un proceso único para cada individuo de igual manera la relación que mantenía con el ser que perdió será única, por lo tanto cómo se perciba esta ausencia

será personal e individual, los roles que el ser perdido cumplía dependen de la relación que tenía con cada uno de sus seres queridos en duelo, es por esto que cada individuo se adaptará a la muerte y a la nueva realidad de diversas maneras.

- **Tarea 4: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo**

Recolocar emocionalmente al ser querido quiere decir “retirar la energía emocional del fallecido y redirigirla hacia otra relación” (Worden, 2008, pág. 34). Esta tarea busca permitir al individuo establecer nuevos vínculos, redirigiendo la carga emocional hacia nuevas relaciones que puedan ser ahora de apoyo.

John Bowlby (1980) desde la teoría del apego establece que las fases del duelo son:

- **Fase de shock:**

Fase temprana del duelo que se caracteriza por aturdimiento y negación, el sujeto presenta dificultad para aceptar la pérdida.

- **Fase de anhelo y búsqueda:**

Fase de búsqueda intensa del ser querido, se caracteriza por los pensamientos repetitivos con respecto al fallecido. La nostalgia es una expresión emocional característica de esta fase del duelo, la persona se muestra atenta, en busca del retorno de la figura de apego. La relación con el sujeto perdido sigue ocupando un rol importante en la vida del individuo y el incesante deseo de mantener esta relación hace que el anhelo y la búsqueda sean continuos en esta etapa.

- **Fase de desorganización:**

En esta fase se hace consciente la pérdida por lo que la persona comprende que el ser querido no volverá, que la búsqueda ya no tiene sentido, por lo que junto con esta conciencia de la muerte del ser querido y la irreversibilidad de la misma se presentan sentimientos de tristeza, apatía, falta de interés en las actividades diarias y depresión.

- **Fase de reorganización:**

La ira, la tristeza, la desesperación, el anhelo y la ansiedad son sentimientos necesarios para que el sujeto pueda procesar la pérdida y llegar a una fase de reorganización, en la cual no se busca romper el vínculo con el ser querido sino

modificarlo para que ahora este vínculo no ocupe un lugar central en la vida del sujeto y le permita seguir viviendo.

Igor Caruso (1969) por su parte no define al proceso de duelo por etapas, en su texto menciona a estas reacciones ante la muerte, como mecanismos del morir. La vivencia de la muerte ocasiona una separación con el objeto de amor, por lo que tras esta pérdida el sujeto atraviesa un proceso para reestructurarse tras la ausencia de su ser querido.

En el texto la separación de los amantes (1969) los mecanismos del morir son:

- **Catástrofe del Yo:**

Tras la muerte se produce una separación y tras esta separación la muerte se vuelve consciente por lo que se produce desesperación, la muerte del objeto de amor también representa la muerte del objeto de identificación esto conduce a una catástrofe del Yo por la pérdida de identidad (Caruso, 1969).

- **Agresividad:**

La agresividad se presenta como el primer mecanismo de defensa, la misma permite que el sujeto lleve a cabo una desidentificación con el objeto de amor, pero de igual manera permite una adherencia al mismo, de esta manera el ser querido puede ser parte del sujeto y la muerte se declara como definitiva en la conciencia (Caruso, 1969).

- **Huida hacia adelante:**

“Las dosis flotantes de libido buscan nuevos objetos” (Caruso, 1969, pág. 21). La huida es una búsqueda de consuelo ya que el Yo se encuentra devastado por la pérdida, principalmente la búsqueda se da en el placer que por experiencias pasadas el sujeto conoce y sabe que esto puede calmar su mortificación, así a través de este uso de defensa se busca dirigir la libido hacia un objeto que sea considerado aceptable para el Ello o el Súper Yo.

- **Ideologización:**

A través de la misma se busca legitimar la muerte, encontrar una razón, la racionalización es la mayor expresión de este mecanismo de defensa, “racionalización

que hace de la necesidad una virtud, una filosofía, autoconciencia heroica, devoción religiosa, que legitiman la muerte” (Caruso, 1969, pág. 22).

Todas estas aportaciones han permitido enmarcar las reacciones que se presentan en el proceso de duelo para direccionar un trabajo durante este proceso, muchas de estas apreciaciones aunque similares presentan una variedad de posibilidades de respuesta del individuo hacia la pérdida, cada duelo es único y por lo tanto las respuestas al mismo duelo serán únicas.

Así cabe comparar los procesos del duelo con los de la curación luego de una herida o quemadura grave. Estos últimos procesos pueden seguir un curso que, con el correr del tiempo lleva a que la función quede restaurada plenamente o casi por completo, o bien, uno de los caminos que tienen como resultado un mayor o menor menoscabo de la función. Del mismo modo, los procesos del duelo pueden seguir un camino que con el correr del tiempo lleva a un restablecimiento más o menos completo de la función, esto es, a una renovación de la capacidad para establecer y mantener relaciones amorosas, o bien seguir un curso que implica un mayor o menor menoscabo de estas funciones (Bowlby, 1993, pág. 63).

1.3. Implicaciones emocionales del duelo

Las emociones son aquellas que en el proceso de duelo permiten al individuo de alguna manera reaccionar ante el dolor, las emociones que caracterizan este proceso son:

- Tristeza
- Ira
- Miedo

El miedo es una emoción característica en el proceso de duelo, la muerte es un suceso al cual todo ser humano teme, pensar en la propia muerte y la muerte del ser querido es algo que produce temor. Tras la muerte del ser querido la persona experimenta ira y tristeza, principalmente la ira se evidencia como un mecanismo de defensa ante la situación dolorosa, el sujeto busca culpar a otro y si es posible al fallecido por su muerte, por causarle este dolor; la tristeza se presenta posteriormente cuando la muerte ya ha sido aceptada y el individuo ya está avanzando en el proceso de duelo. Esta es una respuesta que demuestra en cierta manera la aceptación de la inminente e irreversible muerte, esta tristeza permitirá al sujeto expresar el dolor por la pérdida y llegar a una etapa de

aceptación de la muerte por lo que estas emociones son esenciales en el proceso, son estas las que permiten que el sujeto pueda reestablecerse y seguir con su vida (Bermejo, 2007).

Estas emociones están acompañadas de sentimientos de anhelo, culpa, impotencia, angustia, frustración y fracaso, estos sentimientos se presentan en todos los individuos que atraviesan un proceso de duelo. Según varios estudios realizados en profesionales de la salud los sentimientos relacionados con la impotencia, fracaso y culpa están muy presentes en el equipo de salud. La Doctora Gómez (2011) en sobre el médico frente a la muerte, menciona que estas reacciones se presentan como consecuencia de la creencia social de que el médico es aquel que debe restaurar la salud por lo tanto si el profesional no es capaz de cumplir este rol se considera que su función dictaminada por la sociedad no está siendo cumplida, lo que influencia en la presencia de sentimientos de fracaso y culpa en el profesional de la salud.

Las expresiones emocionales en el duelo presentan respuestas físicas o conductuales importantes de reconocer, ya que tienen una gran influencia en cómo se atraviesa el proceso de duelo y por lo tanto cómo se resuelve el mismo, las alteraciones conductuales son formas desviadas de comportamiento en referencia al estado previo del individuo que afectan su desenvolvimiento en la vida diaria. Estas conductas son esencialmente normales en el proceso de duelo por lo tanto con el avance en el mismo las síntomas de igual manera deben ir desapareciendo solos (Gómez R. , 2011).

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2016), las alteraciones conductuales que se pueden ver son:

- Alteraciones en el sueño
- Trastornos alimenticios
- Aislamiento social
- Llorar
- Conductas de búsqueda como llamar al fallecido, buscarlo en casa, entre otras.
- Agotamiento

Tanto las respuestas emocionales como conductuales evidencian cómo el individuo procesa su duelo. La presencia de estas respuestas en el inicio y a lo largo del proceso del duelo puede referir que el sujeto está resolviendo su duelo sin alteraciones patológicas. La

persistencia de estos cambios emocionales y conductuales podrían referir una alteración que podría derivar en un duelo patológico.

1.4. El duelo en el profesional de la salud

La muerte es una circunstancia que genera un intenso temor en todo ser humano, en relación con el médico la muerte representa no tan solo una situación de temor sino también una situación de impotencia. Las ansiedades del médico frente a la muerte del paciente se intensifican cuando el enfermo es un enfermo terminal ya que su labor asistencial se ve limitada.

El diagnóstico de un paciente con enfermedad terminal genera en el profesional de la salud un proceso de duelo, ya que a partir de la primera evidencia de una enfermedad catastrófica, el médico se encuentra en una situación de impotencia en la que solo puede ayudar a morir a su paciente, por lo tanto sus esfuerzos están destinados no a la curación del paciente, sino a la búsqueda del alivio de la sintomatología que presenta. Worden (2008) señala que la experiencia de duelo propio nos dificulta sentirnos útiles para la persona que lo está experimentando, el profesional de la salud experimentará frustración, enfado e incomodidad al ser testigo del dolor de su paciente.

Todas estas emociones son expresiones naturales y legítimas del proceso de duelo del profesional de la salud y de todo ser humano; gracias a las aportaciones de Kübler-Ross (1969) se conoce que la expresión de emociones en todas las etapas de duelo es primordial para la resolución no patológica de este proceso. Entre las etapas de duelo expuestas por esta autora está la negación, la cual en el profesional de la salud tiende a presentarse como un alejamiento del mismo con su paciente; la etapa de ira puede evidenciarse como una respuesta frente a la impotencia sentida por el profesional de la salud ante la enfermedad.

Diversas emociones se presentan durante el proceso de duelo. El objetivo del médico es la preservación de la vida, en el momento que la misma no se puede mantener y solo se puede aportar alivio al paciente, predominan en el profesional sentimientos de impotencia y culpa. Lo que implica un cuestionamiento con respecto a su formación, haciendo que este considere en muchos casos que la deficiente intervención médica es la causa de la muerte del paciente.

1.5. Factores que inciden en el proceso de elaboración del duelo

Como afrontamos la vida está regulado por los modelos de representación que tiene cada persona del mundo y de sí mismo, estos modelos de representación nos permiten evaluar e interpretar la información del entorno de determinada manera, por lo tanto las reacciones ante esta información también se ven influenciadas por los modelos de representación del individuo, las estructuras cognitivas con las que evalúa y las condiciones en las que se presenta el suceso (Bowlby, 1993).

Como seres humanos la muerte es un suceso inimaginable, y este suceso se hace solo evidenciable y real cuando se atraviesan situaciones cercanas a la muerte trae a la mente la idea de la propia mortalidad. Como médico la forma en la que el mismo percibe la muerte no tan solo afectará en la elaboración de su duelo sino también repercutirá en cómo el enfermo reaccionará frente a su propia muerte, la dimensión asistencial y relacional entre médico y paciente es un factor que incide en el proceso de elaboración del duelo del paciente y del profesional de la salud (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

Los médicos no fueron formados para afrontar la muerte, en su formación se les ha confiado la cura del paciente enfermo, más no se les ha enseñado a acompañar al paciente y su familia en el proceso de morir (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004). La formación del profesional de la salud está comúnmente dirigido a la cura de la enfermedad, pero se debe tener en cuenta que algunas veces esta cura no es posible por lo que la formación del médico debe ser también direccionada hacia el acompañamiento del paciente aliviando su dolor y siendo una herramienta de apoyo para la familia.

La relación entre estos dos individuos uno que va en busca de ayuda y otro que presta ayuda, en sus comienzos se denominaba como relación médico-enfermo, posteriormente esta denominación de la relación tomó un giro importante ya que se consideraba que no todo individuo que consulta con un médico es una persona que padezca una enfermedad por esta razón se denominó a la relación como médico-paciente. Posterior a esto el servicio de salud consideró que todo ser humano que hace uso del mismo no es necesariamente un paciente o enfermo, esta denominación le da al sujeto un papel pasivo haciendo que el mismo no tenga la potestad de tomar decisiones sobre su propia salud, es por esta razón que la relación llegó a denominarse como médico-usuario dándole al individuo un papel activo en la relación (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

Las modalidades en la relación entre el médico y el usuario pueden variar, puede presentarse una relación rígida o una relación permeable en la cual el profesional y su paciente puedan tener canales de comunicación abiertos para el diálogo con respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamientos para la enfermedad. De igual manera el estilo de relación dependerá del tipo de enfermedad que se trate y del pronóstico de vida del paciente (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

Otro factor relevante es el tipo de asistencia si es pública o privada, este aspecto es esencial ya que en la asistencia pública la relación del médico con sus pacientes puede ser muy impersonal debido a la gran demanda del servicio de salud pública, si el servicio es privado el médico tendrá la posibilidad de una mayor cercanía con sus pacientes (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

Por otra parte la relación dependerá también del papel que adopte el profesional de la salud frente a su paciente. Puede ser un modelo de relación paternalista en la cual el médico actúa como el guardián del enfermo, otro modelo de relación puede ser el informativo que le permite al profesional adoptar la posición de técnico experto desde la cual el médico le informa al paciente solo desde el aspecto científico, puede de igual forma presentarse el modelo interpretativo en el cual el médico actúa como un consejero brindándole al enfermo la información necesaria sobre su enfermedad. Por último el modelo deliberativo en el cual el profesional actúa como amigo del enfermo y su familia (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

El mantener una relación emocionalmente cercana con el paciente hace que el duelo del profesional de la salud tenga una resolución dificultosa ya que los sentimientos de culpa, impotencia y tristeza predominarán, es por esto que adoptar un modelo de relación deliberativo puede ser nocivo para el profesional a consecuencia de este modelo relacional el profesional puede comprometer su objetividad con respecto al tratamiento del enfermo y la muerte del mismo (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

Según el artículo escrito por Zoraida Carmona y Cira Bracho de López docentes de la Universidad de Carabobo en Venezuela, con respecto a la muerte, el duelo y el equipo de salud que fue publicado en la Revista de Salud Pública de Venezuela (2008), otro de los factores que afectan en el proceso de duelo del profesional de la salud es la edad de su paciente.

Cuando el paciente es joven, esto cuestiona al médico sobre la fragilidad de la vida y sobre el injustificado dolor y sufrimiento de un ser humano a tan corta edad, de igual forma el profesional de la salud puede relacionar a este paciente con un miembro de su familia o entorno lo que complica el proceso de duelo del mismo. Por otra parte si el paciente es de similar edad a la del médico se puede desarrollar un proceso identificatorio el cual le recordará al profesional la propia mortalidad, generando un mayor impacto emocional en el mismo. Por el contrario si la edad del paciente es avanzada y el mismo ha podido cumplir su ciclo vital, esto permite que para el médico el proceso de duelo sea más llevadero ya que el individuo ha tenido la mayor posibilidad de vivir su vida y la muerte es un proceso inminente en la culminación del ciclo vital y por lo tanto un proceso natural y comprensible a la edad del paciente (Carmona & Bracho, 2008).

Como los individuos se relacionan, depende primordialmente de los modelos relacionales que el sujeto ha tenido a los largo de su vida. Según la teoría del apego desarrollada por John Bowlby (2006). El apego se entiende como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona tenga y mantenga una proximidad con otro individuo, la meta de esta conducta de apego por tanto sería mantener este vínculo afectivo.

Brindar cuidados es una conducta complementaria de la conducta de apego y cumple una función también complementaria, la de proteger al individuo apegado... pero también puede observarse en un adulto frente a otro, sobre todo en momentos de enfermedad, tensión o en la vejez (Bowlby, 2006, pág. 61).

La desviación en las conductas de apego, la presencia de vínculos afectivos ansiosos o ambivalentes como lo mencionó este autor puede incidir en el desarrollo de un duelo patológico.

Bowlby (2006) manifestó que hay tres tipos de personalidades propensas al desarrollo de un duelo patológico. Aquellos que establecen relaciones ansiosas o ambivalentes, quienes brindan cuidados de manera compulsiva y aquellos que alegan independencia de los lazos afectivos. Considerando que el tipo de vínculo de estas relaciones con el entorno es inestable esto generará una complicación en el proceso de duelo debido a la dificultad de posicionar al objeto de amor y redirigir la libido.

La forma en la que la persona se relaciona con el entorno es un factor de gran incidencia en como enfrentan el proceso de duelo, el cómo desarrollamos vínculos afectivos será un gran determinante ante este proceso.

CAPÍTULO 2. EL TRABAJO QUE REALIZA EL HOSPICE SAN CAMILO

Se tiene muy poco conocimiento de que es un Hospice, o de igual manera se lo define erróneamente, es esencial saber cuál ha sido el cambio que se ha dado a lo largo de los años en este tipo de institución para llegar a ser los centros de ayuda para enfermos que son hoy en día.

El término Hospice evoca no solo un espacio físico sino también un ideal de cuidado al paciente. Busca a través de sus cuidados permitir a la persona en su última etapa de la vida obtener una atención integral que le garantice la posibilidad de vivir su propia muerte de manera digna, permitiéndole ser parte del proceso de la enfermedad, de la toma de decisiones de su propia vida y muerte, “la persona que va a morir sigue siendo persona viva hasta el final y la vida le pertenece” (Redaelli, 2012, pág. 56).

En el texto “Hospice el cuidado personalizado y humanizado del enfermo terminal” del Padre Alberto Redaelli (2012) se designa que el Hospice es una institución que representa un lugar intermedio entre el hogar y el hospital. Es un espacio en el cual un enfermo recibe la atención que requiere con la capacidad y el conocimiento científico de un hospital y por otra parte mantiene un ambiente de hospitalidad, calidez y cordialidad similar al de un hogar.

Es por esta razón que en el Hospice se trabaja desde una modalidad en la cual se busca trasladar la importancia hacia el paciente y su familia y no a la enfermedad, así se busca humanizar la enfermedad para no ver al paciente tan solo como una patología sino como una persona en sufrimiento, por lo tanto, al considerar a la persona como el pilar fundamental se trabaja en la totalidad del mismo brindándole confort físico aliviando su dolor, guía espiritual y un acompañamiento emocional al paciente y su familia.

Por esta razón las unidades de cuidado tipo Hospice tienen un régimen distinto al de un hospital, no existen limitaciones con respecto al número de visitas, horario de las mismas y la edad de los visitantes no tiene importancia es así que los niños también pueden visitar a sus seres queridos. La alimentación del paciente busca brindarle algo familiar y apetecible, y con respecto al acomodamiento se permite que el paciente traiga sus objetos de uso personal para que se sienta integrado al medio hospitalario. De igual manera existen

áreas de uso común tanto para el enfermo como para su familia, comedor, sala de televisión, servicios religiosos, capilla, internet, cocina, huerto, patio, y otros.

Con esta modalidad de ayuda se busca que el paciente no sea completamente sustraído de su contexto, sino que se mantenga dentro de un ambiente en el cual se le permita conservar un cierto nivel de cercanía y familiaridad y no sea enviado a un medio en el que los tecnicismos trasformen al sujeto en objeto.

Por lo tanto, el Hospice “nace como una herramienta útil para lograr que el final de la vida de los enfermos acontezca con el máximo confort posible y que los familiares puedan contar con el apoyo que precisan” (Redaelli, 2012, pág. 14).

Es un espacio en el cual el paciente que requiere ser internado recibe el tratamiento médico que necesita sin olvidar los otros aspectos de sí mismo. Se trabaja en el alivio de dolor, regulación de medicamentos y otras cuestiones médicas necesarias para el paciente, pero se resalta siempre la parte humana del mismo por lo que se enfatiza siempre en el compartir tiempo con la familia y otros pacientes. Se realizan actividades de acompañamiento psicológico, actividades manuales, ejercicios lúdicos, terapia ocupacional y otros que le permiten al paciente sentirse vivo y útil hasta el final de sus días.

2.1. Historia de la institución

El Hospice San Camilo nace como un proyecto de la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), una entidad sin fines de lucro que trabaja hace 16 años en Quito, cuidando y acompañando a enfermos en etapa terminal y sus familias. El grupo de trabajo se conformó a partir de amigos con diferentes especialidades que buscaban brindar al enfermo terminal un espacio en el cual se pueda humanizar el cuidado del paciente en sus últimos días de vida, aliviando el sufrimiento físico y emocional de la persona enferma cuando ya la curación no es posible.

“Hospice el cuidado personalizado y humanizado del enfermo terminal” (Redaelli, 2012) expone la historia de la institución, contando la conformación de este grupo de trabajo, la cual se fue dando de manera gradual. Individuos con creencias similares identificados con el trabajo de San Camilo de Lelis, que buscaba humanizar la asistencia sanitaria se unieron y en sus inicios conformaron un grupo de cinco personas: un sacerdote camiliano, una enfermera, un médico, un ingeniero químico y una voluntaria, quienes tras poco tiempo de trabajo organizaron un consultorio de atención para los pacientes, de igual

manera tras varios años de trabajo en consulta externa, hospital del día y visitas domiciliarias, lograron plasmar el proyecto Hospice San Camilo como una institución pionera en cuidados paliativos.

Es así como hace 2 años el Hospice San Camilo atiende aproximadamente de seis a diez pacientes en sus instalaciones. Esta atención se caracteriza por ser rotativa ya que los pacientes se internan para aliviar síntomas que en casa no pueden ser tratados y al lograr controlar los mismos se le permite al paciente volver a casa.

La institución cuenta con veinte y cinco camas, cinco grupos de visita domiciliaria que respectivamente van a distintas zonas de la ciudad de Quito y atienden a pacientes en etapa terminal que desean permanecer en su domicilio o que por otras circunstancias no pueden internarse en el Hospice San Camilo; existe un grupo interdisciplinario de médicos, voluntarios, sacerdotes y psicólogos que buscan satisfacer las necesidades del paciente de forma integral.

Existen médicos y enfermeras que cuidan al paciente en el área clínica, un fisioterapeuta que ayuda a que los pacientes mantengan la mayor movilidad posible, y con ciertos efectos secundarios que tiene el mantenerse en cama por largos períodos. También están las voluntarias que ayudan a los enfermos con actividades manuales, los acompañan y gestionan actividades que ayudan a mantener el funcionamiento de la institución, en el área espiritual tanto los sacerdotes como las voluntarias de la institución realizan un acompañamiento y el departamento de psicología se encarga de trabajar con el paciente y su familia en el proceso de aceptación del diagnóstico y enfermedad y de igual manera en el proceso de duelo.

Es a través de este equipo de trabajo que la institución logra y promueve el cumplimiento de su misión de trabajo la cual es “...brindar cuidado integral del enfermo en etapa terminal y a las familias en duelo; aliviar el sufrimiento físico y emocional de las persona enferma cuando curar ya es muy difícil; ofrecer orientación, asistencia psicológica y acompañamiento espiritual a las familias antes y después del fallecimiento del ser querido” (Redaelli, 2012, pág. 109).

2.2. Cuidados paliativos

2.2.1. Definición

A lo largo de nuestra vida se cuenta con personas que cuidan de los enfermos, médicos que están capacitados, nos brindan la atención que necesitamos, al final de nuestra vida estos cuidados se hacen de igual manera necesarios, cuidados que buscan aliviar nuestro dolor y acompañarnos en este camino final. Los cuidados paliativos por lo tanto son un medio a través del cual el enfermo puede encontrar atención médica que no busque prolongar su vida ni acortarla sino tan solo ser un medio de alivio y soporte en esta etapa.

Como se menciona en el Periódico en línea The New Atlantis (2005), Según la doctora Saunders la correcta atención médica y un tratamiento adecuado pueden aliviar el dolor de paciente, antes que matar o adelantar la muerte de una persona, el equipo sanitario debe buscar terminar con el sufrimiento del enfermo, adoptar medidas que ayuden a aliviar el dolor y permitirle al paciente que sus últimos momentos de vida valgan la pena ser vividos.

Existen varias definiciones de los cuidados paliativos una de estas dada por la OMS “Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo” (Vidal & Torres, 2006).

Por esta razón se entiende que los principios fundamentales de estos cuidados serían el alivio del dolor y síntomas concomitantes, no prolongar o acortar la vida ya que la muerte es un proceso natural, integrar todos los aspectos de la vida del paciente para de esta forma brindarle un cuidado integral y proporcionar el apoyo necesario a la familia y el enfermo a través de un equipo interdisciplinario.

Los cuidados paliativos; estos son las intervenciones activas y globales, que se proponen mejorar la calidad de vida, cuando ya no es posible y tiene poco sentido proponerse alargar la vida, sino dar respuestas nuevas al acompañamiento del moribundo... Asegurar a todos los enfermos óptimo control y alivio de su dolor, a la vez que un soporte total a sus necesidades. Se trata de unos cuidados que miran a la integralidad de la persona y que abraza todas sus dimensiones (Redaelli, 2012, págs. 14-15).

Si bien se evidencia que los cuidados paliativos son medidas clínicas que se instauran para ayudar a un paciente en sufrimiento, es esencialmente importante comprender que la medicina paliativa se aplica tan solo cuando la curación no es posible. Por lo tanto se deben ejercer medidas de cuidado hacia paciente que le permitan vivir confortablemente hasta el final de su vida.

Estas medidas deben permitir al individuo formar parte de su cuidado, de la toma de decisiones y por sobre todo deben ayudar a mantener su integridad y dignidad. El cuidado se enfoca en preservar la autonomía del paciente, teniendo en cuenta que el sujeto es un ser con relaciones emocionales significativas, que forma parte de un mundo social y afectivo y debe poder mantenerse parte del mismo hasta el final.

2.2.2. Historia de los Cuidados Paliativos

La Historia de este tipo de cuidado se remonta varios siglos atrás, “Los Cuidados Paliativos, o cuidados tipo Hospice como se denominaron en muchos países anglosajones” (Centeno, 1988, pág. 3), tienen sus orígenes en el siglo XIX. Estos no tenían necesariamente un fin clínico, actuaban como espacios en los cuales los peregrinos, enfermos, huérfanos y otros que transitaban por el área podían descansar y recibir alimento. Posteriormente bajo la influencia de la religión cristiana se crearon lugares en los cuales se cuidaba de los enfermos y de los pobres, estas instituciones encaminaron su trabajo a lo largo de los años siguiendo las creencias o principios de la caridad evangélica “darse al cuidado de los enfermos constituye la forma propia de la primera comunidad cristiana, es la continuidad de la actividad misionera y misericordiosa de Jesús al servicio de los enfermos” (Redaelli, 2012, pág. 20).

En Europa desde el siglo IV aparecieron instituciones cristianas que influidas por la caridad evangélica atendían a los enfermos y tomaron el nombre de hospitales u hospicios, posteriormente en Roma fue creado el primer hospital, por Fabiola una devota seguidora de San Jerónimo, que abrió las puertas de su casa para atender a los más necesitados (Redaelli, 2012).

En el siglo V la comunidad religiosa aprobó una resolución que recomendaba a cada iglesia debía tener un hospicio en el que se pudiera atender a huérfanos, enfermos, pobres y ancianos; y es así como tras varios cambios en la iglesia y en la medicina se llegó a la creación de centros en los cuales se recibía a los moribundos (Redaelli, 2012).

En 1842 se considera que apareció la primera institución tipo Hospice en Lyon, Madame Jeanne Garnier lo denominó el Hospice and Calvaries. Años después en 1899 Anne Blunt fundó el Calvary Hospital en Nueva York, de igual forma en 1905 se abren las puertas del St. Joseph's Hospice fundado por las hermanas Irlandesas de la caridad, y en 1967 Cicely Saunders una gran exponente de los cuidados paliativos conocida hasta hoy en día, surge junto al St. Christopher's Hospice. En esta institución se promovía el cuidado integral del paciente "allí recibían un tratamiento integral que tomaba en cuenta el aspecto biológico, mental, social y espiritual de la persona. La idea de la doctora Saunders fue proveer un servicio que ayude a las personas a vivir con dignidad hasta el último momento de sus vidas" (Redaelli, 2012, pág. 30).

Cicely Saunders fue una enfermera y trabajadora social que tras varios años de trabajo en hospitales vio las carencias que presentaba el sistema médico para los pacientes con enfermedades terminales, así nace el movimiento Hospice un abordaje global del paciente, el cual se desarrolló en el St. Christopher's Hospice, y se difundió alrededor del mundo. "En este centro se atendía únicamente a enfermos terminales, centrándose en primer lugar en controlar el dolor del paciente para después ayudarlo a morir. Del mismo modo, este fue el primer "hospice" académico, en el que se enseñaban cuidados paliativos, y desde el que nació y se extendió el Movimiento "Hospice" (Vidal & Torres, 2006, pág. 144).

Gracias a todos los aportes que se han dado a lo largo de los años con respecto a esta temática, hoy en día existen varias alternativas para los enfermos en etapa terminal. Se han implementado instituciones especializadas en el cuidado de pacientes en el fin de la vida y de igual forma se da la posibilidad a los pacientes de morir en casa.

Esta tendencia se ha difundido de manera sorprendente. Se considera que desde la década de los 90 se utiliza con mayor frecuencia la idea de medicina paliativa, esta nueva directriz en el área de la salud se la define como "es una rama de la medicina que se enfoca en el cuidado integral y comprensivo de pacientes diagnosticados con enfermedades incurables o en estados avanzados de las mismas" (Redaelli, 2012, pág. 86).

La demanda social de este tipo de medicina y cuidados ha aumentado considerablemente en el siglo XX como lo menciona el Padre Alberto Redaelli (2012) en su texto, y esto se debe al aumento de enfermedades catastróficas como el cáncer, SIDA,

enfermedades degenerativas y la alta incidencia de pacientes con enfermedades crónicas marcadas por una falla orgánica. Las estadísticas establecían que en el año 2015 morirían alrededor de 62 millones de personas en el mundo lo que por consecuencia aumenta radicalmente el número de personas que se enfrentan al proceso de muerte.

Como evidencia marcada de esta demanda de cuidados paliativos se menciona que “en 1994 los servicios tipo Hospice atendieron más de 340.000 pacientes y en la actualidad hay aproximadamente 3000 programas Hospice en Estados Unidos” (Redaelli, 2012, pág. 94).

Las cifras muestran una creciente necesidad de este tipo de instituciones en las cuales se proporcione ayuda al enfermo durante el proceso de muerte, solo en Norte América existen cerca de 3000 programas que buscan brindar cuidados paliativos a enfermos terminales. En la realidad Ecuatoriana de igual manera se considera que existe un aumento en la necesidad de este tipo de cuidados. La Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos desde 1998 hasta el año 2010 atendió a aproximadamente 122.317 pacientes en consulta externa y hospital del día; al igual que esta institución existen otras que a lo largo de los años han unido sus esfuerzos para ayudar a todos los pacientes con diagnóstico de vida limitado, entre estas están:

1. Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI): Institución que desde 1973 trabaja en la ciudad de Quito al servicio de personas con enfermedades crónicas y adultos mayores.
2. SOLCA: Institución que asiste a 2200 pacientes nuevos cada año con diagnóstico de cáncer y recibe aproximadamente 4 pacientes paliativos por mes.
3. Instituto Oncológico Nacional: Centro en la ciudad de Guayaquil que cuenta con un área de cuidados paliativos desde 1992 y atiende a un promedio de 6424 pacientes por año.
4. La Casa del Hombre Doliente que asiste a personas sin hogar que padecen enfermedades incurables.
5. Hospital General N.-1 de las Fuerzas Armadas: Centro que en el 2004 instauró un servicio de cuidados paliativos y tratamiento del dolor con profesionales altamente capacitados.

Es por la labor de todas estas instituciones que hoy en día los pacientes reciben una atención en cuidados paliativos cada vez más especializada. Desde el 2007 se ha integrado a las ofertas académicas de la Universidad Central del Ecuador, un postgrado dirigido a cuidados paliativos y tratamiento del dolor, desde 1998 hasta el presente año se ha instaurado a los cuidados paliativos como materia obligatoria u optativa en distintas universidades como son la Universidad Andina, Universidad Central del Ecuador, Universidad Católica del Ecuador, y FECUPAL que se encarga de dictar cursos periódicos de formación para profesionales en el área (Redaelli, 2012).

Es importante recalcar que la conciencia que se ha desarrollado sobre la importancia de estas instituciones como parte del servicio de salud del país ha tenido un alcance nacional logrando que en el 2011 se expida el primer Acuerdo Ministerial que reconoce la importancia de la implementación de un área de cuidados paliativos en todos los centros de salud pública (MSP, 2011).

Dentro del acuerdo ministerial mencionado se establece:

Que, es responsabilidad del Estado universalizar los cuidados paliativos integrales en todas las instituciones prestadoras de servicios, públicas y privadas, del Sistema Nacional de Salud, a fin de reducir las inequidades en la accesibilidad que incluya la atención temprana, en domicilio y evite un inicio tardío y/o falta de continuidad del tratamiento, especialmente de los pacientes oncológicos y no oncológicos, pediátricos y adultos en etapa terminal (MSP, Art. 28, 2011).

Si bien si ha desarrollado un acuerdo para implementación de estos servicios en el Área de Salud es importante desarrollar un plan de implementación y formación de profesionales para el trabajo en esta área. Para este fin es importante capacitar a los profesionales que proveen de cuidados a los enfermos con diagnóstico de vida limitado a través de la creación y desarrollo de centros de enseñanza e investigación en los cuales se pueda generar un avance de los cuidados paliativos y de igual manera crear un impacto a nivel mundial el cual generará cambios en el sistema de salud mundial para los enfermos terminales creando precedentes de cambios históricos que son necesarios en esta área sanitaria.

2.3. Función del médico en Cuidados Paliativos

2.3.1. Equipo de trabajo en Cuidados Paliativos

El tipo de cuidados que se brinda en una institución de tipo Hospice requiere de un equipo multidisciplinario, capacitado para el tratamiento de pacientes con enfermedades terminales, capaces de tratar y considerar al paciente como un sujeto conformado por diversos aspectos, es así que se considera indispensable el trabajo interdisciplinario en el cual distintas áreas de la salud se unan para cuidar de manera global al enfermo.

Dentro de este grupo de trabajo cada miembro del mismo cumple un rol específico y de gran importancia en el cuidado del paciente, la interacción de los distintos profesionales permite tener un conocimiento generalizado del paciente, por lo que de esta manera es posible brindar al enfermo un cuidado integral que supla todas sus necesidades.

Para esto la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su guía para cuidados paliativos (2007), define cuáles deben ser los profesionales que conformen el equipo de trabajo de una unidad de cuidado de este tipo y por lo tanto define los roles de cada uno de los profesionales que trabajarán en el equipo.

Esta guía publicada por la OMS (2007) estipula que todo equipo de trabajo en el área de cuidados paliativos debe contar con:

- 1. Médicos:** con conocimientos de medicina general, tratamiento del dolor y síntomas concomitantes de la enfermedad, así como un conocimiento de las enfermedades y complicaciones que se pueden derivar de las mismas.
- 2. Enfermeras y auxiliares de enfermería:** Profesionales con experticia para el cuidado físico y emocional del paciente, manejo del dolor y los síntomas que se presentan por el avance de la enfermedad. De igual manera al ser el miembro del equipo que tiene más contacto con el paciente puede conocer su realidad y necesidades para que se tomen en cuenta en el tratamiento del mismo, de igual manera puede educar a los familiares sobre los cuidados que necesita el enfermo.
- 3. Trabajadoras sociales:** la trabajadora social ayuda a definir las problemáticas del paciente y su familia desde el ámbito social. Se evidencia a través del trabajo de

este profesional las necesidades o dificultades económicas del paciente y su medio familiar que puedan afectar en el tratamiento del mismo.

4. **Psicólogos:** el trabajo del psicólogo debe ser orientado a acompañar al paciente a tratar sus problemas personales e interpersonales, de igual manera trabajar en la aceptación de la enfermedad y su pronóstico de vida, brindar apoyo tanto al paciente como a la familia en el progreso de la enfermedad y ayudar en el proceso de duelo.
5. **Consejeros espirituales:** deben ser instruidos en cuidados paliativos, y ser sujetos libres de juzgamientos capaces de ayudar al paciente como un confidente y guía espiritual en rituales religiosos significativos para el paciente cuando el mismo lo requiera.
6. **Voluntarios:** deben ser entrenados en cuidados paliativos ya que son una herramienta muy valiosa para el equipo ya que pueden cumplir una infinidad de tareas que busquen apoyar a los profesionales de la salud, pueden dar acompañamiento a los pacientes, educar al paciente y su familia sobre la enfermedad y los cuidados que requiere el enfermo, son agentes importantes para que los enfermos se sientan en una ambiente cordial acompañados por miembros de su comunidad al servicio de su cuidado.
7. **Químicos farmacéuticos:** Se encargan de asegurar que el paciente y su familia tengan acceso a las medicinas necesarias para el tratamiento de los síntomas y el manejo del dolor, debe tener un alto conocimiento sobre el efecto de los fármacos que se prescriben, dosis que se deben administrar, vías de administración y entre otros datos esenciales para el manejo de los medicamentos del paciente.

Todos estos miembros del equipo de trabajo en su totalidad hacen del cuidado paliativo un cuidado integral que asegura el tratamiento necesario para que el paciente reciba la atención que necesita, cada miembro del equipo tiene un rol esencial en el cuidado y por la interacción de estas disciplinas es que se logra hacer una conjunción del sujeto como una totalidad para brindarle el cuidado digno que se merece en todas sus dimensiones.

La Asociación Oaxaqueña de Psicología reconoce la importancia del trabajo en equipo, definiendo al mismo como un grupo de personas que trabajan para lograr un objetivo en común. Este grupo de personas se caracteriza por su constante interacción enmarcada en principios, normas y definición de roles.

Por lo tanto el equipo como lo define el Dr. Aguilar y su colega el Dr. Vargas, es

Un grupo que se caracteriza por la identificación con el logro de los objetivos, aceptación de los roles, comunicación clara y fluida, involucramiento de diversos componentes afectivos; espontánea colaboración y ayuda mutua; cohesión, afinidad e identificación; conciencia de grupo y buenas relaciones interpersonales” (Aguilar & Vargas, 2010, pág. 3).

Gracias a estos principios es que el grupo logra realizar tareas complejas que no podrían ser realizadas por un solo individuo, de igual forma se permite un mayor flujo de ideas lo que desemboca en soluciones eficientes. Para el equipo de salud encargado del cuidado de pacientes en etapa terminal la interacción entre sus miembros es primordial, el paciente viene en búsqueda de un cuidado integral el cual solo puede ser proporcionado si todos los profesionales con sus diversas experticias se unen con un fin común que es cuidado del paciente.

De la misma manera el mayor flujo de ideas que permiten el desarrollo de soluciones eficientes es un pilar fundamental en el trabajo del equipo de salud, en el cuidado de pacientes en etapa terminal sus necesidades son diversas y muchas de ellas pueden ser solo atendidas si se desarrolla un plan de trabajo individualizado, con ideas personalizadas para cada paciente y su problemática.

Todas estas bondades que se aprecian en el trabajo en equipo se dan solo gracias al diálogo, a través del mismo los miembros del equipo pueden compartir experiencias e ideas que aporten al trabajo. La Asociación Oaxaqueña de Psicología gracias al trabajo realizado por dos de sus integrantes, definen la comunicación como “la capacidad de los integrantes del grupo para transmitir sus experiencias de forma clara y directa” (Aguilar & Vargas, 2010, pág. 3).

Es gracias al trabajo en equipo y al funcionamiento adecuado del mismo que en diversas situaciones su impacto es muy relevante. Con respecto al cuidado de pacientes se entiende que su cuidado adecuado es tan solo brindado gracias al funcionamiento correcto

del equipo, un equipo con integrantes capaces para realizar las tareas designadas, comprometidos con el objetivo a realizar y sobre todo dirigidos por una persona capaz de mantener el orden y la delegación de responsabilidades dentro del grupo, y que de igual manera trabaje como miembro activo del mismo en la consecución de los fines propuestos.

Por lo tanto un médico cabeza de equipo es primordial, aquel que con su experticia pueda dirigir al grupo y que de igual manera pueda ser un agente activo en el cuidado del paciente.

2.3.2. El médico y su función dentro de los cuidados paliativos

Todo médico es formado para curar y mantener la vida de sus pacientes, durante su formación y posterior a la misma es esta consigna la que dirige sus acciones en el trabajo, y es esta misma consigna la que presenta la primera problemática para los médicos en el área paliativa, como se ha destacado a lo largo de este capítulo el cuidado paliativo busca aliviar el dolor del paciente y brindarle cuidado cuando la cura ya no es una opción, como lo dice Julio Gómez (2011) en su texto “Cuidar siempre es posible”. Cuando ya la cura no es posible el médico siempre tiene la posibilidad de cuidar al paciente, y es esta una de las principales funciones de los médicos en cuidados paliativos, aun el médico puede en esta etapa ayudar al paciente a vivir con dignidad brindándole los cuidados necesarios.

Se dice a menudo que, tal como pasa con el sol, no puede mirarse la muerte de frente. Y parece que así sea en la clínica cotidiana, en la que muchos profesionales sentimos aturdimiento cuando la vemos llegar para el enfermo. Y constatamos, además, salvo excepciones personales o de especialidades en concreto (cuidados paliativos, intensivos), que nos falta formación para estar a la altura: nos faltan conocimientos y habilidades (Broggi, 2010, pág. 4).

El cuidado paliativo exige del médico un gran conocimiento, a través del cual pueda suplir las exigencias físicas del paciente en cuanto a tratamientos y medicinas, pero es también una gran exigencia de esta área del cuidado el estar ampliamente formado para ayudar al paciente a morir con la menor cantidad de molestias. Son varias las funciones de un médico en el área paliativa, funciones que en distintas investigaciones, textos y artículos académicos se mencionan con el fin de ayudar a los profesionales médicos a enmarcar su trabajo, para delimitar sus funciones y por lo tanto limitar su quehacer como médicos.

La Asociación Federal del Derecho a Morir Dignamente (DMD) (2010), establece que la función del médico es la valoración de síntomas y signos físicos, psíquicos y

sociales y a su vez aliviarlos, de igual forma estipula que en las instituciones de internamiento para pacientes de cuidados paliativos la función primordial de este profesional es el manejo y control de síntomas producto de la enfermedad para brindar confort al paciente a través del manejo de su dolor.

La asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación en Argentina (2005) menciona que las funciones del médico en cuidados paliativos son:

- La entrevista diagnóstica al paciente y sus familiares
- Realización del examen físico del paciente
- Evaluación de síntomas
- Proveer un control de síntomas a través de tratamientos adecuados.
- Información y capacitación al paciente y su familia sobre la enfermedad y cuidados necesarios.
- Aliviar el dolor del paciente de acuerdo a la escala de dolor establecida por la OMS.
- Evaluar permanentemente la eficacia de los tratamientos utilizados y evaluar la necesidad de cambios en las dosis de medicamentos.

Si bien las funciones del médico del área de cuidados paliativos son varias estas se centran en el tratamiento y manejo de los síntomas y del dolor del paciente, el profesional debe estar capacitado para trabajar con el paciente en el cuidado más que en la cura, esto puede generar una contradicción entre el médico y su formación.

Sin embargo la medicina paliativa es también una forma de aplicar el conocimiento científico para ayudar una persona en situación de vulnerabilidad, que requiere de cuidados extremos y que confía en el profesional de la salud como un sujeto capaz de atender sus necesidades clínicas y de comprender que esta dimensión es vital para que el paciente pueda mantener su autonomía y dignidad hasta el final de sus días.

Es vital recalcar que la función del médico en cuidados paliativos es ayudar al paciente a vivir de manera digna a través del uso de sus conocimientos científicos, manejar los síntomas que aquejan al paciente para que de esta manera pueda vivir las otras dimensiones de su existencia, social y emocional de manera plena, lo que ayudará en el duelo del paciente y sus familiares.

El médico no es tan solo un agente que favorecerá el duelo de su paciente y los familiares del mismo, el profesional médico es un punto de referencia y apoyo para todos los profesionales de la salud, estos profesionales son pilares dentro del equipo de salud ya que son la cabeza del mismo. El proceso de duelo del médico cabeza de equipo, tendrá un efecto sobre sus compañeros. Como este profesional afronta el duelo es de gran relevancia en el estudio ya que al ser puntos de referencia, su equipo adopta posturas y formas de afrontamiento del duelo que pueden ser positivas o negativas tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes.

Todos estos factores expuestos son de gran importancia para la relación del médico con el paciente y por lo tanto incidirá en la forma de afrontamiento del duelo del profesional, estas formas de afrontamiento son variadas y se ven reflejadas en la realidad de cada profesional que expone su forma de relación y manejo del duelo en su labor diaria.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos objetivos y el contraste de los mismos con la teoría son lo que permiten tener un verdadero entendimiento del proceso de duelo en los profesionales de la salud y cuáles son las implicaciones que tiene este proceso en estas personas.

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron a través de entrevistas escritas que constan de 15 preguntas relacionadas con el duelo de los profesionales de la salud que trabajan en el Hospice San Camilo tras la muerte de sus pacientes. El formato de entrevista fue previamente revisado por el Comité de Ética de la institución, y posteriormente con el consentimiento de las autoridades se procedió a solicitar a los participantes firmar un consentimiento en cual establece su libre decisión de participar en la presente investigación y de igual manera los involucrados recibieron una copia del documento que certifica los criterios de confidencialidad de la información que ha sido proporcionada a lo largo de la investigación.

Las entrevistas se realizaron dentro de la institución por lo que se trabajó con los profesionales que se encontraban de turno, las mismas tuvieron con una duración mínima de 45 minutos. Se elaboró una guía con preguntas semiestructuradas las cuales sirvieron de referencia para el diálogo, este tipo de preguntas se plantearon con el fin de permitir al profesional hablar libremente y obtener mayor cantidad de información.

Es de gran importancia recalcar que las entrevistas fueron realizadas a los profesionales dentro de horarios de trabajo por disposición de tiempo, lo que en cierta manera permitió la participación de más profesionales pero de igual forma marcó la atención y tiempo que se podía dedicar a la entrevista.

Después de las entrevistas realizadas se recomendó a la psicóloga de la institución un trabajo terapéutico con dos de los profesionales que participaron en la investigación, en quienes por la información obtenida se pudo evidenciar la necesidad de un acompañamiento psicológico. De acuerdo con los lineamientos de trabajo, la recomendación fue realizada pero la misma no implicaba ninguna obligación de cumplimiento por parte de la institución o los participantes.

Durante el análisis de datos la estudiante investigadora enfrentó un duelo por lo que se tuvo que hacer una pausa de dos meses para que el procesamiento de este duelo no tenga mayor influencia en la investigación. Posteriormente se retomó con normalidad el análisis hasta su conclusión.

3.1. Datos de la muestra

Para la muestra se trabajó a partir de un muestreo no probabilístico e intencional, se realizó el estudio con 12 profesionales de la salud del equipo médico que trabajan en el Hospice San Camilo con sede en Quito.

La muestra fue conformada por profesionales de distintas especialidades tales como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y psicólogos. El grupo se conformó de personas de un rango de edad de 23 hasta los 49 años, siendo 1 hombre y 11 mujeres los participantes.

Tabla 1. Datos de la muestra

Especialidad	Edad	Género
Enfermera	27	Femenino
Médico	49	Femenino
Fisioterapeuta	27	Femenino
Psicóloga	23	Femenino
Médico	26	Femenino
Enfermera	24	Femenino
Enfermera	26	Femenino
Auxiliar de Enfermería	30	Femenino
Auxiliar de enfermería	29	Masculino
Enfermera	31	Femenino
Médico	41	Femenino
Psicóloga	31	Femenino

3.2. Análisis de las entrevistas

3.2.1. Entrevista P1

Enfermera de 27 años de edad, menciona que realiza este trabajo en la institución desde hace 1 año en el cual ha tenido ya varias experiencias de muerte de sus pacientes, al hablar del tema señala que mantiene una relación cercana con sus pacientes por lo que es evidente sufrir una afectación emocional cuando fallecen.

Refiere que para ella la muerte en el ámbito profesional significa el fin de un proceso natural, una etapa de la vida. Esta concepción le permite asimilar la muerte de sus pacientes de forma positiva propiciando una mejor elaboración del duelo. Por otro lado, este concepto de la muerte no se evidencia en la vida personal de la participante, ya que se puede apreciar como más emocional, señala que “En mi vida personal la muerte creo que tiene otro significado ya que perdemos un ser querido, para mí la muerte es perder una parte de la vida, pero es perder para los que se quedan, es algo doloroso pero no podemos hacer nada porque es inevitable” (Entrevista P1, pregunta 5, toda la respuesta).

La forma de afrontar el duelo por la pérdida de un paciente y de un familiar se puede percibir muy distinta la una de la otra por la carga emocional que cada proceso conlleva. El profesional entrevistado menciona que ha sufrido un duelo por la pérdida de un paciente en el cual había episodios de búsqueda, corría al cuarto del paciente para ver cómo se encontraba, de igual forma existía labilidad emocional y alteraciones tanto en sus hábitos alimenticios como en sus hábitos de sueño.

Los cambios vividos por la profesional han sido positivos en la relación con los nuevos pacientes, “con el tiempo he aprendido a relacionarme mejor con los pacientes y la familia pero sobre todo con el paciente porque pasamos mucho tiempo con ellos y vemos que muchas veces los dejan aquí y no tienen apoyo ni cariño de su familia por lo que nosotros aquí les apoyamos y estamos a su lado” (Entrevista P1, Pregunta 8, línea de la 2 a la 5).

Por otra parte la persona entrevistada refiere tener un duelo personal. Al hablar del tema se puede evidenciar un modo evitativo de afrontamiento de su duelo lo que ha desencadenado en un duelo no resuelto de hace algunos años, lo que tiene una gran influencia en su trabajo. Durante el diálogo sobre su labor profesional y las pérdidas dentro de este ámbito algunas de ellas son relacionadas con su pérdida personal que no ha podido

afrontar, poniendo en evidencia ciertas dificultades en la relación con los pacientes, menciona atravesar momentos de conflicto al pasar tiempo con los pacientes o intentar dedicarles el mismo tiempo que a otros por la relación que establece entre su duelo personal y el paciente.

Por las respuestas obtenidas de parte del profesional se puede resaltar que las alteraciones existentes en los hábitos de sueño y de alimentación son indicadores de inconvenientes en el auto cuidado. Este indicador se presenta como evidencia del duelo de la participante pero de igual forma como menciona muchos de los cambios atravesados se deben al cambio de horario laboral que ha provocado modificaciones en su vida personal.

Se evidencian alteraciones en el establecimiento de vínculos con algunos pacientes esto se debe a un proceso en el cual el profesional asocia a su paciente con el ser querido que ha perdido. Por esta razón presenta conductas de aislamiento y evitación de situaciones que se relacionan con el duelo personal anteriormente mencionado.

Por lo tanto a través de la entrevista realizada se puede establecer que el profesional no presenta actitudes de rechazo hacia sus pacientes tras la muerte de uno de ellos, de modo contrario se pueden evidenciar actitudes de cuidado y respeto que han ido desarrollándose gracias a la experiencia obtenida con la muerte de otros pacientes. Las actitudes negativas de parte del profesional hacia el paciente se evidencian cuando este desencadena un proceso de identificación en el profesional, haciendo presente la realidad de sus duelos personales y por lo tanto imposibilitando al profesional el desarrollar una relación positiva con el paciente.

3.2.2. Entrevista P2

Profesional de la medicina de 49 años que trabaja con pacientes en etapa de terminal desde hace 14 años. Trabaja de manera voluntaria en la institución ya que desde hace muchos años el tema era ligeramente estudiado y en la búsqueda de respuestas y un desarrollo en el área emprende este camino.

La experiencia influye significativamente en sus definiciones de la muerte, los años de trabajo le han permitido comprender que la muerte aunque es un proceso doloroso para los familiares y para el paciente, es un proceso natural, una liberación que pone fin al dolor. No se da cabida a una concepción de la muerte como triste o dolorosa. “Para mí la

muerte es de igual manera una liberación, un cambio o una transformación” (Entrevista P2, Pregunta 5, línea 2 y 3).

Se evidencia en el diálogo que la percepción de esta persona sobre la muerte ha cambiado con los años y la experiencia, por lo ya mencionado se puede decir que la modificación sufrida por las experiencias del profesional ha sido positiva.

En el inicio para este profesional de la salud la muerte era una situación lejana e incomprensible, causaba incertidumbre y tristeza pero ahora su percepción es más positiva y lo considera un proceso natural, lo que nuevamente pone en evidencia que las pérdidas sufridas en lo laboral tienen un impacto que favorece el desarrollo de la vida profesional de la persona. “Con los años para mí el significado de la muerte ha cambiado mucho hoy en día es para mí algo normal y natural, es una etapa más de la vida” (Entrevista P2, Pregunta 7, línea 3 y 4).

Por otra parte durante la entrevista realizada no se denotan duelos personales en la actualidad o duelos no resueltos. De igual manera no hay alteraciones de sueño o alimenticias relacionadas con duelos profesionales o personales. Ni alteraciones en la relación con los pacientes.

El profesional tiene una gran experiencia con respecto al tema lo que le permite mantenerse en control sobre las situaciones de duelo dentro del ámbito laboral y personal. Lo que podría sugerir que esta posición de amplio conocimiento y poca afectación puede ser una forma de protección del profesional.

La experiencia puede ser una gran herramienta, la misma que puede ayudar a la persona a reaccionar ante la muerte de mejor manera. El profesional puede utilizar su conocimiento y a través de un proceso de racionalización darle sentido a la muerte, lo que podría referir que está haciendo uso de un mecanismo de defensa pero de igual manera esta racionalización podría ser evidencia de una adecuada elaboración de lo que representa la muerte para la persona, lo que le permitiría mantenerse en control dentro de estas situaciones.

3.2.3. Entrevista P3

Fisioterapeuta de 27 años que se presenta a la entrevista y responde a las preguntas de manera evasiva, menciona trabajar en el Hospice San Camilo desde hace 2 años siendo este trabajo remunerado y no voluntario.

Al iniciar su labor dentro de la institución la impotencia de no aliviar el dolor y el tabú que se mantiene alrededor de la muerte era una situación que no le permitía relacionarse adecuadamente con los pacientes, “al comienzo para mí era algo de lo que no hablaba y tenía muy poco conocimiento, creo que como todos cuando no conocemos algo tenemos miedo y eso me pasaba; ahora mi percepción de la muerte es algo más positiva y creo que es algo natural” (Entrevista P3, Pregunta 7, se utiliza toda la respuesta).

En los años de trabajo con pacientes en etapa terminal, el profesional menciona que se han presentado casos que marcaron su vida y desarrollo laboral. En dos ocasiones tuvo que afrontar la muerte de pacientes con los cuales desarrolló una relación afectiva muy cercana, lo que le provocó tristeza y desánimo por un tiempo. Estos estados fueron de corta duración y no se evidenciaron repercusiones negativas a largo plazo.

“Ahora soy cercana con los pacientes aunque pongo mis límites entre la vida personal y profesional, estoy muy presente para mis pacientes” (Entrevista P3, Pregunta 8, línea 1 y 2). Esta aseveración confirma la noción de que la muerte de los pacientes, aunque dolorosa aporta a un mejor manejo en las próximas relaciones del profesional con otros pacientes.

Por esta razón se puede decir que la profesional no presenta conductas negativas o de rechazo hacia los pacientes. La recolocación emocional y el desarrollo de nuevos vínculos es algo positivo para el profesional. Como menciona, el equipo de trabajo es una gran fuente de apoyo para ella por lo que en este grupo establece vínculos afectivos que le permiten ser parte de un círculo social para apoyarse, este se puede considerar como un factor protector de la profesional. “Si creo que el equipo fue mi mayor apoyo porque todos contaron sus experiencias y puede sentirme entendida y apoyada” (Entrevista P3, Pregunta 15, toda la respuesta).

En la entrevista realizada no se pudo evidenciar duelos personales no resueltos que tengan influencia en el desempeño laboral, por el contrario la delimitación entre la vida personal y laboral es un factor de protección que tiene la entrevistada. “Ahora soy cercana con los pacientes aunque pongo mis límites entre la vida personal y profesional, estoy muy presente para mis pacientes. Al comienzo no me relacionaba mucho con los pacientes porque tenía miedo y no sabía cómo tratarlos, con el tiempo y la experiencia esto ha cambiado” (Entrevista P3, Pregunta 8, toda la respuesta).

Finalmente no se evidencian alteraciones en hábitos de autocuidado, el establecimiento de límites le permite establecer rutinas de cuidado propio que son esenciales para un desempeño laboral adecuado, y de la misma manera son factores protectores del profesional.

3.2.4. Entrevista P4

Pasante de Psicología de 23 años que colabora en la institución desde hace 5 meses, menciona que realizar este trabajo no es voluntario, sino es un trabajo designado por su Universidad y debe ser realizado de forma obligatoria, aunque se presenta el trabajo como una imposición recalca que el acercamiento que puede realizar con los pacientes en la institución es algo que llama su atención y por lo tanto le agrada realizarlo.

Durante el diálogo sobre la muerte, comenta que dentro de su vida personal y profesional la significación es similar, lo designa como un proceso de despedida de la persona enferma, un desaparecer del mundo físicamente. Aunque las significaciones sean similares las connotaciones emocionales de los duelos se muestran distintas, es decir que la implicación emocional de una pérdida personal tendrá un mayor impacto.

En el ámbito laboral la mayor frustración o tristeza que manifiesta es la dificultad de realizar planes a largo plazo con los pacientes, en su preparación académica aprendió a desarrollar planes terapéuticos y la falta de tiempo es una de las mayores dificultades que muestra, “creo que el principal conflicto que tuve yo fue hacer planes a largo plazo, creí que iba a poder trabajar muchas cosas con los pacientes y fueron muriendo y con eso aprendí que no se puede hacer planes que hay que trabajar con el presente, se debe trabajar al tiempo de la enfermedad”(Entrevista P4, Pregunta 6, toda la respuesta).

Por otra parte durante la entrevista se puede ver la existencia de duelos no resueltos que han afectado en su desempeño laboral, por lo tanto en su relación con los pacientes. Recuerda que en su infancia algunos familiares y mascotas muy cercanas a ella fallecieron y nunca obtuvo una explicación sobre lo que había sucedido, manifiesta que esta incertidumbre no había surgido hasta el momento en el que comienza a realizar su trabajo con pacientes en etapa terminal.

Esto parece referir a ser un proceso identificatorio o un proceso de reelaboración de las pérdidas sufridas en la infancia. La cercanía a situaciones de muerte trae al presente las pérdidas pasadas por lo que esta profesional podría verse reflejada en los familiares de los

pacientes que son atendidos en la institución y de igual manera puede relacionar a estos pacientes con su pérdida personal. Esto podría junto a un acompañamiento psicológico podría propiciar un proceso de reelaboración de sus pérdidas, lo cual en este caso en particular podría ser beneficioso, este proceso le permitiría resignificar sus pérdidas y por tanto trabajar estos duelos no elaborados.

Comenta haber presenciado la muerte de algunos de sus pacientes, lo que le ha hecho recordar muchos aspectos de su vida personal que no han sido resueltos. Las alteraciones que se han producido se evidencian en la relación con sus pacientes, ella menciona que al ser informada del próximo fallecimiento de uno de sus pacientes, no asistió a sus rondas en la institución, y días después le informaron sobre la muerte del mismo. Por lo que presentó reacciones físicas y emocionales ante este suceso: “hace casi dos semanas que no duermo, me siento cansada pero no puedo dormir, creo que se debe a que perdí dos pacientes de los cuales no me pude despedir, siento que no pude cerrar el ciclo con ellos y eso hace que les sueñe y me tiene muy angustiada esto. Siento que se llevaron una parte de mí” (Entrevista P4, Pregunta 12, toda la respuesta).

En su respuesta menciona “cerrar un ciclo”, relacionándolo posteriormente con las pérdidas sufridas en su infancia. Al no haber tenido la posibilidad de una despedida, siente que no se pudo dar un cierre y ahora al verse enfrentada a situaciones similares reviven estas sensaciones.

Por las respuestas obtenidas se denota un cambio en la relación con los pacientes en el momento de la muerte del enfermo y con otros pacientes a los cuales ya no visita desde lo sucedido. Las alteraciones tanto físicas como emocionales, por la carga emotiva que conlleva son angustiantes para la persona por lo que presenta dificultades en el desarrollo de sus funciones profesionales.

3.2.5. Entrevista P5

Médico de 26 años, realiza su trabajo de forma voluntaria en la institución, menciona que ha decidido involucrarse en este trabajo ya que es algo sobre lo que no tiene mucho conocimiento y le gustaría expandirlo. Es su primer trabajo después de egresar de la Facultad de Medicina por lo que se siente nerviosa por el trabajo a realizar. El trabajo lo lleva realizando por 3 semanas aproximadamente lo que no le ha permitido tener un

acercamiento con todos los pacientes, pero ya ha experimentado la muerte de algunos de ellos.

Durante la entrevista se aborda el tema de la muerte y refiere que este tema para ella es muy difícil de tratar a pesar de su formación en medicina, la muerte no es un tema que se trata durante la formación, por el contrario se busca como evadirla. Al buscar un significado de la muerte ella habla de miedo, miedo en el aspecto profesional ya que la vida de estas personas está en sus manos y se siente responsable por ellas, “creo que veo a la muerte como algo que da miedo, para el médico perder a un paciente en sus manos es muy traumático” (Entrevista P5, Pregunta 4, toda la respuesta). En lo profesional se puede evidenciar una connotación de frustración ante la pérdida.

Por el contrario en lo personal, el significado que se le da a la muerte es el de un proceso natural, pero de igual manera la pérdida refiere a una situación emocionalmente dolorosa. “En mi vida personal la muerte es un paso más que debemos dar en la vida, un nacer otra vez. Pero siempre es más doloroso perder a alguien que es cercano a nosotros como un familiar por la relación que tenemos con esa persona” (Entrevista P5, Pregunta 5, toda la respuesta).

Con las definiciones sobre la muerte que da esta profesional podemos evidenciar el impacto que tiene el duelo y según la carga emocional que se ve involucrada en el proceso.

Durante la entrevista se puede recabar poca información debido al tiempo de trabajo de la profesional en la institución, sin embargo se puede notar que las conductas de la misma ante los pacientes están dominadas por el miedo que siente y la responsabilidad por la pérdida de los mismos.

En sus relaciones se mantiene estrictamente profesional lo que da cuenta de que se mantiene apegada a su formación académica y que la poca experiencia que tiene en esta área no le ha permitido aún adquirir nuevas conductas que favorezcan una relación más empática con los pacientes. La profesional menciona “Intento hacer mi trabajo y mantenerme muy profesional y no relacionarme mucho con los pacientes de esta forma mantengo una relación segura entre médico y paciente” (Entrevista P5, Pregunta 8, toda la respuesta).

No se puede determinar un cambio en la conducta de la entrevistada ya que no se tiene evidencia de duelos personales o profesionales hasta el momento. Por otro lado no se

evidencian alteraciones en la relación con los pacientes, hábitos de autocuidado u otros indicadores que demuestren un proceso de duelo. Tan solo se denota un distanciamiento profesional a causa del miedo descrito anteriormente, “como le dije perder un paciente es un trauma para un médico (Entrevista P5, Pregunta 9, línea 1).

3.2.6. Entrevista P6

Enfermera de 24 años, trabaja en la institución desde hace 7 meses, comenzó este trabajo por necesidad y no tenía conocimiento de lo que se realizaba en esta institución por lo que le fue difícil adaptarse, trabajó anteriormente en pediatría lo que nunca o muy pocas veces la puso en contacto con la muerte.

Al indagar sobre sus definiciones de la muerte establece que para ella desde siempre la muerte ha sido algo positivo lo que le ha permitido hacer bien su trabajo, “para mí la muerte siempre ha sido algo bueno y natural creo que eso me ayudó mucho a hacer bien mi trabajo (Entrevista P6, Pregunta 7, toda la respuesta). Desde su concepción la muerte es dejar un cuerpo que está enfermo, tanto en su vida profesional como personal menciona que esta es la percepción que maneja sobre la muerte y que le ha permitido afrontar de manera positiva la muerte de sus pacientes y sus seres queridos.

Relata que al inicio de su trabajo en el Hospice perdió un paciente lo que le afectó mucho, menciona siempre haber sido una persona muy emotiva, por esta razón cuando pierde a sus pacientes casi siempre llora pero considera que esta expresión de sus emociones es lo que le permite afrontar las pérdidas, al desahogarse puede eliminar la carga emocional y ser objetiva para el trabajo con sus pacientes. “En el poco tiempo que estoy aquí he perdido muchos pacientes y eso es difícil para mí pero soy una persona muy expresiva, cuando mi primer paciente falleció salí de la habitación y lloré mucho estaba muy triste, y siempre que mis pacientes fallecen me pongo triste e intento expresarlo porque sé que guardarme mis sentimientos me hace daño” (Entrevista P6, Pregunta 9, toda la respuesta).

En lo que refiere a esta profesional no se puede evidenciar alteraciones en la conducta tras un duelo, su conducta siempre se ha mantenido como cercana y amable con los pacientes, se muestra dispuesta a dedicarles tiempo a todos por igual, su trato es cordial con los pacientes, “creo que los pacientes al entrar aquí se vuelven parte de uno

porque compartimos muchas cosas, soy muy cercana a mis pacientes, intento siempre estar presente para ellos” (Entrevista P6, Pregunta 8, línea 1 y 2).

Dentro de la información obtenida se detallan algunas pérdidas en el ámbito profesional, pero estas como en otros casos mencionados le han permitido ser más sensible a las necesidades del paciente y más cercana a ellos “creo que si he cambiado pero de forma positiva, estoy más presente para mis pacientes” (Entrevista P6, Pregunta 11, toda la respuesta). Estableciendo que la pérdida de los pacientes aunque dolorosa no interfiere en la labor profesional, ni causa distanciamiento con los enfermos.

Por otro lado en lo que respecta a autocuidado, hábitos de sueño y alimenticios no se evidencian alteraciones que puedan referir un proceso de duelo actual en el profesional que pueda causar alteraciones en la conducta de la misma.

3.2.7. Entrevista P7

Enfermera de 27 años, se presenta a la entrevista muy ansiosa y durante la entrevista existen episodios de llanto.

Tomó este trabajo como actividad principal hace ya dos años, inició la labor tras la pérdida de un ser querido que la relacionó con la institución, este dato es de gran relevancia en la entrevista ya que la carga emocional que relaciona a la profesional con la institución es un factor determinante en su labor.

La profesional entrevistada comenta que antes de tomar este trabajo ella no hablaba de la muerte, al inicio era muy difícil mencionar este tema, sentía mucho dolor y no enfrentaba la noción de la muerte como una realidad aunque recientemente la había experimentado. “Antes de trabajar aquí yo no hablaba de la muerte, para mí al inicio fue muy difícil trabajar aquí porque había perdido a mi abuela y me costaba mucho enfrentar a otros pacientes que iban a morir” (Entrevista P7, Pregunta 7, línea de la 1 a la 3).

Desde el aspecto profesional para la persona evaluada la muerte es parte de la vida, algo natural y cotidiano, ella menciona que esta significación ha logrado elaborarla con el tiempo.

Por otra parte en el aspecto personal la muerte toma una connotación más emotiva, “es perder algo valioso en la vida, algo que llenaba y ahora ya no está”. La muerte se define como una pérdida invaluable, una pérdida no solo física si no también una pérdida

que como menciona Igor Caruso (1969), conlleva la desaparición del objeto de identificación y por lo tanto se da una pérdida de identidad que desestabiliza a la persona.

Con respecto a la forma de relacionarse de esta profesional con sus pacientes, ella menciona que es cercana, le gusta poder ayudarlos y a sus familias también, intenta acompañarlos porque ella comprende por lo que están pasando e intenta ser compasiva, pero de igual manera asegura no poder estar cerca de sus pacientes cuando están en etapa de agonía o ya han fallecido ya que esto le trae muchos recuerdos de su propia pérdida y le imposibilita seguir trabajando con la familia y el paciente. “La muerte de mis pacientes me recuerda mucho a la muerte de mi abuela, me trae todo lo que yo pasé a la mente y eso hace que no pueda estar con mis pacientes en los últimos momentos” (Entrevista P7, Pregunta 8, segundo párrafo).

Durante el diálogo la profesional se muestra muy nerviosa y se dan episodios de llanto en los cuales menciona al ser querido que ha perdido y como las personas que fallecen diariamente dentro de la institución traen recuerdos sobre su propia pérdida y sacan a relucir un duelo no resuelto que está afectando la labor de esta profesional, como ella mismo lo menciona anteriormente no puede relacionarse de manera adecuada con sus pacientes para disponerles el tiempo y la atención necesarias.

Las afectaciones que esta profesional presenta no son tan solo en la relación con los pacientes, se puede notar al momento de la entrevista malestar físico, que menciona se debe al estrés del trabajo ya que piensa mucho en sus pacientes dentro y fuera de la institución, de igual manera la profesional menciona que sus hábitos alimenticios y de sueño han cambiado mucho no solo por los horarios de trabajo que le exigen un ritmo de vida distinto, sino también menciona “mis hábitos de sueño si han cambiado mucho no solo por los horarios que tenemos, sino que sueño mucho con mis pacientes cuando salgo de aquí siempre estoy preocupada por ellos y cuando duermo les sueño y eso me da mucha ansiedad y no puedo descansar” (Entrevista P7, Pregunta 12, toda la respuesta).

Uno de las pérdidas que recuerda mucho es la de una niña que por una enfermedad incurable llegó a la institución. Esta niña muy pequeña poco a poco fue deteriorándose, la profesional se volvió muy apegada a la familia y a la paciente ya que ella dice que el ser querido que perdió era su niña hermosa y que la recordó mucho al ver a esta pequeña niña. Tras la muerte de este paciente la profesional menciona haber atravesado un duelo muy

complejo, pasó muchos meses triste, sin poder dormir, y vinieron muchos recuerdos a su mente, ella considera que esta pérdida no le permitió seguir adelante.

De igual manera la profesional acepta que durante este período su relación con los pacientes se vio afectada no podía pasar tiempo con ellos, o conversar con ellos y su familia, intentaba delegar el trabajo a otras personas, ya que ha ido desarrollando cada vez más límites con los pacientes para que los recuerdos de la muerte de su ser querido no vuelvan y caiga en depresión nuevamente. Los cambios mencionados han sido permanentes y de igual manera se van desarrollando nuevos cambios cada vez que la persona se ve expuesta a situaciones relacionadas a esta pérdida.

Por las razones expuestas se puede comprender que la fuerte relación emocional que mantiene la profesional con la institución y la identificación que tiene con sus pacientes, hacen que su interacción con los pacientes no sea óptima. Las evidentes dificultades al recordar momentos que no han sido procesados adecuadamente por duelos pasados hacen que la profesional experimente actitudes de distanciamiento con los pacientes.

3.2.8. Entrevista P8

Auxiliar de enfermería de 30 años que trabaja en la institución desde hace un año, menciona que al inicio fue muy miedoso realizar este trabajo, “para mí no poder salvar a mis pacientes y no poder controlar completamente su dolor es algo que me causaba mucho conflicto anteriormente, me daba mucho susto ver a los pacientes, tenía miedo porque no podría hacer mucho por ellos, eso pensaba yo” (Entrevista P8, Pregunta 6, toda la respuesta). Este miedo que menciona se debe a que se enfrentaba a la muerte diariamente algo que no había vivido anteriormente de igual manera fue una etapa de conflicto ya que ella deseaba salvar a sus pacientes y su función en la institución era el alivio del dolor y el acompañamiento del enfermo durante sus últimos días.

Tras estas experiencias la profesional menciona que ha logrado darle a la muerte otro significado distinto al miedo, “también le he encontrado un significado bueno que es el descanso y el alivio del dolor” (Entrevista P8, Pregunta 7, línea 3 y 4). La muerte significa para esta persona un descanso del alma y el cuerpo enfermo, aunque aun personalmente le asusta el pensar que sucederá después de la muerte, considera que la muerte ayuda a poner fin al dolor del cuerpo que tiene sufriendo a la persona.

Dentro del diálogo ella menciona que no ha atravesado un duelo personal o profesional en algunos años ya, desde que ingresó a la institución no ha perdido a nadie en su vida personal y en su vida profesional intenta mantener los límites necesarios para que la muerte del paciente no la afecte. Aclara que es muy cercana a sus pacientes y sus familiares pero que al momento de la muerte del paciente se despide del mismo agradeciéndole por todo lo que le ha dado y este acto de despedida le permite dejar ir al paciente para que no signifique un sufrimiento para ella. “Soy muy cercana a mis pacientes, intento siempre apoyar a mis pacientes y su familia, estar presente para ellos, pero he aprendido a poner límites para no verme afectado emocionalmente” (Entrevista P8, Pregunta 8, toda la respuesta).

Considera que desde que ingresó a la institución su relación con los pacientes si ha cambiado aunque siempre ha sido una buena relación han existido cambios que han mejorado el trato hacia los pacientes. La muerte de los pacientes sensibiliza al profesional para ser empático y ayudar al enfermo en este proceso. La muerte nos lleva a pensar sobre nuestra propia mortalidad y sobre nuestro deseo de cuidado y comprensión durante esta etapa, nos recuerda nuestra propia vulnerabilidad (Abad, Esteban, Tejerina, & Nieto, 2004).

En esta entrevista no se pueden evidenciar alteraciones de hábitos de autocuidado la profesional menciona que los cambios que se han presentado en sus hábitos se deben a los horarios de trabajo pero que estos cambios han sido positivos, “han cambiado por el trabajo creo que de manera positiva, ahora me cuido más y como bien porque entiendo la importancia que tiene la alimentación en nuestra salud” (Entrevista P8, Pregunta 13, toda la respuesta). Con el trabajo ella entiende la importancia de un buen autocuidado por lo que descansa y come mejor aunque los horarios son cambiantes siempre intenta cuidarse a sí misma.

3.2.9. Entrevista P9

Auxiliar de enfermería de 29 años que realiza este trabajo como actividad principal, desde hace ya 2 años, menciona haber trabajado anteriormente en otra institución con pacientes oncológicos lo que le ayuda a realizar su trabajo en esta institución.

Al presentarse a la entrevista se ve nervioso y distraído y físicamente agraviado, indica que en días pasados fue víctima de un asalto, como resultado de esta situación tiene

varias heridas en la cara y el cuerpo ya que fue acuchillado varias veces. Este suceso interviene en la entrevista y en las respuestas que el individuo emite ya que se puede evidenciar que el suceso vivido ha puesto en evidencia la muerte y hablar del tema es algo que lo pone nervioso.

Se continúa la entrevista por deseo propio de la persona ya que menciona la necesidad de hablar sobre el tema. Y se toma en cuenta las distintas opiniones que el profesional emite sobre la muerte en el aspecto profesional y personal, se puede notar claramente el miedo y la incertidumbre presente en la definición de la muerte desde el aspecto personal.

Desde el aspecto profesional la muerte se define como un estado de paz, el paciente puede dejar el dolor y descansar, por el contrario desde lo personal la muerte es algo incierto, “en mi vida personal la muerte es algo miedoso, creo que da tanto miedo porque es algo con lo que no puedes luchar, no puedes detener la muerte y aunque creas nunca estas preparado para morir o ver morir a alguien” (Entrevista P9, Pregunta 5, toda la respuesta).

Considera que esta definición de la muerte siempre la ha tenido, cree que lo que ha logrado a través de la experiencia es volverse más fuerte y realista ante algo que es inevitable, se puede notar la diferencia entre las definiciones emitidas probablemente no solo por la parte emocional envuelta en las mismas, sino también por los sucesos vividos recientemente que han perturbado al entrevistado.

Con respecto a la parte laboral, indica tener una buena relación con sus pacientes, siempre le ha sido sencillo relacionarse con ellos y las familias, “me gusta conversar y conocerlos, tanto ellos como nosotros pasamos mucho tiempo en el Hospice lo que hace que sea necesario que nos conozcamos no solo como médico y paciente sino también como personas” (Entrevista P9, Pregunta 8, línea de 1 a la 3).

Un cambio que él cree relevante en la relación con sus pacientes es el desarrollo de límites entre lo profesional y lo personal, al comenzar su trabajo un paciente llegó a ser muy importante para él, la relación se volvió muy cercana por lo que tras el fallecimiento del paciente se dieron momentos de tristeza, ahora como el menciona sigue cercano a sus pacientes pero intenta protegerse, considera que ahora puede dejar ir a los pacientes y no permitir que se lleven una parte de él.

“En mis primeros meses de trabajo perdí a un paciente que tenía mi mismo nombre y teníamos casi la misma edad por eso me identifiqué mucho con él, nos hicimos muy amigos y me involucré mucho emocionalmente con el paciente. Cuando falleció para mí fue muy triste; recientemente perdí a otro paciente con él aprendí mucho y esta vez cuando falleció para mí fue triste pero pude entender que él debía irse pero yo no me voy con él, cuando murió pude decir yo no me voy contigo me quedo aquí y siempre te recordaré” (Entrevista P9, Pregunta 9, segundo párrafo).

Lo que pone en evidencia nuevamente que en muchos de los casos la muerte de los pacientes no afecta negativamente en la relación con el mismo, fomenta el desarrollo de actitudes empáticas para una relación funcional entre médico y paciente.

3.2.10. Entrevista P10

Enfermera de 31 años, realiza este trabajo hace 1 año y medio, inició su labor sin mayor conocimiento del mismo. Esto afectó en su desempeño ya que indica haberse sentido impotente, deseaba poder hacer más por los pacientes.

Con el tiempo considera que realiza esta labor no por la necesidad económica sino por un deseo personal, no siente que este sea un trabajo lo siente como una actividad totalmente voluntaria que le permite ayudar a las personas como nunca antes había podido hacerlo y se siente feliz y tranquila con lo que hace, por esto refiere que no siente alteraciones negativas de ninguna clase en su vida ya que este trabajo le ha permitido desarrollarse y crecer como persona, “desde que realizo este trabajo siento que mi vida tiene un sentido, mi vida es trascendente, me siento feliz con lo que hago y por eso creo que todos los cambios que se han presentado en mi vida con este trabajo son positivos” (Entrevista P10, Pregunta 13, toda la respuesta).

La profesional menciona que la muerte ha cambiado de significado para ella completamente, cree que esta experiencia le ha permitido tener un cambio de pensamiento profundo en el cual la muerte es un suceso positivo, es un momento trascendente en la vida de la persona, es un momento especial y de mucho respeto, es un momento importante y positivo en el ciclo de vida del paciente.

Es por esta razón que cree que es muy profesional y se relaciona con todos sus pacientes de forma atenta y comprensiva con cada uno de ellos de igual manera, pero menciona que la experiencia adquirida le ha permitido hacer cambios en su acercamiento

con los pacientes para manejar mejor las pérdidas y no permitir que esto afecte su trabajo con los otros pacientes.

A lo largo de la entrevista menciona haber tenido dos pérdidas importantes durante su trabajo en la institución pérdidas con las que se sintió identificada, pero indica que han sido fáciles de sobrellevar ya que sabe que ha hecho todo lo posible por sus pacientes y que dejarlos ir es parte de la vida. “Recientemente perdí a otro paciente con el cual me identifiqué mucho porque para mí él fue como un padre, perderlo para mí fue duro pero pude manejar de mejor manera su muerte por todas las cosas que he aprendido con el tiempo y todo lo que puede aprender de este paciente” (Entrevista P10, Pregunta 9, segundo párrafo).

“Creo que soy muy profesional, me entrego mucho a mis pacientes pero a todos ellos por igual, pero considero que la experiencia que he ganado con el trabajo me ha ayudado a manejar de mejor manera la pérdida de mis pacientes. Creo que este cambio como dije se debe a la experiencia que he ganado a lo largo de este tiempo, he perdido muchos pacientes que han marcado mi vida y eso me ha llevado a manejar mi trabajo de diferente manera (Entrevista P10, Pregunta 8, toda la respuesta). Es importante recalcar la relación y cambio positivo que genera la muerte de los pacientes en la profesional, tras las pérdidas, la sensibilización ante los otros enfermos es el mayor generando de cambios duraderos en la forma de relación entre médico y paciente.

3.2.11. Entrevista P11

Médica de 41 años de edad que trabaja en la institución de manera voluntaria, y tiene una relación con el trabajo en cuidados paliativos desde hace 12 años, se ha relacionado con la institución y la labor que esta realiza por vocación y apoyo social, lo que le permite hacer el trabajo de manera dedicada y comprometida.

Para esta profesional la muerte es el fin de una etapa, una transición, aunque en el aspecto personal está más cargado de emociones considera a la muerte de la misma manera en los dos planos de su vida. Esta percepción de la muerte no la tuvo siempre antes era algo que daba miedo y de lo que no se hablaba, generaba frustración y ponía en evidencia las limitaciones del profesional de la salud ante este suceso. Ahora considera que entiende de mejor manera la muerte y puede trabajar mejor con ello.

“La muerte antes para mí era algo muy doloroso, creo que era algo de lo que nadie hablaba casi un tabú, todos sabemos que está ahí pero nadie hablaba de eso por lo que para mí era algo muy desconocido, me daba mucho miedo. Hoy en día creo que le tengo respeto a la muerte pero he aceptado que es una etapa de la vida y por lo tanto ahora puedo trabajar con eso” (Entrevista P11, Pregunta 7, toda la respuesta).

En el momento presente la profesional menciona estar atravesando un duelo personal, lo que ha modificado su labor pero cree que aunque difícil lo ha seguido haciendo de la mejor manera posible, el duelo de esta profesional está siendo elaborado en terapia Psicológica por lo que no ha tenido mayores alteraciones en su vida laboral ni personal.

Lo que menciona durante la entrevista es que durante este proceso de duelo se ha sentido identificada con una paciente paliativa en la cual ella se ve reflejada, la paciente ya ha fallecido y menciona encontrarse en un proceso de duelo por la paciente y por todo lo que ella llegó a significar en su vida. Durante el proceso de terapia en el que menciona encontrarse ha podido elaborar sus duelos y ha comprendido la relación que tienen estos con su forma de relacionarse con los pacientes, han sido algunos los duelos que han aflorado y que ha podido trabajar y sanándolos es como ha podido quitar ciertos límites en la relación con sus pacientes para ser una mejor profesional.

Siempre he sido muy cercana con mis pacientes me gusta ser un apoyo para ellos, pero considero que hasta hace poco ponía muchos límites con mis pacientes porque no había resuelto muchas cosas en mi vida personal, con el tiempo y mucho trabajo he logrado cambiar esto estoy trabajando sobre mis duelos no resueltos para poder ser mejor en mi trabajo (Entrevista P11, Pregunta 8, toda la respuesta).

La profesional aclara que la elaboración de sus duelos personales son los que le han permitido solucionar trabas en su trabajo con los pacientes. “Siempre he sido muy cercana con mis pacientes me gusta ser un apoyo para ellos, pero considero que hasta hace poco ponía muchos límites con mis pacientes porque no había resuelto muchas cosas en mi vida personal” (Entrevista P11, Pregunta 8, línea de la 1 a la 3). Menciona que muchas veces las actitudes de distanciamiento, poca disposición de tiempo para los pacientes y conductas de rechazo hacia los mismos son utilizados como mecanismos de defensa.

3.2.12. Entrevista P12

Psicóloga de 31 años que realiza su trabajo en el Hospice San Camilo desde 3 años, y menciona trabajar con pacientes en etapa terminal desde hace 6 años. Responde que hace esta labor como un objetivo y deseo personal que ha tenido desde hace mucho tiempo.

Menciona que para ella la muerte es un estado de transición, un cambio de etapa, cree que la muerte es un momento muy íntimo y sagrado el cual merece respeto. Desde el aspecto personal y profesional considera a la muerte como una etapa de paz y tranquilidad,

“en mi vida personal la muerte tiene el mismo significado, considero que por mi trabajo para mí la muerte no es solo algo natural sino algo muy íntimo y sagrado, es una etapa que atravesamos y la persona que la atraviesa merece mucho respeto, es algo trascendental, es un paso hacia la paz que anhelamos” (Entrevista P12, Pregunta 5, toda la respuesta).

Durante sus años de trabajo la experiencia ha sido lo que le ha ayudado a moldear su pensar sobre la muerte, a lo largo del tiempo ha comprendido que trabajar con pacientes en esta etapa de la vida requiere un proceso distinto, los planes terapéuticos son muy difíciles de realizar por lo que se trabaja con la necesidad del paciente, acompañando el proceso que está viviendo la persona y aprendiendo a dejar de lado los propios deseos para comprender las propias limitaciones ante la muerte y los pacientes.

Esta percepción de su trabajo le ha permitido hacer un acercamiento con los pacientes en el cual prima el respeto a sus deseos y necesidades, siendo más sensible al tiempo y espacio de la persona y de sus familiares.

Estos aprendizajes le han permitido elaborar sus propios duelos y comprender que este proceso es personal y que se deben manejar los acercamientos primando la necesidad de la persona. La experiencia le ha brindado sensibilidad y oportunidad de cuestionar su forma de relacionarse y de realizar su trabajo, lo que ha sido positivo ya que cada vez es más fácil respetar y valorar el proceso de cada paciente y eliminar los sentimientos de frustración o fracaso.

“Con el tiempo creo que un cambio que se ha dado en cómo me relaciono con los pacientes es que ahora soy más sensible a sus necesidades, respeto mucho más su tiempo y su espacio, muchas veces queremos hacer alguna intervención y nos olvidamos que esa persona y su familia necesitan su tiempo y su espacio y que nuestro momento de intervenir

se presentará, con el tiempo creo que he aprendido a trabajar a partir de tiempo del paciente” (Entrevista P12, Pregunta 8, segundo párrafo).

En la entrevista no se evidencian conductas negativas hacia el paciente, ni duelos por la pérdida de pacientes que haya dificultado el trabajo de la profesional, lo que se puede evidenciar es un cambio de aproximación y relación con los pacientes con la experiencia y las pérdidas, la sensibilización como manifiesta la psicóloga se ha dado gracias a una comprensión del paciente y su realidad que solo se da gracias a un acercamiento centrado en esa persona.

3.3. Discusión

A partir de la investigación realizada, las entrevistas y su análisis, se puede evidenciar como la teoría y el trabajo de campo se juntan para permitir un espacio de generación y desarrollo de nuevos conocimientos. Las entrevistas realizadas permitieron un acercamiento a la teoría, y por otra parte se generaron dudas que dan paso a nuevas y futuras investigaciones, que se espera sea no solo un impulso para una investigación personal sino también para impulsar el deseo de investigar de los profesionales de la psicología interesados en el campo de cuidados paliativos.

En la entrevista P1 no se pudo evidenciar que el duelo profesional fuera un factor que afecte la relación médico paciente, lo mismo se pudo ver en el resto de entrevistas. Las mismas refieren que la pérdida de un paciente genera conductas empáticas en el profesional hacia sus futuros pacientes. Por el contrario como se pudo evidenciar en algunas entrevistas como P7 Y P4 es el duelo personal el que genera alteraciones en la conducta del profesional y por lo tanto en la forma de relación del mismo con sus pacientes.

Por esta razón a través de las entrevistas realizadas y el análisis de las mismas se pudo llegar a la conclusión de que la hipótesis planteada previo al inicio de este proyecto no se confirmaba, las respuestas obtenidas en las entrevistas permitieron evidenciar que la pérdida de un paciente en su mayoría no incide negativamente en la relación del profesional de la salud con otros pacientes. Por el contrario el fallecimiento del enfermo le permite al profesional adquirir una nueva perspectiva más humanizada de lo que está atravesando la persona.

Lo que se pudo comprobar en las entrevistas es que las afectaciones se dan cuando el profesional de la salud está atravesando un duelo personal, esto quiere decir un duelo que no se relaciona con el entorno de trabajo, estos duelos muchas veces no resueltos son los que tienen una verdadera influencia sobre cómo el profesional se relaciona con sus pacientes. En una de las entrevistas realizadas el profesional menciona, “creo que durante mi proceso de duelo mi relación con los otros pacientes si fue muy distante, no podía estar con ellos, conversar y otras cosas, y creo que los cambios han sido permanentes y siempre se presentan más cambios para evitar el dolor” (Entrevista P7, Pregunta 11, toda la respuesta).

De igual manera se pudo comparar la hipótesis con la experiencia personal lo que permitió tener un mayor entendimiento de la nueva hipótesis que surgió con el análisis de los datos obtenidos. Durante el tiempo de investigación se presentó ante la investigadora una pérdida personal, lo que afectó el análisis de datos y se puso en evidencia como el duelo personal influía en la investigación.

Es así que se pudo comprender que los duelos de la vida personal del profesional son aquellos que causan un mayor impacto emocional en el mismo y por lo tanto generan un cambio en el modo de relacionarse con los pacientes, abriendo paso a conductas de rechazo hacia el paciente, alejamiento, distanciamiento y poca disposición para el trabajo con el mismo.

Ya con varios autores como Kübler-Ross se ha trabajado la definición del duelo y se han estudiado las etapas de este proceso por lo que para la elaboración de la hipótesis inicial se consideró toda esta información como una guía fundamental, en sus textos esta autora establece que el duelo es un proceso tras una pérdida, este proceso se lleva a cabo a partir de etapas mencionadas y detalladas en sus textos “Sobre la muerte y los moribundos” (1969) y “Sobre el duelo y el dolor” (2006). En estos dos textos se trabaja sobre las 5 etapas del duelo negación, ira, negociación, depresión y aceptación, en cada una de ellas se esbozan características importantes sobre estas fases y por otra parte se aclara que este proceso es único e individual por lo que como se lo lleva a cabo depende de la persona en particular que está afrontando la pérdida.

“Las cinco etapas negación, ira, negociación, depresión y aceptación forman parte del marco en el que aprendemos a aceptar la pérdida de un ser querido. Son instrumentos

para ayudarnos a enmarcar e identificar lo que podemos estar sintiendo. Pero no son paradas en ningún proceso de duelo lineal. No todo el mundo atraviesa todas ni lo hace en un orden prescrito” (Kübler-Ross, 2006, pág. 23).

Esta noción mencionada en sus textos permite comprender la variedad de respuestas, vivencias y experiencias obtenidas en la investigación, las reacciones de cada profesional y las creencias del mismo son distintas, cada uno de ellos posee una historia personal pasada y presente que le permiten afrontar las situaciones de la vida de determinada manera. Para ejemplificar esta aseveración podemos tomar las entrevistas realizadas en el caso 7, enfermera con un duelo no elaborado tras la pérdida de un familiar y el caso 10 enfermera sin duelos recientes y muestra una elaboración adecuada de sus duelos pasados, al contrastar los datos de estas dos entrevistas vemos que cada uno de los profesionales mencionados elabora el duelo por la pérdida de sus pacientes de manera distinta. El primer caso menciona dificultades al momento de la muerte de un paciente por la identificación que surge con la vida personal y el caso siguiente menciona una mejor elaboración y comprensión del proceso de la enfermedad del paciente y por lo tanto del deceso.

Para Galindo (2008), la muerte inspira mucho temor y respeto, está envuelta en un ambiente de misterio, tiene un lenguaje arcano difícilmente descifrable, que a su vez transmite mensajes ambiguos que invitan a marchar con ella en busca de la paz total en una vida nueva sin más muerte. El hecho de no ser libres para determinar la muerte, aceptarla, integrarla y vivir con ella, por su carácter de irreversibilidad, dificulta poder asimilarla a otras experiencias de la vida y por lo tanto comprenderla (Galindo citado en Carmona & Bracho, 2008, pág.15).

Este es otro factor importante a considerar cuando se busca comprender el porqué de las distintas respuestas que se pueden evidenciar a los largo de esta investigación. La conceptualización que se tiene con respecto de la muerte puede ser un elemento determinante al momento de atravesar una pérdida, en muchos de los casos estudiados se puede denotar que las concepción de la muerte es positiva, se comprende a la misma como un proceso natural y positivo para el paciente que está en sufrimiento y junto a esta concepción podemos evidenciar respuestas de aceptación de la muerte de sus pacientes y la no existencia de procesos de duelo tras estas pérdidas.

Por el contrario, en los casos en los cuales la conceptualización de este fenómeno es negativa se evidencian procesos de duelo que generan dificultades para aceptar la muerte de los pacientes y por lo tanto se producen alteraciones en la conducta que afectan en la relación del mismo con sus pacientes. En las entrevistas realizadas, P7 y P5 se puede ver como la significación de la muerte afecta en el proceso de duelo, las definiciones dadas por estos participantes refieren a la muerte como un suceso doloroso y que causa miedo por lo que estas nociones pueden ser las que tengan una influencia en cómo estos profesionales llevan sus procesos de duelo y por lo tanto como son sus relaciones con los pacientes.

Las mayores alteraciones se pueden ver en profesionales con duelos no resueltos que en algunos casos atraviesan procesos identificatorios con los pacientes, el proceso de duelo ha sido dilatado creando cambios permanentes en la conducta del sujeto. El psicólogo Juan Carlos Bermejo (2007) menciona que el duelo crónico y el duelo patológico se presentan cuando la persona no puede procesar adecuadamente la pérdida que ha atravesado.

El autor hace referencia al duelo crónico como un proceso en el cual la persona que ha sufrido la pérdida no es capaz de reintegrarse al mundo al quedar estancado en el recuerdo de aquel ser querido que se ha ido, “se trata de la incapacidad de re integrarse con normalidad en el tejido social, debido a que el doliente está absorbido por constantes recuerdos, fantaseando constantemente sobre el pasado, invirtiendo en él toda la energía, sin ocuparse del presente y sin construir ninguna relación nueva” (Bermejo, 2007, pág. 23).

Los profesionales con dificultad en la relación con sus pacientes muestran una incapacidad de establecer relaciones nuevas ya que toda la energía del sujeto está dedicada a rememorar el ser querido que se ha ido. Al desarrollar una relación con pacientes en fase terminal se genera un proceso de identificación que intensifica los recuerdos y el dolor de la persona por lo que se utiliza el alejamiento de los pacientes como una defensa.

Este dolor que experimenta todo ser humano tras la pérdida de un ser querido se ve reflejado también en las respuestas obtenidas en la investigación, aquellos que han sufrido una pérdida mencionan aquel dolor y los recuerdos como uno de los elementos que limita mucho su relación y trabajo con el paciente, este dolor se comprende ya que el perder un ser querido se está perdiendo un vínculo afectivo que se ha desarrollado y arraigado a través de los años, se podría tomar las palabras de José Carlos Bermejo que menciona que

este dolor tras la pérdida es el costo de mantener una relación de cariño recíproca durante un tiempo prolongado. Este vínculo es el que permite entender por qué una pérdida en la vida personal tiene tal impacto en la vida de todo ser humano. “El dolor del duelo forma parte de la vida exactamente igual que la alegría del amor; es, quizás, el precio que pagamos por el amor, el coste de la implicación recíproca” (Bermejo, 2007, pág. 9).

La teoría del vínculo desarrollada por John Bowlby dice que uno de los factores que permite el establecimiento de un vínculo es la identificación, la persona se ve en el otro y por lo tanto se presta a esta relación en la que entiende tiene algo que compartir con esa otra persona, por lo que cuando se presenta una pérdida con tal carga emocional no solo se pierde al otro sino también se pierde a uno mismo y por lo tanto la pérdida es tan difícil de sobrellevar.

Igor Caruso de igual manera apoya este pensamiento mencionando que la pérdida del ser querido es similar a una mutilación, “la pérdida del objeto de amor que al mismo tiempo es un objeto de identificación conduce a una auténtica mutilación del Yo, catástrofe del Yo por la pérdida de identidad” (Caruso, 1969, pág. 19).

De igual manera al perder este vínculo toda esa energía dedicada al sujeto debe ser redirigida, como lo menciona Freud (1917) todo esa carga libidinal debe ser re direccionada hacia una nueva relación. La libido debe ser redirigida a otros objetos, el sujeto será capaz de reinsertarse en el medio y de darle una nueva significación a la pérdida. Por todas estas razones y otras implicaciones del duelo es que la pérdida personal tiene un impacto tan altamente significativo en la persona.

Al hablar de la pérdida de un paciente con los profesionales se puede ver que tiene un gran impacto, pero este se relaciona con la frustración derivada de la imposibilidad de usar todos sus conocimientos médicos con estos pacientes, la frustración es una de las reacciones que más se evidencian en los profesionales frente a sus pacientes y tras la muerte de ellos, el haber querido o podido hacer algo más es lo que predomina en el episodio de tristeza que enfrentan.

En las entrevistas realizadas se puede evidenciar que la frustración es una de las primeras reacciones de los profesionales ante la muerte de sus pacientes, la incapacidad de aliviar el dolor es el pensamiento que predomina pero de igual manera se puede denotar que con la experiencia los profesionales dejan atrás esta frustración y aceptan la pérdida

del paciente como un proceso natural y positivo, la experiencia le permite al profesional conocer los límites de su actuar y por lo tanto tomar estas pérdidas como experiencias de aprendizaje.

Juan Carlos Bermejo menciona que la muerte puede ser un proceso verdaderamente humanizador “Pero no es un pensar cualquiera el que desencadena la muerte, sino un pensar sintiendo intensamente, un vivir ante el enigma que nos embaraza a todos de posibilidad de engendrar y parir sentido. La muerte, así, puede enseñar a vivir y humanizarnos” (Bermejo, 2007, pág. 7). Y esto es lo que se evidencia en los profesionales que con la experiencia han aceptado la muerte de sus pacientes y que no están atravesando un duelo personal que esté causando interferencia en su labor, es importante recalcar este factor ya que si el profesional está en un proceso de duelo sus reacciones y funcionamiento no será el mismo como se ha podido ver en las entrevistas realizadas.

La muerte lleva a todo ser humano a considerar y pensar respecto a su propia mortalidad y por tanto lleva a la persona a pensar sobre el valor de la vida, y la relación con los otros. Son estas enseñanzas derivadas de la muerte lo que hace que el sujeto pueda apreciar lo humanizador del proceso, y usarlo como herramienta para sobrellevar el dolor de la pérdida.

CONCLUSIONES

La hipótesis planteada en esta disertación buscaba conocer las implicaciones que tiene el duelo sobre los profesionales de la salud y cómo estas afectan en la conducta y relación del mismo con su paciente. Inicialmente la hipótesis planteaba que el duelo es un proceso que afecta negativamente al médico, esta aseveración fue analizada durante la investigación y se llegaron a diversas conclusiones expuestas a continuación.

Al realizar este estudio no se pudo comprobar la hipótesis inicial, por el contrario apareció una nueva hipótesis que parecía ser del polo contrario de las aseveraciones iniciales. Los profesionales de la salud investigados mostraron conductas de cuidado, respeto, interés y dedicación completa a sus pacientes. Se encontró que la muerte no es un proceso de desensibilización de los profesionales en la institución y por el contrario la pérdida de los pacientes es un proceso de sensibilización y toma de conciencia de la muerte y sus implicaciones. Este hallazgo debe ser verificando en próximas investigaciones.

De los datos obtenidos se concluye que los cuidados paliativos son un área de trabajo en la cual se requiere un equipo interdisciplinario que pueda tratar al paciente en su totalidad. De aquí radica la importancia de un psicólogo en el equipo que acompañará al paciente y su familia, siendo un miembro vital en el grupo de trabajo.

El acompañamiento psicológico debe de igual forma darse al equipo de trabajo quienes deben tener un psicólogo que trabaje exclusivamente con los profesionales, esto propiciará un espacio dedicado a las necesidades de este grupo y habrá un acompañamiento para todos los miembros del equipo, aunque muchos de los miembros del equipo evaluado muestran un buen manejo de sus duelos, la importancia de un seguimiento psicológico radica en la necesidad de prevenir y precautelar la salud mental y emocional de los profesionales, por lo tanto esta medida no sería tan solo positiva para los profesionales que necesiten acompañamiento en la elaboración de duelos sino también será una herramienta de prevención para los otros profesionales.

Por otra parte el equipo de cuidados paliativos trabaja en esencia con pacientes en etapa terminal por lo tanto con situaciones de muerte a diario. Ante esto es de vital importancia la conceptualización del profesional sobre la muerte, ya que si esta es de temor y dolor será complicado trabajar en esta área. Por otro lado si la concepción es positiva el

trabajo será llevadero y enriquecedor para el profesional. Esta idea nos plantea una nueva hipótesis la cual es un impulso para nuevas investigaciones donde la misma podrá ser verificada.

Uno de los factores de gran importancia que influye en cómo los profesionales se relacionan con sus pacientes, son los duelos presentes o no resueltos del mismo. Estas pérdidas cambian el funcionamiento de la persona, definen la actitud del profesional ante el paciente y la muerte. Esto se pudo encontrar en el análisis de las entrevistas realizadas.

El duelo personal es un factor muy relevante en la forma de relacionarse que tiene el médico con sus pacientes. La carga emocional que conlleva el duelo por la pérdida de un ser querido limita la forma de relación del profesional con el medio. Considero que en algunos casos puede ser permanente por que positiva o negativamente este duelo establece una nueva forma de comportamiento del sujeto, la persona se ha visto enfrentada a una nueva experiencia que le ha traído nuevos aprendizajes y por lo tanto un cambio se va a dar de forma permanente.

Otro factor que se pudo evidenciar en el trabajo es que la gran mayoría de los profesionales que trabajan en la institución son mujeres, esto puede llevar a un análisis de una tendencia en las mujeres de cumplir un rol de cuidado, un rol que podría considerarse hasta maternal ante los otros, no se llegó a mayor análisis de esta premisa ya que no era un objetivo de este estudio pero queda como interrogante para un próximo estudio.

Finalmente la mayor parte del personal que trabaja en esta institución no presenta mayores complicaciones en sus procesos de duelo y tampoco se evidencian conductas de rechazo ante los pacientes lo que lleva a considerar que aunque muchas veces la teoría nos dice que la exposición a estas situaciones puede desarrollar conductas de distanciamiento y rechazo del profesional en este caso no es así. Una de las razones que se pudo evidenciar es la gran influencia que tiene la vida religiosa en el trabajo que realizan estos profesionales, la creencia religiosa que interviene en la labor es un gran soporte que permite darle otro matiz a su trabajo y por lo tanto no se evidencian tantas conductas de rechazo y distanciamiento sino por el contrario conductas de respeto y cuidado hacia el enfermo.

RECOMENDACIONES

A lo largo de la elaboración de esta disertación fueron diversas las experiencias y conocimientos adquiridos haciendo posible abrir una puerta hacia un mayor estudio del duelo y los profesionales de salud. Desde hace ya varios años se habla de la muerte y del duelo, y esto ha dado cabida a la existencia de instituciones dispuestas a trabajar en este aspecto de la vida humana. Pero de igual manera aunque la aproximación al tema es amplia, no es suficiente aún.

Se habla de la muerte pero de manera discreta y se mantiene como un tabú una de las etapas de la vida que es concerniente a todo ser humano. Se tiene una aproximación muy básica al tema del duelo, la muerte y todo aquello que envuelve una transición tan grande en la vida. Es por esto que instituciones como el Hospice San Camilo no llegan a ser conocidas por todos y no todos los pacientes pueden recibir una atención digna e integral en el fin de la vida.

Como estudiante de Psicología y próxima a ejercer mi profesión recomiendo que se deben ampliar nuestros conocimientos sobre esta temática, la vida del ser humano debe ser estudiada en su totalidad, el ser humano es un ser integral, que llega al final de su vida con una historia y esa historia debe ser elaborada para poder llegar a su fin.

Por lo tanto considero de vital importancia formar a los profesionales interesados en esta rama de la psicología con conocimientos sólidos para trabajar con la muerte, profesionales que puedan ser un aporte vital en el equipo de cuidados paliativos no solo para los pacientes sino también para los profesionales que trabajan dentro de estos equipos. La muerte aunque es un proceso natural conlleva una gran carga emocional y por lo tanto un inmenso desgaste emocional que debe ser atendido, si generamos mayores conocimientos y habilidades en los psicólogos desde su formación se estará realizando un aporte inimaginable en la vida de los pacientes y sobre todo un aporte al conocimiento, al estudio e investigación de temas relacionados con el duelo, la muerte y los profesionales de la salud.

Los conocimientos necesarios para esta área de trabajo son muy amplios por lo que se podrían implementar planes de estudio dirigidos hacia una enseñanza integral. Un programa de estudio que permita a todo profesional de la psicología interesado en el tema adentrarse en los cuidados paliativos y conocer sobre el duelo, las etapas, formas de trabajo

y de igual manera aprender sobre los pacientes, los tratamientos a los cuales son sometidos, los medicamentos que ingieren y las implicaciones que los mismos tienen en el funcionamiento del sujeto.

El proceso de acompañamiento en cuidados paliativos debe darse desde el inicio hasta la etapa de agonía de la persona por lo tanto, se requieren profesionales capacitados para trabajar de forma integral. Deben ser formados con bases teóricas sólidas, pero de igual manera deben ser profesionales capaces de desarrollar planes de trabajo flexibles y adaptados a la realidad de cada paciente.

Los cuidados paliativos y el duelo son temas con muy poca exploración y es el momento de expandir esos conocimientos de darle una nueva mirada a estos fenómenos y aportar para generar cambios, para ser el impulso creativo de nuevas aproximaciones al tema y dar el paso a un desarrollo de este campo. La formación no debe solo darse en un centro educativo como estudiantes de psicología se pueden generar espacios de autoeducación buscar saciar dudas y generar preguntas que nos llevan a abrir nuevas puertas del conocimiento, incontables veces esas puertas pueden llevarnos a preguntas sin respuestas pero es en la búsqueda que se genera el conocimiento.

Es ahora que se debe tomar este conocimiento para desarrollarlo y permitir la generación de nuevas aproximaciones con respecto al duelo y la muerte. Por esta razón se debe apoyar e incentivar a todos los profesionales de la psicología quienes con su formación pueden aportar invaluablemente en este campo.

Si bien el espacio está abierto y se evidencia la necesidad de una mayor cantidad de psicólogos interesados en el tema es de vital importancia que los profesionales interesados en esta rama tengan un acompañamiento psicológico previo, durante y posterior a la realización de un trabajo relacionado con la muerte y el duelo. El acompañamiento psicológico es de vital importancia, ya que los profesionales deben permitirse un espacio en el cual puedan trabajar sus propias problemáticas disminuyendo las probabilidades de afectaciones en su desempeño laboral.

Por esta razón sería recomendable destinar al menos dos horas semanales en las cuales los profesionales puedan asistir a un acompañamiento psicológico el cual podrá brindar al profesional herramientas para enfrentar su labor diaria y de igual forma le brindará un

espacio de expresión en el cual se puedan trabajar temas personales y laborales que estén afectando su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abad, M., Esteban, M., Tejerina, M., & Nieto, J. (2004). *Psicología para ciencias de la salud*. Madrid: McGraw Hill - Interamericana.
- Aguilar, J., & Vargas, J. (2010). Trabajo en equipo. *Network de Psicología Organizacional*, 3-29.
- Atlantis, T. e. (2005). Cicely Saunders, RIP . *The New Atlantis. A journal of technology and society*, págs. 126-128.
- Bermejo, J. (2007). *Estoy en duelo*. Madrid: PPC, Editorial y Distribuidora, S.A.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos : formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Broggi, M. (2010). Cuidar y curar al ser humano enfermo. *Derecho a morir dignamente*, 60.
- Carmona, Z., & Bracho, C. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de salud pública de Venezuela*, 14-23.
- Caruso, I. (1969). *La separación de los amantes* . México D.F: Siglo 21 editores.
- Centeno, C. (1988). Historia de los cuidados paliativos y movimiento hospice. Madrid: Marcos Gómez Sancho Ediciones.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía (1917)*. *Obras Completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Buenos Aires: Kairos.
- Gómez, J. (2011). *Cuidar siempre es posible*. Barcelona: Plataforma.
- Gómez, R. (2011). El médico frente a la muerte. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 67-82.
- Guillem, V., Romero, R., & Oliete, E. (22 de Junio de 2016). *SEOM*. Obtenido de <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>

- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ediciones Grijalbo S.A.
- Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga .
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. *Ley de Derechos y Amparo del Paciente* (pág. 3). Quito: Ministerio de Salud Pública.
- OMS. (2007). Palliative Care. *Palliative Care* (pág. 51). Switzerland : WHO Pres.
- Pública, M. d. (2011). Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salu. Quito.
- Redaelli, A. (2012). *Hospice. El cuidado personalizado y humanizado del enfermo terminal*. Quito: Ediciones Camilianas.
- Vidal, M., & Torres, L. (2006). In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 143-144.
- Worden, W. (2008). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

En pro de resguardar la confidencialidad de las personas que forman parte de la investigación, la investigadora queda a cargo de los documentos escritos producto de la investigación realizada, siendo estos las entrevistas y los consentimientos informados de cada uno de los participantes.

Por lo tanto la investigadora queda en posesión de 12 entrevistas escritas realizadas a los profesionales de la salud del Hospice San Camilo con sede en la ciudad de Quito, adjunto a las mismas se encuentran los consentimientos respectivos.

En los anexos presentados se encontrará el modelo de la entrevista y de igual manera el modelo del consentimiento informado presentado a los participantes, con el fin de que sus lectores puedan tener acceso a los documentos utilizados para la investigación sin poner en compromiso la privacidad de cada uno de los participantes.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

“Proceso de elaboración del duelo en profesionales de la salud por la pérdida de un paciente y su implicación en las relaciones posteriores con los enfermos.”

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que tenga, para que entienda los procedimientos que se utilizarán en la investigación, incluyendo los riesgos y beneficios de participar en el estudio.

Procedimientos:

Para la recolección de información relacionada con la investigación se realizarán entrevistas, a través de las cuales se pretende conocer la experiencia de cada profesional con el fin de identificar los factores que inciden en el proceso de duelo del mismo y sus repercusiones sean estas favorables o no en la relación con otros pacientes.

Durante la entrevista los participantes pueden sentir cierto nivel de ansiedad relacionada con las preguntas que se realicen. Sin embargo en ningún momento se realizará ningún juicio de valor con respecto a la información brindada por el participante.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún tipo de beneficio económico por formar parte de esta investigación. Su participación es una contribución a la comprensión y desarrollo de mecanismos de ayuda para los profesionales de la salud frente a la muerte de sus pacientes y el proceso de duelo relacionado.

La información personal que usted dará al investigador durante el estudio no será revelada a otra persona bajo ninguna circunstancia. En las entrevistas realizadas no figurará el nombre del participante con el fin de proteger su privacidad, por lo que dentro del estudio no figurarán datos personales de ningún participante tan solo la información relevante para la investigación.

Los resultados obtenidos dentro de la investigación serán publicados con fines académicos, pero la identidad de los participantes no será divulgada.

Participantes:

Formar parte de la investigación es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar la investigación en cualquier momento. Para esta investigación es necesario que la persona que desee ser parte de la misma trabaje como Profesional de la Salud dentro del Hospice San Camilo.

Importante:

No firme el presente consentimiento a menos que usted este de acuerdo y no tenga dudas relacionadas con la investigación.

Si usted firma este consentimiento recibirá una copia del mismo.

Nombre del participante:

CI.

Fecha:

Nombre del investigador

CI.

Fecha:

ANEXO 2. MODELO DE ENTREVISTA

Sexo:

Edad:

Especialidad:

1. ¿El trabajo en el Hospice San Camilo es su actividad principal?, de no serlo, ¿cuál es su actividad principal?
2. ¿Hace este trabajo voluntariamente?, ¿Cuál es la razón que lo impulsa a hacerlo?
3. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con pacientes en etapa terminal?
4. ¿Qué representa para usted la muerte profesionalmente?
5. ¿Qué representa para usted la muerte personalmente?
6. ¿Cuáles son los principales conflictos que le plantea el trabajo con pacientes en etapa terminal, desde el punto de vista profesional?
7. ¿Cómo cree que ha cambiado su perspectiva de la muerte desde que realiza este trabajo?, ¿Considera que esta modificación en su perspectiva lo ha favorecido o perjudicado en su trabajo?
8. ¿Cómo se relaciona con sus pacientes?, ¿considera que la forma de hacerlo ha cambiado con el tiempo?, ¿Cuáles considera usted pueden ser las razones de estos cambios en la relación con el paciente?
9. ¿Considera que la muerte de un paciente lo afecta emocionalmente?, ¿recuerda el primer paciente que perdió?, ¿Cómo se sintió?, ¿Recientemente ha perdido a algún paciente?, ¿Considera que esta pérdida lo ha afectado emocionalmente, cómo se ha sentido respecto a la pérdida?

10. Tras una pérdida todo ser humano se ve enfrentado a un proceso de duelo, en su caso ¿considera que ha atravesado un proceso de duelo por la pérdida de un paciente?
11. ¿Considera que durante el proceso de duelo su relación con los otros pacientes se ve modificada?, ¿Estos cambios en la relación son permanentes o momentáneos?
12. ¿Considera que sus hábitos de sueño se han visto alterados desde que realiza este trabajo?, ¿Cuál considera usted es la razón de estas alteraciones?
13. ¿Considera que sus hábitos alimenticios se han visto afectados desde que realiza este trabajo?, ¿Cuál considera usted es la razón de estas alteraciones?
14. ¿Considera que el trabajo en equipo es favorable para el tratamiento de pacientes en etapa terminal?, ¿Por qué?
15. ¿Cómo ayudó el equipo en su proceso de duelo tras la pérdida de un paciente?

Nombre del participante:

CI.

Fecha:

Nombre del investigador

CI.

Fecha: