

**SIGNIFICADO DE LAS VIVENCIAS DE LOS MEDICOS  
Y LAS ENFERMERAS SOBE EL DUELO Y LA MUERTE**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



**SIGNIFICADO DE LAS VIVENCIAS DE LOS MEDICOS Y LAS  
ENFERMERAS SOBE EL DUELO Y LA MUERTE**

**Autora: Mgsc: Zoraida Carmona  
Tutora: Dra. Cira Bracho de López**

**Valencia, Enero 2013**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA:



**SIGNIFICADO DE LAS VIVENCIAS DE LOS MEDICOS Y LAS  
ENFERMERAS SOBE EL DUELO Y LA MUERTE**

**Autora: Mgsc: Zoraida Carmona  
Tutora: Dra. Cira Bracho de López**

**Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de  
Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para optar al  
Título de**

**DOCTORA EN ENFERMERÍA,  
ÁREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO**

**Valencia, Enero 2013**

***DEDICATORIA***

A DIOS Todopoderoso  
Señor de señores y Rey de reyes  
¡Gloria a Ti Señor Jesús!

A la Santísima VIRGEN MARIA  
Madre de DIOS y Madre nuestra

## AGRADECIMIENTOS

De manera especial agradezco a DIOS PADRE por su presencia en mi vida y por todos estos *Ángeles* que puso en mi camino para llevar a feliz término este sueño:

- ✚ A mi tutora, la Dra. Cira Bracho de López por ser esa persona especial que me hizo crecer personal, profesional y espiritualmente.
- ✚ A la Dra. Amarilis Guerra, hermoso ser, por sus perennes palabras de estímulo y por sus acertadas sugerencias y aportaciones en el momento preciso,. a ella, mi eterno agradecimiento.
- ✚ A mis hermanas Berta y Ani, amigas maravillosas que se mantuvieron a mi lado siempre, animándome y brindándome sus valiosos aportes, sobre todo en aquellos momentos en los que, la tristeza y el desánimo me invadió por la pérdida de mi padre.
- ✚ A mis compañeros del Departamento Básico, por su apoyo institucional y por estar siempre pendiente de la evolución de esta investigación. Especialmente a Iraida, Marlene y Luis.
- ✚ A mi hermoso ramillete de flores, profesionales maravillosos como seres humanos, que me permitieron compartir sus vivencias cargadas de aprendizajes y sentimientos. Mil gracias, ustedes hicieron posible que realizara esta investigación.
- ✚ A mis dos Carlos, mi esposo y mi hijo, regalos de Dios. Gracias por su amor, paciencia, comprensión, sus palabras de aliento y por sus oportunas disertaciones. En conclusión por ser el soporte de mi vida. Los amo infinitamente.
- ✚ A mi bella y querida familia, mi padre, mi madre, mis hermanos y hermanas, por su apoyo incondicional en todas las esferas de mi vida, los amo.
- ✚ A mí querida Alexandra por su cariño, por su permanente disposición a la resolución de problemas y por la revisión del informe final.

## I N D I C E

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria.....	vi
Agradecimientos.....	vii
Resumen.....	x
Summary.....	xi
Introducción.....	1
<b>CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZANDO EL FENÓMENO...</b>	<b>5</b>
1.1. Explicando el fenómeno.....	5
1.2. Mi vivencia e inquietudes.....	9
1.3. Objetivos del Estudio.....	12
1.4. Justificación del estudio.....	13
<b>CAPÍTULO II. EXPLORANDO EL REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
2.1. Lo que se h investigado.....	16
2.2. Lo que se ha escrito sobre el fenómeno.....	23
2.3. Dimensión ética del estudio.....	67
2.4. Dimensión legal del estudio.....	72
<b>CAPÍTULO III. EL CAMINO RECORRIDO.....</b>	<b>77</b>
3.1. Dimensión metodológica del estudio.....	77
3.2. Método fenomenológico hermenéutico.....	78
3.3. Informantes claves del estudio.....	93
3.4. Agentes externos participantes en el estudio.....	94
3.5. Contexto de la investigación.....	94
3.6. Técnica de recolección de la información.....	96
3.7. Rigor Metodológico.....	100
<b>CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO.....</b>	<b>104</b>
4.1. Fenomenología de las esencias.....	105
4.2. Perspectivas de los participantes.....	105
4.3. Perspectivas de los agentes externos.....	146
4.4 Perspectiva de la investigadora.....	158

<b>CAPÍTULO V. FENOMENOLOGÍA DE LAS APARIENCIAS.....</b>	<b>160</b>
5.1. Síntesis narrativa.....	161
5.2. Triangulación de las categorías surgidas.....	162
5.3. Estructuración de las categorías.....	168
5.4. Matriz Epistémica.....	169
<b>CAPÍTULO VI. CONSTITUCIÓN DE LOS SIGNIFICADOS.....</b>	<b>170</b>
6.1. Triangulación.....	174
<b>CAPÍTULO VII. INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO...</b>	<b>197</b>
<b>CAPÍTULO VIII. APROXIMACIÓN TEÓRICA.....</b>	<b>201</b>
8.3. Teoría Emergente.....	202
Referencias Bibliográficas.....	210
Anexos.....	221



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**SIGNIFICADO DE LAS VIVENCIAS DE LOS MEDICOS Y LAS  
 ENFERMERAS SOBE EL DUELO Y LA MUERTE**

**Autora: Zoraida Elena Carmona B.**  
**Tutora: Dra. Cira Bracho de López**  
**Fecha: Enero 2013**

**RESUMEN**

Los médicos y las enfermeras están en permanente contacto con situaciones de duelo y muerte en su contexto laboral y, como seres humanos, también vivencian situaciones de duelo y muerte en su vida personal. Este estudio se llevo a cabo en la ciudad de Valencia Venezuela y forma parte de la línea de investigación del Doctorado en Enfermería: Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de Vida. El objetivo de esta investigación fue generar una teoría reflexiva sobre el significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias sobre el duelo y la muerte. El abordaje metodológico fue a través del paradigma cualitativo, bajo una matriz epistémica fenomenológica hermenéutica. Se utilizó el método de Spiegelberg. La técnica de recolección de la información fue la entrevista en profundidad realizada a 3 médicos y 3 enfermeras (informantes claves) y 2 trabajadoras sociales (agentes externos). Dicha información fue categorizada, codificada y contrastada para su posterior interpretación. Surgieron cinco categorías y la teoría reflexiva emergente fue: El duelo y la muerte para los médicos y las enfermeras es vivido de una manera única e individual por cada uno de ellos, a pesar de que existen elementos comunes, como: la evasión y los sentimientos divergentes manifiestos, por lo difícil de asumir la muerte propia como fenómeno inherente a la vida, el sistema de creencias respecto al duelo y la muerte y la falta de formación profesional, para ayudarse a sí mismo y ayudar al otro en el acompañamiento del duelo y/o a tener una muerte digna.

**Palabras clave:** Médicos, Enfermeras, Duelo, Muerte, Fenomenología.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**CULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



## **MEANING OF THE EXPERIENCES OF PHYSICIANS AND NURSES ON GRIEF AND DEATH**

**Author: Zoraida Elena Carmona B.**  
**Tutor: Dra. Cira Bracho de López**  
**Date: January, 2013**

### **SUMMARY**

The Doctors and nurses are in permanent contact with mourning and death situations in their work context and, as humans, also experience mourning and death situations in their personal lives. This study is part of the research of the PhD in Nursing: Promoting Human Care Experience in Health and Quality of Life. The objective of this research was to generate a reflexive theory about what it means for doctors and nurses their experiences about grief and death.

The methodological approach of this research was through the qualitative paradigm, under a hermeneutic phenomenological epistemic matrix. It was used the method Spilgerberg. The technique of data collection was conducted in-depth interviews with three doctors and three nurses (key informants) and two social workers (outsiders). This information was categorized, coded and verified for subsequent interpretation. There arose five categories, and the emerging reflexive theory was: mourning and death for doctors and nurses is experienced in a unique and individual way, although there are common elements, such as avoidance, that is due to the difficulty to take one's own death as a phenomenon inherent to life; the system of beliefs about death and the lack of training in the theoretical and practical, to help handle dying and grief.

**Keywords:** Doctors, Nurses, Grief, Death, Phenomenology.

## INTRODUCCIÓN

Las vivencias son el producto del vivir, son las experiencias que vivimos día a día y que le dan sentido a nuestras vidas. De todas las vivencias del ser humano, el duelo y la muerte son las más certeras, porque forman parte del ser y de su existir como tal, en tal sentido, podemos decir que el duelo y la muerte son esenciales para poder comprender la vida. Cuando pensamos en la cuestión de la inevitabilidad de la muerte, son muchas las interrogantes que nos planteamos y a la vez son muchos los sentimientos encontrados que se generan, por lo que tratamos, desesperadamente, de no pensar en ello.

Son pocas las personas que llegan a comprender y aceptar la muerte como un proceso natural y normal en la vida de todo ser viviente. La muerte, como acontecimiento, es un hecho universal que le confiere valor a la vida; si aceptamos esto podremos estar a tono con lo que plantea Kubler Ross, cuando nos dice que el hecho de aceptar la muerte nos permite configurar una vida más consciente, para ser más responsables con la propia existencia y para madurar más intensamente.(1)

Se sabe que vivenciar un duelo por una pérdida significativa es una de las experiencias más dolorosas para el ser humano, es una vivencia que toca lo más profundo de nuestro ser, que tambalea todos nuestros esquemas, por lo tanto, el duelo debe ser elaborado, debe ser vivenciado de manera saludable; sin embargo, a pesar de

que la elaboración del duelo es necesaria para sanar nuestro ser, entendiéndose éste de manera integral como cuerpo, mente y espíritu, cada vez que nos enfrentamos a ello, asumimos conductas inadecuadas. Los miembros del equipo interdisciplinario de salud, en especial los médicos y las enfermeras, como seres humanos, no están exentos de esta realidad. Estos profesionales están en permanente contacto con situaciones de duelo y muerte en su contexto laboral, de igual manera, como ser humano, también vivencia situaciones de duelo y muerte en su vida personal (familiar), que en muchas oportunidades coinciden con las laborales.

Si bien es cierto que la actitud que se tenga hacia la muerte, así como las vivencias de los procesos de duelo, dependerán principalmente, del conocimiento que tengamos sobre el duelo y la muerte, de nuestras creencias religiosas así como de nuestro entorno cultural y familiar, también lo es el hecho de que explorando nuestro ser interno sobre estos aspectos podremos tener elementos conceptuales y vivenciales necesarios, para saber qué es lo que está pasando en mí y en el otro, cuando enfrentamos estas situaciones de duelo y muerte. De tal manera que el camino, posiblemente no sea menos doloroso, pero será sin lugar a dudas, más liviano y llevadero y por consiguiente, con menos repercusiones en el futuro.

El abordaje metodológico de esta investigación fue a través del paradigma cualitativo, bajo una matriz epistémica fenomenológica hermenéutica, por cuanto me permitió generar una teoría sobre el significado que tienen para los médicos y las

enfermeras, sus vivencias referidas al duelo y la muerte. Como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista en profundidad, mediante encuentros con los actores sociales. Dicha información fue categorizada para su posterior interpretación de acuerdo con las respuestas aportadas por los informantes claves y los agentes externos.

Este trabajo está adscrito a la Unidad de Investigación de Salud Sexual y Reproductiva (UNISAR), e insertado en la línea de investigación “Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de Vida”; del Programa de Doctorado en Enfermería, Valencia, Venezuela.

A continuación se describen los capítulos que estructuran la tesis: **El Capítulo I:** La contextualización de la situación estudiada, el fenómeno de estudio, los objetivos y la justificación. **Capítulo II:** Explorando el referencial teórico; se plasma lo que se ha investigado a nivel internacional y nacional y se realiza una revisión de referentes teóricos sobre el fenómeno estudiado y las consideraciones éticas y legales. **Capítulo III:** El camino recorrido; contempla la dimensión metodológica del estudio, el paradigma cualitativo, método fenomenológico hermenéutico, etapas de Spiegelberg, informantes claves del estudio, agentes externos, técnicas de recolección de la información y el rigor metodológico. El **Capítulo IV:** Descripción del fenómeno de estudio, presenta las esencias que emergieron de las entrevistas efectuadas a las informantes claves por la investigadora. El **Capítulo V:**

Fenomenología de las apariencias (Esencia y estructura); contempla la síntesis narrativa, el proceso de categorización y codificación de la información, comprende las diferentes perspectivas de los informantes claves, de la investigadora y de los agentes externos. El **Capítulo VI:** Constitución de los significados; se presenta el proceso de triangulación y estructuración de las categorías. El **Capítulo VII:** Interpretación del fenómeno, contiene la comprensión de los significados sobre el duelo y la muerte por los informantes claves y finalmente el **Capítulo VIII:** Aproximación Teórica Reflexiva; que me llevó a la comprensión del significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias del duelo y la muerte.

## **CAPITULO I**

### **CONTEXTUALIZANDO EL FENOMENO**

En este capítulo se expone la visión que se tiene a nivel nacional sobre el fenómeno estudiado, es decir sobre el duelo y la muerte desde la perspectiva de los profesionales de la salud, específicamente de los médicos y las enfermeras; así como las vivencias de la investigadora, los objetivos y la justificación del presente estudio.

#### **1.1. EXPLICANDO EL FENÓMENO**

El duelo y la muerte son situaciones universales que todos los seres humanos vivimos a lo largo de nuestra vida. En Venezuela existe una población total de 27.227.930 personas aproximadamente, según datos reportados por Instituto Nacional de Estadísticas, basadas en el censo del 2011. De igual manera, la mortalidad registrada para el año 2010 a nivel nacional asciende a 130.597 defunciones (2).

Estos datos estadísticos nos dan una idea de las situaciones de duelo y muerte a las que están expuestos continuamente los miembros del equipo interdisciplinario de salud, especialmente los médicos y las enfermeras en nuestros centros asistenciales y en su vida cotidiana. Ahora bien, hablar de muerte o duelo, no es fácil, son temas

que la mayoría de las personas tendemos a rechazar, porque nos toca en lo más profundo de nuestro ser, toca el mundo de nuestros afectos. Sin embargo estos aspectos del duelo y la muerte, están tan intrínsecamente relacionados con la vida, que tarde o temprano, queramos o no, tendremos que enfrentarnos a ellos. El proceso de duelo constituye parte de la vida, porque al final de ésta, está la muerte. Sin embargo, para la persona que lo experimenta, esta sensación de dolor, de vacío, de impotencia, es tan grande que hace, en muchos casos, que se pierda el valor por la vida. Algunos psicoanalistas asemejan la pérdida como la sensación de tener un agujero en su propia existencia.

El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo se necesita un período de tiempo para que la persona en proceso de duelo vuelva a un estado de equilibrio similar (3).

Con relación a lo planteado anteriormente tenemos, que los médicos y las enfermeras, es el personal que diariamente se enfrenta con estas situaciones de duelo y muerte en nuestros centros asistenciales. Su papel es orientar saludablemente, es decir, acompañar a la persona en duelo por un camino lento, largo y extremadamente doloroso que implica deshacer pedacito por pedacito el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está y guardar en nuestro mundo interno su imagen, su recuerdo(4). Somos y debemos sentirnos responsables de esta realidad, debemos

concebir el proceso de duelo de una forma integral para que la ayuda prestada sea la adecuada a sus necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales (5).

Por lo tanto es de suma importancia que los profesionales de la medicina y la enfermería estén preparados y sensibilizados con esta problemática, no solo para poder brindar los cuidados necesarios y adecuados a los pacientes que lo requieran, sino también para saber qué y cómo hacerlo y de esta manera, cuidar de otros y cuidar de sí.

De acuerdo a lo anteriormente descrito vemos que como profesionales de la salud, tenemos una gran responsabilidad frente a nuestros pacientes en situación terminal y frente a los familiares en proceso de duelo por pérdidas significativas, pero ¿estamos los profesionales de la salud (los médicos y las enfermeras) preparados para hacer frente a estas situaciones de duelo? ¿Cuándo se nos preparó para ayudar “al otro” a superar sus duelos? ¿Dónde se nos preparó para ayudar “al otro” a superar sus duelos? ¿Quién nos ayuda a nosotros a superar nuestros propios duelos?

Los médicos y las enfermeras también somos seres humanos, que sentimos y vivimos diariamente una serie de situaciones, tanto a nivel personal como profesional, que implican pérdidas y situaciones de permanente contacto con lo doloroso, que nos afectan lo queramos o no y que en la mayoría de los casos, no tenemos ni el tiempo ni el lugar para lograr la resolución saludable de estas pérdidas.

En la era del mundo globalizado, cuando hablamos de cuidar y/o curar, tenemos que visualizarlo desde un punto de vista Integral/ Holístico, es por ello que el equipo interdisciplinario de salud debe brindar y brindarse a sí mismo una atención adecuada y en el momento oportuno.

En concordancia con lo planteado anteriormente, Watson en su teoría del Cuidado Humano, refiere que las dimensiones transpersonales de una ocasión del cuidado son afectadas por la conciencia del que cuida en el momento del cuidado, podemos extraer de estas palabras que siempre se establece un vínculo, entre el que cuida y el que es cuidado y este vínculo afectivo se establece sin darnos cuenta, porque así son las relaciones humanas. El que es cuidado y el que cuida están interconectados; el proceso del cuidar/sanar está conectado con otros humanos y ocasiona una mayor energía del universo (6).

El cuidado también implica al que cuida, porque no podemos dar lo que no tenemos, si no tenemos salud no podremos transmitir salud, si no somos capaces de superar nuestros propios duelos tampoco seremos capaces de ayudar a nuestros pacientes a superar los suyos. Es por esta razón que los médicos y enfermeras, también deben ser vistos como seres humanos integrales, para poder valorarlos en todas sus dimensiones.

## 1.2. MI VIVENCIA E INQUIETUDES

En mi experiencia, como enfermera de atención directa y docente universitaria de enfermería, he podido vivenciar, en nuestros centros asistenciales que los profesionales de la salud, específicamente, los médicos y las enfermeras asumen diferentes conductas cuando se enfrentan a situaciones de duelo y de muerte en sus pacientes, en muchas oportunidades la actitud más común es la evasión, el aparentar desentenderse de la situación de duelo y/o muerte, que se está generando.

Otro aspecto importante a considerar y muy común en nuestras áreas asistenciales es aquella vivencia en la que, a los miembros del equipo de salud, se les muere un familiar muy cercano. Como por ejemplo, el caso de una colega que trabajaba en la unidad de emergencias de un hospital público y cierto día en el cual ella se encontraba de guardia, ingresa un joven con traumatismo craneoencefálico por accidente de tránsito, el joven era su hijo y falleció. De eso hace más de seis años y ella todavía llora cada vez que ingresa un joven a la Unidad con el mismo diagnóstico. Cuando indague y pregunte que ayuda había recibido esta colega enfermera para la resolución de su duelo de forma saludable y de la situación tan traumática que vivió, la respuesta fue simple: “ninguna”.

Estas vivencias, nos deben llamar la atención y a la vez permitirnos reflexionar y preguntarnos ¿qué estamos haciendo en nuestro país para garantizar la

salud mental de los trabajadores de la salud?, ¿por qué en nuestros años de estudio no se nos prepara para poder enfrentar estas situaciones de duelo y muerte de forma asertiva? Si bien es cierto el hecho, de que el tener los conocimientos no nos garantiza que vamos a ser unos expertos en el acompañamiento del otro en su duelo, así como tampoco nos asegura que vamos a asumir una conducta idónea, acorde con lo que sabemos, si creo que el tener elementos conceptuales sobre el duelo y la muerte, así como el hecho de aceptarla como parte de nuestra vida, el saber lo que pasa, lo que nos está ocurriendo y lo que le está ocurriendo al otro cuando se vivencia un proceso de duelo, nos haría más fácil el camino a recorrer y si bien, no menos doloroso, sí más llevadero.

Para comprender el fenómeno social del significado que tiene para los médicos y enfermeras sus vivencias sobre el duelo y la muerte, se toma como punto de referencia el análisis del ser que hace Heidegger, la cual se constituye en la corriente psicológica derivada de la psiquiatría y la filosofía que permite comprender la existencia, sustentada en el sentido y la significación (7).

En este sentido y tal como Heidegger lo enuncia “ser en el mundo“, es la actividad propia de existir, sin embargo en el sentido del Dasein (estructura con la cual se diferencia a los seres para los cuales nunca es indiferente su propio *modo de ser*, lo cual implica una pregunta constante por el propio modo de ser en la experiencia de existir, que necesariamente refiere al descubrimiento de sentidos, a

partir de los significados) que el sujeto elabora de su propia experiencia, ésta denota un carácter especial, que lo diferencia de los demás seres en tanto se considera “el *ser en*”, como contenido y “el ser en” como involucramiento, el primero de ellos hace referencia a la propiedad física de ocupar un lugar específico en relación a otros objetos y esto es propiedad tanto del Dasein como de los demás seres, mientras que el segundo de ellos el involucramiento obedece a una condición exclusiva del Dasein, que implica el ser tocado, es decir, conmovido por los demás objetos y más específicamente por los demás Dasein.(8)

Este último aspecto implica un relacionarse un “habitar en”, “residir”, “vivir en” y ser parte del mundo de manera activa, donde éste se considera no como algo aparte sino como un aspecto más de sí. “Ser (estar) en (con guión) se distingue esencialmente de *ser en*, porque el Dasein toma una posición con respecto a sí mismo ocupándose de las cosas. Ser-en, en el sentido de estar involucrado, es definitivamente algo del Dasein” (8). Por lo tanto no es suficiente el hecho *de ser* a partir de la corporeidad, para ser-en-el mundo, es necesario que el hombre desarrolle una actitud reflexiva frente a su propia existencia, que le permita el involucramiento tanto con otros Dasein como con su modo particular de ser.

Para Heidegger, la anticipación de la muerte posibilita todas las otras posibilidades (7), es decir nos hace seres auténticos con una visión diferente ante la muerte La falta de preparación de los profesionales de la salud, junto con

instalaciones inadecuadas, hace que la situación de los enfermos terminales sea muchas veces dramática. Los estudios llevados a cabo en universidades americanas ponen de manifiesto que los médicos residentes, en su mayoría, sienten una tremenda ansiedad y falta de preparación cuando se ponen en contacto con pacientes diagnosticados de procesos irreversibles (9). No es de extrañar entonces, que el profesional de la salud sufra de episodios de ansiedad y como consecuencia asuma conductas evasivas y en muchas ocasiones hasta agresivas, cuando se enfrenta a situaciones de duelo y muerte en su entorno laboral.

En base a lo señalado anteriormente, surge la inquietud de investigar ¿Cuál es el significado que tiene para los médicos y las enfermeras, como miembros del equipo interdisciplinario de salud, sus vivencias sobre el duelo y la muerte?, para generar una teoría, que permita la reflexión como herramienta fundamental, en la idea de suscitar diferentes constructos internos propios del ser.

### **1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Generar una aproximación teórica reflexiva sobre el significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias sobre el duelo y la muerte.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1.- Descubrir los significados que tienen los médicos y las enfermeras sobre sus vivencias de duelo y muerte.

2.- Indagar sobre las diferentes perspectivas que poseen los médicos y las enfermeras sobre sus vivencias de duelo y muerte.

3.- Contrastar el significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias sobre el duelo y la muerte con la arquitectura teórica presentada.

4.- Interpretar el significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias sobre el duelo y la muerte.

5.- Construir una aproximación teórica reflexiva a partir del significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias sobre el duelo y la muerte.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Como ya se ha mencionado anteriormente, las vivencias sobre el duelo y la muerte son algo que todo ser humano, tarde o temprano, experimentará, está implícito en nuestro proceso de vivir. En otros países, como por ejemplo España, los temas

sobre duelo y muerte han sido muy estudiados, lamentablemente en nuestro país son pocos los estudios que se han realizado sobre esta temática y continúan siendo temas considerados tabú.

En tal sentido, como profesional comprometido con la labor educativa e investigativa de mi país y en un intento por contribuir en la profundización de estos temas, (duelo y muerte) surge esta investigación, con la finalidad de generar herramientas teóricas producto del sentir de los protagonistas, del ser humano cuidador que siente, percibe y que vive día a día su realidad.

El hecho de recurrir a los relatos de primera mano sobre el duelo y la muerte, nos permitió poder enfrentarnos a la diversidad, al entramado de significados, similares o contrapuestos, pero únicos y valiosos ya que conforman la esencia de la información compartida por los informantes. En tal sentido, se aspira que la información plasmada en estas páginas permita la reflexión individual como herramienta fundamental, de tal manera que pueda contribuir en una mejor asimilación del proceso de duelo y de la muerte y su incorporación en el proyecto de vida de los médicos y enfermeras y en todas aquellas personas interesadas en el fenómeno estudiado.

Otro aspecto importante a considerar en la realización de esta investigación es que la mayoría de los pocos trabajos realizados hasta la fecha en nuestro país,

relacionados con el duelo y la muerte, son bajo el paradigma positivista, con técnicas de análisis cuantitativas. En tal sentido la matriz epistémica fenomenológica que guió el desarrollo de esta investigación, así como el empleo de técnicas de análisis cualitativas, permitió un gran aprovechamiento de la información ya que los resultados son el producto de las vivencias de los participantes en el estudio, de lo que ellos expresaron y sintieron, sin ningún tipo de restricciones y/o limitaciones.

En concordancia con lo planteado anteriormente, resulta relevante documentar las experiencias particulares, sobre las vivencias referidas a la muerte y el duelo, con el fin de socializarlas, discutir las, o bien, que puedan servir de apoyo en procesos investigativos semejantes, orientados a la búsqueda del descubrimiento de otras categorías y/o dimensiones.

Este estudio pretende contribuir en la construcción teórica, dirigida a la comprensión e interpretación del fenómeno descrito y propone una aproximación teórica reflexiva sobre el significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias sobre el duelo y la muerte.

## CAPITULO II

### EXPLORANDO EL REFERENCIAL TEORICO

El capítulo presenta la revisión que se realizó sobre estudios que se relacionan con el fenómeno de estudio, de igual manera se plasma en estas líneas la indagación de referentes teóricos sobre aspectos significativos del fenómeno estudiado.

#### 2.1. LO QUE SE HA INVESTIGADO

A continuación se describen las investigaciones previas tanto internacionales como nacionales, que se han realizado sobre el tema en estudio. Es preciso señalar que son muy escasas las investigaciones realizadas sobre el fenómeno investigado desde la matriz epistémica fenomenológica, sin embargo encontré otros estudios con enfoques metodológicos distintos pero con aportes significativos para esta investigación.

##### **A nivel internacional:**

En una una investigación titulada: **Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos 2009 – 2011**, en Bogotá; cuyo objetivo fue determinar la representación social de muerte que tiene un grupo de médicos alternativos y alópatas. Con relación al diseño y al método, la investigación

para su ejecución implicó dos fase, sin embargo, en este trabajo se presento la fase cuantitativa que corresponde a un estudio descriptivo. Muerte y medicina son conceptos que siempre han estado ligados ya que la primera podría ser un desenlace dentro de las intervenciones médicas; es posible que el cambio en el paradigma médico influya en el concepto que tienen los médicos sobre la muerte. Se encuestaron 132 médicos con características socio demográficas variables. Los resultados confirman que los médicos establecen vínculos importantes con pacientes próximos a morir, reciben insuficiente información para enfrentar la muerte de sus pacientes dentro de su formación, y su profesión y credo religioso influyen de manera importante en su visión sobre la muerte. En la vida profesional de los médicos se establecen relaciones cercanas con pacientes próximos a morir, aspecto que se correlaciona con el impacto emocional que genera en ellos el hecho de sentir que es poca la ayuda que pueden proporcionar al paciente moribundo y su familia al no contar con suficientes conocimientos sobre cómo enfrentar esta situación. **(10)**

En este estudio se evidencia las relaciones interpersonales en el caso particular de los médicos con los pacientes moribundos, lo que producen un impacto emocional fuerte, ya que se demostró también la insuficiente preparación que reciben en su formación profesional para intervenir de manera efectiva, cuando vivencian situaciones de enfrentamiento con la muerte.

En el estudio titulado: **Reflejos de la formación académica en la percepción del morir y de la muerte por enfermeros**. El objetivo de la investigación fue comprender cómo los enfermeros de una Unidad de Clínica Médica perciben el proceso de morir y muerte y si tal temática fue trabajada durante su formación. Estudio de campo descriptivo-exploratorio de abordaje cualitativo, realizado en Hospital Escuela en Rio Grande do Sul (Brasil), entre febrero y junio 2010. Los sujetos involucrados fueron siete enfermeros, trabajadores de la Unidad. Para recolección de datos se utilizó entrevista semiestructurada, y para analizarlos, análisis de contenido. Los enfermeros perciben el proceso de morir y muerte como proceso vital que fomenta sentimientos de impotencia y miedo, tanto en el período formativo como en el ejercicio profesional; dado que recibieron poca o ninguna preparación acerca de la temática. En conclusión, debe haber un mayor incremento de contenidos en disciplinas curriculares para ayudar en la atención del paciente en el proceso de morir y muerte. **(11)**. Esta investigación refleja los sentimientos de impotencia y miedo que se generan en los enfermeros ante el morir y la muerte, así como la poca preparación recibida durante su preparación académica.

El estudio titulado **Algunos problemas éticos en el manejo del enfermo terminal en la atención primaria de salud**. Fue un estudio descriptivo transversal para conocer algunos problemas éticos en el manejo de los enfermos terminales, en el Policlínico Centro de Camagüey, Cuba; en los meses de julio-agosto de 1998. Se seleccionó una muestra de 30 médicos de familia, a los que se les aplicó una encuesta

que comprendía las variables: Conocimientos de los principios éticos y manejo del enfermo terminal y su familia. Los datos obtenidos fueron procesados de forma automatizada. Se encontró que el 50% de los médicos desconocía los principios éticos, el 100% conocía que el cáncer y las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central causan enfermedad terminal, el 33, 33% revelan lo concerniente a su enfermedad a los pacientes. Se concluyó que la mayoría de los médicos no fueron preparados en su formación en cuanto a los conocimientos éticos para el manejo del enfermo terminal y no desean conocer la verdad si fueran afectados por una enfermedad terminal. (12)

Este estudio reafirma el hecho de que a los miembros del equipo de salud no se les prepara para manejar de forma saludable situaciones de duelo y muerte en sus áreas de trabajo y a la vez evidencia la negación de la muerte, aunque esto implique no querer saber nada de ella.

### **A nivel nacional**

La investigación titulada: **El cuerpo humano como huella de vida ausente desde una perspectiva axiológica**, cuyo objetivo general fue construir una teoría reflexiva sobre el significado que tiene el cuerpo humano sin vida para algunos miembros del equipo de salud, y otros funcionarios públicos. La muerte está constituida por una sucesión de fases de deestructuración rápida y progresiva del funcionamiento integrado del organismo, como unidad biológica. Bajo este

paradigma biomédico el cuerpo sin vida de una persona sigue siendo visto como una cosa u objeto, al igual como se presenta el cuerpo con vida desde la mirada cartesiana o lógica positivista. Ante la situación de ver como día a día los cuerpos humanos sin vida, son irrespetados, degradados y vistos como simples objetos; este estudio se realizó bajo un lenguaje cualitativo, con la matriz epistémica fenomenológica. Abordando al cuerpo humano desde el punto de vista axiológico. Se utilizó el método de Spilgerberg, la técnica de recolección de información fue la entrevista en profundidad realizada a 7 personas: patólogo, auxiliar de autopsia, enfermero, funerario, agente policial y 2 familiares de difuntos. Dichos sujetos de estudio fueron seleccionados de manera intencional. Ellos describieron el fenómeno desde sus propias experiencias a través de tres categorías: cuerpo humano sin vida, trato al cuerpo humano sin vida y la muerte. Se realizó la estructuración y codificación axial, la contrastación y el establecimiento de la teoría emergente la cual señala: “Al cuerpo humano sin vida, se le asignan valores inherentes a su condición humana como el amor, el respeto y la dignidad, los cuales tienen trascendencia más allá de la muerte física de las personas. La percepción del fenómeno varía, según el sistema de creencias y la vinculación que se tiene con el difunto” (13)

El aporte de esta investigación es que además de ser uno de los pocos estudios con una matriz epistémica fenomenológica, una de las categorías fue la muerte y participaron médicos y enfermeras. Así mismo se evidencia como las

creencias juegan un papel importante en la concepción que se tenga de la muerte y del manejo del cuerpo humano sin vida.

Otro estudio titulado **“Conocimiento y práctica del personal de enfermería sobre el duelo por muerte perinatal en madres adolescentes”**, el mismo se llevo a cabo en la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, Venezuela. Tuvo como objetivo general determinar la relación que existe entre el conocimiento del personal de enfermería sobre el duelo por muerte perinatal en madres adolescentes y la práctica del personal de enfermería. Fue una investigación de tipo correlacional y la muestra estuvo conformada por el 25% de la población de enfermeras estratificadas por el nivel educativo. La conclusión de este estudio fue que no existe una relación significativa entre el conocimiento y la práctica del personal de enfermería, para ayudar a las madres adolescentes en proceso de duelo por muerte perinatal.(14)

Con estos resultados podemos observar que, indiferentemente de los conocimientos sobre el duelo y la muerte que tengan los profesionales de la salud (en este caso de enfermería), cuando se enfrentan a situaciones de pacientes en proceso de duelo, su conducta, actitud y/o práctica es, en la mayoría de los casos, contraria a sus conocimientos.

Así mismo, la autora realizó un trabajo de investigación titulado **“Rol de ayuda del personal de enfermería percibido por las madres adolescentes en**

**proceso de duelo por aborto y su nivel de satisfacción”,** cuya finalidad fue determinar la relación que existe entre el rol de ayuda del personal de enfermería en sus factores escuchar, informar y alentar percibido por las madres adolescentes en proceso de duelo por aborto y su nivel de satisfacción. El estudio fue una investigación correlacional de corte transversal, la población objeto de estudio estuvo conformada por todas las adolescentes con diagnóstico médico de aborto hospitalizadas en la maternidad “Dr. J. H. Fachin de Boni” de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia. La muestra fue elegida al azar y estuvo constituida por treinta (30) adolescentes. Se utilizó un cuestionario en escala tipo likert para recoger la información. La conclusión de este estudio fue que no hubo una relación estadísticamente significativa entre el rol de ayuda del personal de enfermería en sus factores escuchar, informar y alentar percibido por las madres adolescentes en proceso de duelo por aborto y su nivel de satisfacción. Lo que se traduce en que las madres adolescentes en proceso de duelo por aborto manifestaron no haber percibido el rol de ayuda del personal de enfermería en sus factores escuchar, informar y alentar y por consiguiente hubo un marcado nivel de insatisfacción. **(15)**

A través de este estudio se evidencia una actitud evasiva del equipo interdisciplinario de salud cuando tiene que hacer frente a situaciones de duelo y muerte, generando en los pacientes sentimientos de insatisfacción con los cuidados proporcionados.

De igual, en la investigación sobre la **“Percepción del manejo del duelo por parte del personal de enfermería”**, trabajo que se llevó a cabo en el área de puerperio de la maternidad “Dr. J. H. Fachin de Boni” de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. El objetivo general fue determinar la percepción por parte del personal de enfermería, sobre el manejo del duelo en sus factores conocimientos que poseen y actitud que asumen ante una puérpera en duelo. El estudio fue una investigación descriptiva y de corte transversal, la población objeto de estudio estuvo conformada por un total de 50 profesionales de enfermería que laboran en el área de puerperio de la maternidad “Dr. J. H. Fachin de Boni” de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia. La muestra fue elegida al azar y estuvo constituida por treinta (30) profesionales de enfermería que aceptaron formar parte de la misma. Se utilizó un cuestionario estructurado en dos partes para recoger la información. La conclusión de este estudio fue que el personal de enfermería posee una percepción con respecto al manejo del duelo en un nivel intermedio, con tendencia a ser bajo. Estos resultados plasman una mediana o baja percepción de la vivencia del proceso de duelo en las pacientes, por parte de los profesionales de enfermería. **(16)**

## **2.2. LO QUE SE HA ESCRITO SOBRE EL FENÓMENO**

### **El significado y la vivencia**

Es importante precisar a qué nos referimos cuando hablamos de significado y de vivencia. En tal sentido, se emplea el significado de toda cosa como proveniente

del uso, de su función (17). Dicho de otra manera, el significado de las cosas proviene de la utilidad que se le dé a esa cosa.

Explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra cotidianidad, busca conocer los significados que los individuos les dan a su propia vida, lo importante es entender que el proceso de interpretación está en lo que la gente define en su mundo y en sus actuaciones. En tal sentido cuando se habla del significado que tiene algo para alguien nos referimos a ese algo muy personal e individual de cada persona, ya que lleva implícito sus percepciones, creencias, sentimientos, etc., y a su vez estos elementos se basan en las relaciones que establecemos con lo que nos rodea. Los significados sólo se establecen por medio de relaciones, por su comparación con los otros elementos del sistema.

Tenemos entonces que el significado que tiene para la persona una cosa, situación o experiencia vivida, no puede ser visto únicamente desde la semántica lingüística, ya que por ejemplo una misma oración gramatical puede generar interpretaciones diferentes según la persona y el contexto. En efecto, si una expresión lingüística significa algo, lo significa siempre para alguien y depende enteramente de las complejas relaciones entre los hombres.

En este mismo orden de ideas, el estudio apropiado del hombre se inicia en una ciencia mental y se construye alrededor del concepto de significados dentro de

una comunidad, de igual forma señala el concepto de cultura para construir el significado como juegos de herramientas **(18)**. Para profundizar un poco más en el concepto de significado, afirmamos la naturaleza humana es única, independientemente de la cultura. La psicología sumerge, lo que significa, en la cultura y ésta debe organizarse alrededor de esos significados y procesos, y a la vez debe usarse y conectar al hombre con dicha cultura. El significado es rendido público y compartido, nuestro estilo de vida culturalmente adaptado depende de los significados y conceptos compartidos y depende también en los modos compartidos del discurso para negociar las diferencias del significado e interpretación. **(18)**

Esto es lo que hace la interpretación y el significado. Una psicología cultural casi por definición se preocupa por la acción situada en un escenario cultural e interactuando mutuamente en los estados intencionales de los participantes, con la búsqueda para el humano. Así mismo el significado de las cosas no pasa a través de la palabra en sentido estricto. Existe también un conjunto de actividades prácticas que se aprenden en el contacto con los demás y para las cuales faltan con frecuencia las palabras adecuadas. Está puesto en la mayoría de los actos por los participantes en cualquier encuentro cotidiano, depende de lo que ellos digan entre sí por adelantado concurrentemente o después que ellos han actuado. O lo que ellos puedan presuponer sobre lo que el otro diría, dando un contexto particular. **(18)**.

Considerando lo antes planteado podemos decir que una vivencia tiene que ver con el nivel de significación que tiene ese algo vivido para el individuo. (19). Una vivencia es algo que se destaca, se delimita frente a otras experiencias. Lo que vale como vivencia no es algo que fluya y desaparezca en la corriente de la vida de la conciencia, pues aquello que puede ser denominado como vivencia se constituye en el recuerdo, en significado permanente para aquel que la ha vivido (20).

La vivencia es entonces una experiencia significativa para el sujeto, y aunque inmediata, es inconfundible e insustituible, por lo que se incorpora a la memoria, a la unidad de la existencia del sujeto. Por otra parte no se puede conceptualizar, ya que no se agota, no queda toda dicha y explicada en palabras que quieran atraparla y paralizarla. La vivencia tiene que ver con el afecto más que con la esfera intelectual, se expresa con sentimientos, con el sentir del ser que siente.

### **Sentimientos:**

Los sentimientos constituyen una parte esencial del ser humano, porque a través de ellos se establecen las interrelaciones que delinear las vivencias que marcan la vida del ser. En tal sentido la Real Academia Española define la palabra sentimiento como: Acción y efecto de sentir o sentirse; estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente; estado del ánimo afligido por un suceso triste o doloroso. (21)

Podemos deducir entonces que los sentimientos requieren además de la parte corporal, emocional y perceptiva, de experiencias vividas, así como del contexto socio-cultural donde se proyecten estas vivencias. Ambos, emociones y sentimientos asociados “desempeñan un papel esencial en el comportamiento social y, por extensión, en el comportamiento ético”. Además “los sentimientos son necesarios porque son la expresión a nivel mental de las emociones y de lo que subyace bajo éstas”. (22)

De igual manera, Heidegger en sus escritos sobre Contribuciones a la Filosofía, reconoce el papel que juegan los afectos (sentimientos), cuando plantea que: “Todo pensamiento esencial exige que sus reflexiones y proposiciones se extraigan cada vez como el mineral a partir de unas afecciones fundamentales. Si estas afecciones fundamentales cesan, entonces todo se convierte en un cencerreo forzado de conceptos y en una cascarilla de palabras”. (23)

Los sentimientos son instrumentos que tiene el sujeto para la relación con personas animales y cosas, además de consigo mismo, sus pensamientos, deseos, fantasías e impulsos (24). Parfraseando al autor, decimos entonces que, sólo desde el trasfondo de nuestros sentimientos podremos experimentar el mundo que nos rodea.

### **Clasificando los sentimientos:**

Sentimientos primarios o innatos: son la alegría, el miedo, la tristeza, el enojo y el afecto. Son aquellos sentimientos que promueven la supervivencia y el desarrollo. Sentimientos existenciales: son soledad, amor, responsabilidad, humildad, seguridad, paz, angustia existencial, frustración, arrepentimiento, impotencia real, plenitud y comprensión. Son producto del desarrollo de los sentimientos innatos y promueven el desarrollo y la trascendencia. Nacen de una necesidad y si son bloqueados, causan daños ya que son necesarios. **(25)**

Sentimientos introyectados: son la depresión, culpa, aislamiento, angustia neurótica, egocentrismo, impotencia, envidia, melancolía, vergüenza, devaluación, desprecio, aburrimiento, rencor, rabia y celos. Se aprenden, provienen de la domesticación social, promueven el detenimiento del desarrollo y nacen de una expectativa externa de la persona.**(25)**

Existen también los sentimientos de exigencia, los cuales son una reacción emocional energética provocada por algo que nos llega de afuera y que requiere una respuesta nuestra. Estos sentimientos son los que más nos conectan con la realidad de cada situación y a su vez son los más reprimidos, lo que en muchas ocasiones produce somatizaciones en el ser. Los sentimientos de exigencia, casi siempre se dan como respuesta al miedo, al dolor, a la rabia, a la tristeza y al abandono. **(25)**

### **Sentimientos del ser que cuida ante el duelo y la muerte:**

Sabemos que cada ser humano vivencia su dolor de diferentes maneras, en tal sentido cada quien expresará los sentimientos a su modo. Ante una situación de duelo y muerte las personas pasan por las siguientes expresiones de dolor: llanto, suspiros, deseos de abandono y enclaustramiento, pérdida del sueño o refugio en sueño excesivo para evadir la realidad, falta de concentración, olvido de compromisos, apatía y ausencia del apetito entre otros. (26)

En nuestras áreas asistenciales es cotidiano convivir con situaciones riesgosas tanto física como psicológicamente, que generan los más controversiales sentimientos. Muchos trabajadores de la salud, después de cierto tiempo laborando muestran signos de depresión, pierden confianza en sus propias capacidades y terminan renunciando a asumir responsabilidades y desinteresándose de su trabajo, ya que están constantemente bajo presión psicológica, bajo estrés y no logran controlar por mucho tiempo esta presión. (27)

En tal sentido, algunos de los sentimientos que genera la proximidad de la muerte del paciente en los miembros del equipo de salud son: el temor, la angustia y la impotencia.(28). Temor: Heidegger plantea, refiriéndose a este tema:"algo que amenaza, no está en ninguna parte, pero está tan cerca que me corta el aliento". (23). Decimos entonces, ¿Temor a qué? a lo desconocido, al futuro, al "no ser". ¿Qué

sabemos de lo que sucede tras la muerte? Las creencias primitivas afirmaban que el hombre tras la muerte sufría una conversión reencarnándose en nuevos seres. El materialismo afirma que después de la muerte no hay nada, mientras que las doctrinas religiosas sostienen la existencia de una vida eterna. Con respecto al temor del "no ser" puede decirse que el hombre adquiere paulatinamente conciencia de su ser mientras vive pero desconoce el sentimiento de su ya "no ser" que lo sorprende en la muerte. (29)

Estos planteamientos generarían el segundo sentimiento: la angustia, que invade al hombre ante la pérdida del sentido de la vida. ¿Para qué ésta? ¿Para qué la muerte? Pero obviamente, dependerá del arraigo de las creencias religiosas en él. Si no da respuestas a sus interrogantes, sucumbe al tercer sentimiento. La impotencia: no puede encontrar la solución ante la muerte; siente su finitud, su limitación, reevalúa su función en la vida; repasa mitos, reconoce culpas y ante lo inevitable toma dos actitudes antagonistas: lucha como guerrero o se entrega resignado. (29)

### **La muerte del Ser humano**

La muerte ha sido siempre para el ser humano, un tema controversial y que genera profundas reflexiones, así como los más inusitados sentimientos, creencias y necesidades. A través del tiempo y a medida que hemos avanzado como civilización y sobre todo hoy en día, en la era del mundo globalizado, se ha hecho más difícil poder convivir con la idea de la muerte. Haciendo un pequeño recuento podemos

decir que desde que el hombre existe, se ha visto como éste respeta y le rinde culto a sus muertos. Cada práctica, costumbre o culto, relacionada con la muerte, tiene su propia historia y los cambios que se han dado están relacionados con la evolución del hombre y el desarrollo de la sociedad. En el paleolítico, el Homo Sapiens presentaba una característica antropológica única y era el hecho de que enterraban a sus muertos, de allí que los primeros signos inequívocamente humanos sobre la tierra son las tumbas **(30)**

Se observa entonces, como desde sus inicios la humanidad comienza ya a tener conciencia de su propia muerte. El hecho de enterrar a los muertos representa un ritual característico del ser humano, ya que era el único ser viviente que lo hacía, lo que puede ser visto como un acto que denotaba respeto, culto y si se quiere, como una especie de veneración por el ser fallecido. Nuestros antepasados presentaban otra característica antropológica importante y era el hecho de que enterraban a sus muertos en posición fetal, y esto, según el autor, podría interpretarse como un claro rito de pasaje en espera de una segunda vida que le diera sentido a la muerte. **(30)**

Vemos, entonces como desde nuestros inicios, desde que se sabe de la existencia del hombre sobre la tierra, los ritos y cuidados especiales a los muertos era algo muy común y podríamos pensar que el objetivo de los mismos tendría que ver con un intento por entender y aceptar el fenómeno de la muerte.

El Hombre de Neardenthal (60 a 90 mil años), eran seres espirituales y ejemplo de ello se tienen en las sepulturas; eran muy cuidadosos al enterrar a sus seres queridos; se observó que tenían especial cuidado con la manera en que disponían del suelo, con el cadáver, el cual colocaban en posición encogida y con las ofrendas, estas últimas hacen pensar en que el Hombre de Neardenthal tenía la creencia en una vida de ultratumba que requería la ayuda de los vivos. **(31)**

Por otra parte, los egipcios pensaban que al morir tenían que presentarse ante el tribunal de Osiris y para ello se preparaban llevando su justificación bien aprendida. La gran cantidad de momias y estatuas nos hacen pensar que después de morir se resistían a abandonar los espacios vitales de la naturaleza y de lo divino.**(31)**

De igual manera, los griegos, pensaban que el alma sobrevivía a la muerte. Ellos tenían la creencia de que las almas de los muertos tenían que cruzar en barca el río Estigia para entrar en una inmensa región subterránea conocida como el reino de los muertos. Allí las almas eran sometidas a un juicio (el juicio final), donde se les sentenciaba al tormento eterno o bien se les destinaba a la felicidad absoluta. **(31)**

Así también, nos relata este autor, que los pueblos de África oriental consideran que la muerte es una separación, no una etapa final, piensan que quienes se mueren van a reunirse con los otros difuntos y el único cambio importante es que

su cuerpo se descompone; el espíritu, en cambio, sobrevive y accede a otra forma de existencia. **(31)**

Por otra parte, y desde el punto de vista religioso, para los cristianos la muerte era la paga del pecado. En aquellos tiempos los cristianos morían pensando que les esperaba la felicidad al final de su viaje. Nada les causaba temor, no importaba el dolor ni las incomodidades por las cuales habría que pasar. Antes, por el contrario, eran meritos y trabajos santificantes que harían más apetecibles el placer de llegar. Esta confianza en las gracias y dones que Dios infunde en el alma, proclamada por gran cantidad de mártires, les permitió disfrutar anticipadamente de los goces prometidos de la vida eterna. **(31)**

Ahora bien, a partir del siglo XX el gran auge del capitalismo, la globalización y la tecnología, han hecho que no pensemos en la muerte, que la saquemos de nuestras vidas, como algo ajeno a ella. De tal modo que se distorsionan los valores y se pierde el verdadero sentido de la vida, haciendo que se pierda también el sentido de la muerte; se le rinde un culto exagerado a la belleza física y se cree que si no hablamos de la muerte, ésta nunca se presentará, y por lo tanto seremos inmortales.

El fin último de las ciencias humanas no es constituir al hombre sino disolverlo y frente a la destrucción irracional y sistemática que produce, en varios

aspectos de la realidad, la civilización tecnológica, ha propuesto una política de vida que englobaría todas las dimensiones de la vida, en teoría, de respeto de la vida, de no encubrir la muerte sino de reivindicarla como parte de la vida. Se trataría de la verdadera educación sobre la muerte para poder comprender la vida. **(32)**

Tenemos, entonces, que la muerte tiene diferentes matices y la manera de vivirla estará influenciada por las creencias, concepciones, sentimientos, necesidades y actitudes del ser. La experiencia de una pérdida importante no sólo nos roba nuestras posesiones, nuestras capacidades o nuestros seres queridos, sino que también suele minar las creencias y presuposiciones que habían sido hasta ese momento los ladrillos que sustentaban nuestra filosofía de la vida. **(33)**

En tal sentido, la muerte infunde mucho temor y respeto, se expresa en un ambiente de misterio y con un lenguaje arcano difícilmente descifrable. La muerte pronuncia mensajes ambiguos que así como invitan a marchar con ella en busca de la paz total en una vida nueva sin más muerte, también vociferan la desesperanza de un viaje al vacío y sin retorno. **(26)**

En otro orden de ideas, cuando definimos la muerte podemos decir que, desde el punto de vista fisiológico, es la pérdida total de las funciones vitales o como lo plantea la OMS cuando afirma que es el cese completo e irreversible de la actividad cerebral o encefálica **(34)**. Sin embargo, una definición más holística sería: la muerte

es la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre, símbolo de la finitud humana, sufrida de forma impotente y pasiva; no está en manos del hombre poder evitarla. Con ella terminan los procesos biológicos fundamentales, pero también las relaciones sociales del hombre. La muerte, es por tanto, un acontecimiento que afecta a todo el ser del hombre. **(35)**. Tenemos entonces que la muerte es el episodio final de la vida terrenal, que lleva implícito el reconocimiento de la propia mortalidad como requisito indispensable para una vida significativa.

Otro aspecto importante a considerar es que en la mayoría de los casos, la muerte genera miedo, esto es un hecho universal, porque el ser humano le teme a lo desconocido. En tal sentido, el inexplicable miedo a la muerte puede manifestarse en un deseo incontrolable por obtener logros personales que contrarresten esta angustia, así como también en no querer saber ni preocuparse por aprender sobre la muerte con la esperanza de que, al no hablar de ella, esta no se aparecerá nunca. Todos los miedos del ser humano, tienen su origen en el miedo a la muerte y si aprendemos a mitigar ese miedo podremos enfrentarnos a todos los demás miedos con mayor tranquilidad. **(36)**.

Si bien es cierto que la muerte es una realidad especialmente difícil de entender; hoy en día lo es más, porque en la era del mundo globalizado se fomenta la creencia de que vamos a vivir muchos años y se alimenta la negación de la realidad de la muerte. Nuestros antepasados, vivían en un mundo donde la muerte de las

personas y de los animales se vivenciaba como algo natural. Se moría en casa, rodeado de los seres queridos y de sus “cosas” (su cama, su cuarto, su aroma).

Desde niño, se aprendían patrones de conducta al observar cómo se comportaban los adultos, en estas situaciones de duelo. Las convicciones religiosas profundas, los rituales y las ceremonias ayudaban a las personas a familiarizarse con la muerte. Los amigos y vecinos acompañaban al doliente y al moribundo, y le brindaban apoyo y consuelo en ese trance tan difícil del final de la vida. Además el velorio del fallecido y los rituales funerarios se realizaban en el seno de la familia y formaban parte de las ceremonias internas del sentir familiar.

Hoy en día, el acompañamiento al cadáver se realiza en las funerarias, que es el sitio donde se practican los rituales del velorio, los familiares y amigos íntimos permanecen solo horas y luego se van a sus casas y regresan para el entierro. Este hecho hace que el velorio se envuelva en un halo de frialdad y desapego.

En este mismo orden de ideas, se evidencia que la mayoría de los fallecimientos se producen en los hospitales y son los médicos y las enfermeras los que permanecen en contacto continuo con el paciente y su familia. Este contacto, este sentir, muchas veces sin darnos cuenta, entremezclado con el sentir del paciente y de sus familiares, hace que se generen relaciones estrechas entre el personal de la salud, los pacientes y su familia, ellos esperan frecuentemente encontrar en el equipo de

salud ese apoyo y comprensión para sus dificultades y sentimientos presentes y futuros. El equipo de salud podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), sólo si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés. **(34)**

Ahora bien, otro aspecto importante a considerar es el sufrimiento que genera la muerte. El sufrimiento es la respuesta emotivo/afectiva negativa, desagradable, generada en los más altos centros nerviosos por el dolor y por otras situaciones que psicológicamente se le asemejen: pérdidas de personas queridas o de objetos de amor importantes, con la consiguiente depresión, estrés, ansiedad y frustración que suele acompañarlo. **(27)**

Cuando se vivencia la pérdida de un ser querido, el sufrimiento es un compañero constante en todo el proceso de duelo. El sufrimiento deriva de la consciencia del hombre acerca de su finitud, por lo que la realización de la existencia de la humanidad está ligada al tiempo. Un hecho importante a destacar es que la vida emocional del sujeto está presente en el origen y en el proceso del sufrimiento. **(37)**

En tal sentido y a pesar de que la muerte es la compañera inevitable de la vida, porque constituye su etapa final y por este hecho puede ocurrir en cualquier momento, a cualquier edad, de manera inesperada o después de padecer una larga

enfermedad; a pesar de saber que algún día tendremos que morir, el fallecimiento de un ser querido resulta un hecho terrible, muy difícil de aceptar, que afecta todas las dimensiones de nuestro ser. Cuando por fin se internaliza que ya no se volverá a ver a la persona fallecida, el sufrimiento que se genera es tan grande, que se entremezclan todos los sentimientos, poniéndose en tela de juicio los fundamentos del ser, nos cuestionamos el hecho de la existencia humana y también nuestras más profundas creencias, sobre todo las religiosas/espirituales, afectando casi siempre, de manera importante las relaciones familiares y sociales básicas.

El hombre avanza y se detiene en la realización de su ser, va superando tensiones y contradicciones, pero cuando ha comprendido la vida y la madurez alcanzada le muestra el camino a la verdadera satisfacción por su existencia, ya la muerte está muy cerca. Es, en definitiva, este hecho el que más desespera al hombre, no poder concluir su vida de trascendencia, de allí la negación a la posibilidad de morir. (38)

De igual manera Sócrates afirmaba que: "El temor a la muerte, señores, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizá la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe, y sin embargo todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males". (27)

Los monjes de clausura, se familiarizan tanto con la muerte, que la llaman “hermana muerte”, de igual manera existen otros que prefieren ignorar la existencia de la muerte, creyendo que ella también los va a ignorar a ellos. Y no faltan los que, con alevosía y soberbia, se ponen en situaciones de límite vital sin necesidad alguna, con acciones de alto riesgo, experimentando una vivencia de máxima expansibilidad del yo, porque se transforma en un yo meramente corporal. (26)

La vida es un proceso en el que están inmersos pequeñas y grandes pérdidas. La muerte forma parte de la vida y constituye una experiencia humana muy fuerte, por la que todos tenemos que pasar en algún momento de nuestra existencia. En tal sentido el duelo, es una vivencia de la que no podemos escapar, es inevitable, y queramos o no, en algún momento de nuestras vidas lo experimentaremos, porque es la única respuesta posible ante las pérdidas.

### **La vivencia del duelo:**

El duelo (del latín dolus, dolor), según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar.(21) En tal sentido podemos decir que el duelo es la respuesta del organismo ante una pérdida o separación de alguien o algo significativo para nosotros. Es una respuesta normal y natural. Es una respuesta a cualquier tipo de pérdida, no sólo a la muerte de una persona, en tal sentido es algo personal y único y

cada persona lo experimenta a su modo y manera, sin embargo produce reacciones humanas comunes.

El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, mentales, sociales, físicos y espirituales. Sin embargo, aún cuando todo ser humano debe enfrentarse al sufrimiento que genera la separación transitoria o definitiva de un ser querido, la pérdida de un órgano, la pérdida de una función, las pérdidas de tareas propias de cada etapa de crecimiento y desarrollo que se van dejando atrás; son pocas las oportunidades de aprendizaje que se tienen acerca de cómo manejar el duelo que producen las pérdidas significativas a lo largo de la vida humana.

El duelo también se define como una reacción psicósomática de dolor ante situaciones de pérdida de algo o de alguien significativo para nosotros, es en el fondo un sufrimiento moral causado por el despojo interno y desgarrador ocasionado por una pérdida que alimenta la autoestima de una persona y trae deterioro de la conciencia de su dignidad humana. **(26)**

Otra definición del duelo plantea que representa una desviación del estado de salud y bienestar e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo se necesita un período de

tiempo para que la persona en proceso de duelo vuelva a un estado de equilibrio similar.(39)

Hoy en día, en la era del mundo globalizado, donde la información viaja de un hemisferio a otro en milésimas de segundos, es imprescindible que, cuando se vivencien experiencias tan dolorosas como lo son situaciones de muerte y duelo, se tenga plena conciencia de lo que está ocurriendo en nuestro interior, en nuestra esfera emocional/sentimental. Se debe estar claro en que se tiene que vivenciar un proceso de duelo, y que esto lleva implícito transitar por una serie de sentimientos que vienen y van, por un período de tiempo indeterminado; y en tal sentido debemos dirigir nuestra energía en función de vivenciarlas satisfactoriamente. El hecho de saber, conocer, tener plena conciencia de lo que está pasando, garantizaría en gran medida una adecuada elaboración del proceso de duelo.

Los teóricos sobre el duelo, han estudiado los signos y síntomas que se presentan durante el proceso de elaboración del duelo y los han configurado en diferentes etapas. Ahora bien, todo duelo es un proceso natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases y/o momentos, sin embargo no necesariamente toda persona en duelo debe pasar por todas ellas ni seguir una determinada secuencia. Una de las teorizantes más conocidas sobre este tema, realizó numerosas investigaciones con enfermos terminales y su relación con el duelo anticipatorio (muerte próxima); elaboró un proceso de cinco etapas: negación, depresión, cólera, reajuste y

aceptación.(36). Así mismo Davidson referido por Savage, en su estudio sobre 1200 adultos que habían perdido a sus hijos, (duelo vivido por la pérdida de otro), desarrolló un proceso cuatridimensional; 1) shock e insensibilidad; 2) búsqueda y ansiedad; 3) desorientación y 4) reorganización. (40)

De igual manera Engel referido por Bracho (41), describe, tres etapas del duelo: shock y negación; reconocimiento de la pérdida, restitución y recuperación, para representar las respuestas a las pérdidas que pueden ser corporales, materiales, humanas, sociales y evolutivas. En la publicación científica titulada “**Duelo por un Niño que muere antes de nacer**”, se plantean las siguientes fases: 1) shock e incredulidad: “no puede ser”; 2) ira y búsqueda de la figura perdida: “¿porque a mí?”; 3) idealización y desesperación: “era tan bueno” y 4) aceptación y reorganización “la vida sigue” (42). Sea cual fuese el punto de vista de los teóricos, todas las etapas se relacionan entre sí, lo importante es tener presente que toda pérdida genera en el que la sufre, un proceso de duelo, y que para que ese proceso se de forma saludable, tiene que ser un proceso consciente y activo por parte del doliente, elaborado a través de sus diferentes etapas para evitar repercusiones negativas en el futuro.

El proceso de elaboración del duelo es lento, se cumple a través de varias etapas que no tienen que ser consecutivas, pueden superponerse, reaparecer o predominar alguna de ellas. Pero es indispensable que se transiten todas y cada una, para que ocurra la gradual aceptación e integración de la pérdida”. (41)

Sin embargo, existe una nueva forma de visualizar la vivencia del duelo; esta tiene un enfoque sistémico, cognitivista y constructivista, donde la reconstrucción de los significados marca la pauta. Hace referencia a distintos momentos del duelo, clasificándolos en: evitación, asimilación y acomodación. La evitación correspondería a la fase de embotamiento, conmoción, incredulidad o shock y sería ése primer período en dónde la gente suele decir, "no puede ser, no puede ser cierto, no, no, no", es tan desbordante el número de sentimientos que se ponen en marcha y es tan grande el impacto que produce la muerte del otro que equivaldría a permanecer mirando el sol por un largo período sin esconder la vista, situación que nos dejaría ciegos. Un segundo momento es la asimilación, que tiene que ver con el conocimiento intelectual y emocional de la pérdida que provoca toda una revolución interior, y por último la acomodación que trae aparejada la aceptación de que ése otro ya no va a volver y coincide con el momento de reorganización de la vida. (33)

Podemos decir entonces, que el hecho de saber vivenciar estas etapas, tareas o momentos del proceso de elaboración del duelo es imprescindible para desarrollarlo de manera saludable y que se debe tener presente que en ese proceso existen factores como las características intrínsecas de la persona, las experiencias previas de pérdidas, las características de la situación actual y la actitud y apoyo de las personas que rodean al doliente, los cuales tendrán marcada influencia en el desarrollo eficaz del mismo.

A manera de conclusión podemos resumir que la mayoría de los autores, en la psicología tradicional han centrado su atención en definir las líneas generales del proceso psicológico del duelo por la muerte de un ser querido a través de etapas, fases, tareas o momentos del duelo, siendo pocos los que han establecido teorías individuales. En tal sentido los teóricos sobre el duelo, más conocidos y que hacen referencia a las diversas fases o etapas por las cuales se transita en el proceso de duelo, son: Lindemann (1944); Engel (1964); Kübler-ross (1969); Horowitz (1976); Schulz (1978), Davidson (1979) ; Bowlby (1980); Backer et al (1982), Delisle-Lapierre (1984); Clark (1984); Martocchio (1985); D'angelico (1990); Neimeyer (2002). **(43)**

Ahora bien, las experiencias de duelo y muerte, son vivenciadas de manera única e individual por cada ser. Existen cuatro grupos de factores que afectan de manera importante al duelo, estos son: Los factores psicológicos, los recursos personales, las circunstancias específicas de la muerte y los apoyos externos. **(44)**

**1.- Los factores psicológicos:** La pérdida y el sentido de la pérdida son únicos, de tal manera que una misma pérdida tiene un significado diferente para varias personas, porque las percepciones son individuales y dependen del sentido, calidad e inversión emocional que representó para el doliente la relación con el fallecido, de la dependencia o independencia que ha generado, de la cantidad y calidad de los asuntos sin resolver entre el doliente y el fallecido, de las

características del fallecido, (edad, sexo, personalidad), así como de la percepción del doliente acerca de la realización y las satisfacciones que la vida ha deparado al fallecido.

También del rol y las funciones que tenía el fallecido dentro de su núcleo familiar y del sistema social en el que se movía, todo lo cual va a originar una superposición de pérdidas. Si las relaciones con el ser querido fueron conflictivas, el dolor no solo es por la pérdida; sino también por la culpa de no haber tenido mejores relaciones con el fallecido; y la imposibilidad de no poder cambiar esa situación. En este caso, la muerte revive conflictos no resueltos oportunamente tales como miedos, ansiedades, sentimientos de abandono infantil y conflictos de ambivalencia, dependencia, seguridad en las relaciones padres-hijo. De tal manera que el doliente tiene que superar simultáneamente pérdidas presentes y pasadas.

**2.-Los recursos personales:** La respuesta a la pérdida y la manera de afrontar el trabajo del duelo por la muerte de otro, se relaciona en forma positiva o negativa, con otras respuestas vitales de la persona, sus comportamientos de adaptación, personalidad, carácter y salud mental, el grado de confianza en sí mismo, el nivel de madurez e inteligencia, las experiencias previas de duelos, la coexistencia de otras situaciones de crisis, el sentido que tenga de la existencia y de sus principios religiosos/espirituales, filosóficos, culturales y sociales. **(45).**

**3.- Circunstancias específicas de la muerte:** Las características que rodean el morir y la muerte influyen en los supervivientes. No es lo mismo la muerte de un anciano que la de un niño, los padres experimentan ésta como antinatural e injusta. No es lo mismo una muerte repentina, que una muerte esperada. Todavía más dramática resulta la muerte por suicidio y actos violentos (asesinatos, violaciones), que dejan sentimientos de culpa profundos. Los dolientes pueden obsesionarse con el pensamiento de cómo habrá vivido su ser querido aquellos últimos momentos, cuantas angustias callarían su voz. **(45)**

**4. Los apoyos externos:** Los dolientes viven su duelo en una determinada realidad social, que influye en el proceso de recuperación. La familia es el contexto fundamental y puede ayudar o entorpecer la elaboración de un duelo, permitiendo por ejemplo exteriorizar la pena o por el contrario, premiando la fortaleza y entereza del que se controla. Los amigos, los profesionales, los grupos de pertenencia, la Iglesia, los grupos de ayuda mutua, formados por personas que han sufrido experiencias similares, pueden ser otra de tantas posibilidades de apoyo y consuelo. **(45)**

Otro aspecto importante a considerar es la dimensión espiritual/religiosa ya que se ha evidenciado que es un aspecto importante en el desarrollo saludable del proceso de duelo. Los valores religiosos juegan un papel fundamental, por sus aportes al fortalecimiento de la esperanza, a la confianza en Dios y al restablecimiento de la paz en el mundo del afecto. **(26)**

El duelo, en la mayoría de los casos está influenciado por la cultura y las costumbres, en tal sentido existen elementos categóricos importantes a considerar dentro de los factores que intervienen en el proceso de duelo, los cuales son: culturales, personales, interpersonales y espirituales.(46) Dentro de los culturales se deben considerar las creencias, la filosofía de vida, las relaciones familiares, la formación profesional, los hobbies o intereses personales, el trabajo y la relación con el medio ambiente. Los personales tienen que ver con el carácter/personalidad, con la confianza en sí mismo, con cualidades personales: realismo, optimismo y la fuerza de voluntad. Los interpersonales con la capacidad de iniciativa, los roles familiares y sociales, los horizontes sociales: servicio a los demás, las cualidades: responsabilidad y espíritu de colaboración. Y los espirituales están asociados con la relación con Dios, con la participación de la iglesia, con la espiritualidad del ser, con la oración y con las virtudes: fe, esperanza, caridad. (46)

En concordancia con lo anterior, cuando decimos adiós a alguien estamos diciéndolo inmersos en un contexto, en el que poseemos unas determinadas funciones y con el que nos relacionamos. Este contexto forma parte de una realidad social que tiene su propio peso en el proceso de recuperación de la pérdida. El haber tenido o no otras experiencias de duelo y el hecho de que factores socio/culturales faciliten o no la expresión de determinadas conductas de duelo son elementos que influirán en la forma de elaboración de nuestros duelos.

Dentro de las clasificaciones del duelo más comunes tenemos la siguiente: Anticipatorio, en caso de muertes anunciadas. Retardado, en aquellas personas que no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas o escapan al dolor y a la realidad de la muerte del ser querido mediante una hiperactividad. Durante meses o incluso años, cualquier recuerdo o imagen, desencadena el duelo no resuelto. Crónico, que arrastra el doliente durante años, absorbido por los recuerdos, incapaz de reincorporarse a la vida normal. Patológico, caracterizado por un agotamiento nervioso, síntomas hipocondríacos, identificación con el fallecido o dependencia de los fármacos o el alcohol. Requiere ayuda profesional. (47)

También se habla de una clasificación en el tiempo, en la cual se distinguen el duelo inmediato, que se inicia casi siempre en los servicios de urgencia y UCI de los hospitales y el duelo mediato, que es aquel que se da a mediano y largo plazo. Los médicos y las enfermeras se encuentran cotidianamente enfrentados al duelo inmediato (familiares) y al duelo anticipado (pacientes en fase terminal y familiares). El comportamiento y las manifestaciones de la persona en duelo, será un indicativo de lo que esa persona está sintiendo, en su mundo íntimo. (47)

Predecir cuánto tiempo le tomará a un individuo completar el proceso de recuperación del duelo es difícil, ya que va a depender de los factores intervinientes mencionados anteriormente. En tal sentido, aún cuando consideremos la recuperación del duelo como un fenómeno que ocurre dentro de un período de tiempo determinado,

hay que reconocer que se trata de un proceso continuo y variable, no necesariamente sujeto a un espacio de tiempo rígido y absoluto, y que puede requerir tanto como de 3 a 4 años o incluso de un tiempo indeterminado.

Se plantea que “Solemos estar poco dispuestos a abrazar el dolor que provoca la pérdida el tiempo suficiente para aprender las lecciones que nos enseña y tendemos a seguir ciegamente hacia adelante, intentando satisfacer las demandas de la realidad externa sin hacer caso el ritmo que marca nuestro interior”. **(33)**

Por mucho tiempo se ha pensado que el duelo debería estar resuelto máximo al año de la pérdida, ya que algunos autores del pasado así lo plantearon, sin embargo hoy en día se sabe que dependiendo de los factores intervinientes en el proceso de duelo, algunos individuos podrían estar normalmente funcionando en el primer aniversario de la muerte, pero muchos otros necesitarían de más tiempo. Lamentablemente se observa a menudo que familiares y amigos llegan a molestarse y a disminuir su compañía y apoyo al doliente si tiene el año y éste continúa en proceso de duelo.

Si bien el tiempo es terapéutico, porque le permite a la persona que pueda procesar los sentimientos emergentes, que se adapte a la pérdida así como también a los cambios que el hecho suscitó en su vida. Es conveniente ratificar que si no se vivencian el proceso de duelo de manera saludable, de nada valdrá dejar que el

tiempo “pase”. Tomar en consideración el tiempo como elemento terapéutico será efectivo solo si se trabaja en función de superar la pérdida como un proceso activo, donde el individuo asume su cuota de responsabilidad y emprende el duro trabajo de superarlo.

En general, puede decirse que el duelo ha sido resuelto cuando el doliente ha desarrollado, conscientemente, un proceso de duelo asertivo y de manera saludable. Como ya se ha planteado, la duración del duelo es siempre variable y va a depender de factores particulares que influyen en la respuesta individual a la pérdida. Los síntomas más intensos del duelo agudo pueden durar entre 6 y 12 meses, pero se conocen procesos que necesitan hasta 3 años y más. **(36)** Dos signos concretos de recuperación son: que la persona en proceso de duelo pueda hablar y recordar al ser querido con naturalidad y tranquilidad, sin llorar y que, llegado el momento, pueda establecer nuevas relaciones significativas y aceptar los nuevos retos que le depara la vida.

Otro aspecto importante a considerar, es el hecho de que como todo proceso, el duelo tiene una finalidad y por lo tanto es necesaria su elaboración de una manera saludable, ya que esto nos permitirá en primera instancia aceptar la pérdida como un hecho real, que es el paso más difícil y doloroso. Luego nos permitirá también dar expresión a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para así aceptarlos y encontrar cauces apropiados de canalización e integración y por último nos ayudará a

adaptarnos a la nueva existencia sin el ser querido y a dirigir nuestra energía en la búsqueda de nuevas metas y/o relaciones. Todo esto permitirá una reacomodación interna de todos esos sentimientos emergentes, que nos brindara las herramientas necesarias para evitar consecuencias a futuro (por la no elaboración saludable del duelo), y también nos permitirá poder estar emocionalmente preparados para poder ayudar a otros asertivamente.

Desde el mismo momento del nacimiento, vivenciamos nuestra primera pérdida evolutiva importante, cuando tenemos que dejar las agradables condiciones del claustro materno para iniciar la vida extrauterina, en tal sentido, podemos decir que la vida está sembrada de pequeñas y grandes pérdidas significativas con sus respectivos duelos. La muerte de un ser querido y/o la propia muerte, es una experiencia humana muy fuerte, por la que todos tenemos que pasar en algún momento de nuestra existencia y conlleva un proceso de duelo, a veces anticipado, con profundas implicaciones para la totalidad del ser. De esto no podemos escapar, es inevitable, por tal motivo cuanto más activo sea el duelo, menor será su duración y el riesgo de que resurja de modo distorsionado en el futuro. A pesar de la carga de sufrimiento que el proceso de duelo origina, esta experiencia aparentemente negativa, puede transformarse en una vivencia positiva.

A continuación describiré las teorías sobre duelo que sirvieron de marco referencial de este estudio:

### **Teoría de Robert Neimeyer**

Robert Neimeyer es un médico psiquiatra americano quien, en su teoría, plantea una nueva forma de visualizar la vivencia del duelo con un enfoque sistémico, cognitivista y constructivista. Su teoría se basa en la reconstrucción de significados como proceso fundamental en la vivencia del duelo. Este enfoque constructivista, se basa en una visión de los seres humanos como constructores empedernidos de significados, autores de unas narrativas que destacan los temas de la estructura argumental de sus vidas. **(33)**

En tal sentido, hace referencia a distintos momentos del duelo, clasificándolos en: evitación, asimilación y acomodación. La evitación correspondería a la fase de embotamiento, conmoción, incredulidad o shock y sería ése primer período en dónde la gente suele decir, "no puede ser, no puede ser cierto, no, no, no", es tan desbordante el número de sentimientos que se ponen en marcha y es tan grande el impacto que produce la muerte del otro que equivaldría a permanecer mirando el sol por un largo período sin esconder la vista, situación que nos dejaría ciegos. Un segundo momento es la asimilación, que tiene que ver con el conocimiento intelectual y emocional de la pérdida que provoca toda una revolución interior, y por último la acomodación que trae aparejada la aceptación de que ése otro ya no va a volver y coincide con el momento de reorganización de la vida; éstos son diferentes momentos que a veces se superponen, pero también él aclara que muchas personas no atraviesan

éstas etapas o no las experimentan siguiendo una secuencia rígida o identificable, es decir la respuesta, la secuencia y la duración de las reacciones varían mucho de una persona a otra y van a depender de muchos factores asociados.

Podríamos pensar en la vivencia del duelo como sensaciones recurrentes, que van y vienen, pero no rígidamente y en donde factores como el apego con la persona fallecida, la causa y tipo de muerte, entre otros tendrían marcada influencia en el desarrollo saludable del duelo. En tal sentido es de suma importancia mantener una escucha atenta y respetuosa, evitando encasillamientos.

El duelo pone en marcha la cosmovisión personal del doliente, y si esto es así, sabemos entonces que para el duelo no hay un único sentido. Tenemos que en la construcción de los significados, en este ir y venir de la vivencia del duelo, la organización se realiza alrededor de un conjunto de creencias que determinan la percepción que tenemos de los acontecimientos vitales y orientan nuestra conducta, todo esto sumergido dentro de una dimensión social que la envuelve. Este construccionismo social hace que los temas en los que nos basamos para dar sentido a nuestras vidas sean tan variados como las conversaciones en las que participamos y tan complejos como las corrientes cruzadas de sistemas de creencias en las que basamos nuestros esfuerzos de elaboración de significados. **(33)**

La muerte como acontecimiento puede validar o invalidar las construcciones que orientaban nuestras vidas, o puede constituir una nueva experiencia a la que no podemos aplicar ninguna de nuestras construcciones previas. El duelo es un proceso personal y original caracterizado por una historia personal ligado, entre otras cosas, al vínculo de intimidad que manteníamos con nuestro ser querido. El duelo es algo que nosotros mismos hacemos, y no algo que se nos hace. El duelo me transforma en protagonista, es un proceso activo en dónde se ponen en juego mis propios recursos, de un modo especial y único.

El terapeuta debe ser un guía que brinde apoyo, ayudando a la persona en duelo a reconocer y desarrollar sus propios recursos, pero también estimulando nuevos. La muerte de alguien que amamos resquebraja nuestra omnipotencia, nos hace conscientes de todo lo que no podemos, son comunes frases tales como: "si no pude evitar que muriera, yo ya no puedo nada", y desde ése lugar paralizante se suele esperar que el duelo siga su curso. **(33)**

Ayudar a la persona en duelo es de suma importancia ya que podemos transformar éste proceso en un trabajo activo valiéndonos de diferentes técnicas que promuevan la memoria del ser querido a través de tareas, que incluyan rituales, ejercicios narrativos, y acciones adecuadas que funcionan como modos de conexión, recordación y elaboración de la pérdida. El duelo nos da la oportunidad de reafirmar o reconstruir el mundo personal de significados que han sido cuestionados por la

pérdida. Nos permite comenzar a narrar una nueva historia, ya no puedo contar el mismo relato, tengo que recrear un nuevo capítulo de mi historia y poder construir un nexo de unión entre el pasado y el presente, para poder continuar encarando el futuro. Cada sentimiento cumple una función y debe entenderse como un indicador de los resultados de los esfuerzos que hacemos para elaborar nuestro mundo de significados tras el cuestionamiento de nuestras construcciones, entonces, cada sentimiento cumple una función, y hay que dejarlo fluir. (33)

Hay que descubrir por dónde pasan las lágrimas que acompañan ése dolor, en los casos de la viudez, por ejemplo la pérdida del marido o la esposa contiene múltiples y variados sentimientos en relación a la pérdida y que varían de acuerdo al momento del duelo. Hay las lágrimas de rabia, otras de tristeza, en otras prima un sentimiento de soledad. Una mujer puede sentir que perdió con su marido el calor de su compañía o su status de mujer, y en otros casos puede sentir que perdió su proyecto de vida, un hombre puede sentir que ya no tiene más familia, que ésta se ha disuelto con la pérdida de su esposa. Construimos y reconstruimos nuestras identidades como sobrevivientes a una pérdida, negociando con la realidad que tenemos que enfrentar, nuestra identidad se transforma, nadie es igual después de la pérdida.

### **Teoría Psicoanalítica de Freud:**

Sigmund Freud fue el primero en haber abordado el duelo como un trabajo de elaboración de los efectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto amado. (48)

Para la teoría psicoanalítica y de modo muy general, el duelo supone un proceso de retirada progresiva de la libido invertida en el objeto perdido y la preparación para reinvertirlo en uno nuevo, tal y como lo expresa Freud en duelo y melancolía. El trabajo del duelo sigue los siguientes pasos. En primer lugar, el examinar la realidad demuestra que el objeto amado ya no existe, lo cual demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo. En tal sentido se genera, de manera natural, una resistencia, ya que el ser humano siempre rehusara abandonar ninguna de las posiciones de su libido, aún cuando haya encontrado ya una sustitución. (49).

En segundo término, Freud plantea que lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria. Pero su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente y sólo es realizado de un modo paulatino, con un gran gasto de tiempo y de energía psíquica, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace con la libido del objeto es sucesivamente sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido. Esto se debe a que durante el proceso "la realidad impone a cada uno de los recuerdos y esperanzas, que constituyen puntos de enlace de la libido con el objeto, su veredicto de que dicho objeto no existe ya, y el Yo, situado ante la

interrogación de si quiere compartir tal destino, se decide, bajo la influencia de las satisfacciones narcisistas de la vida a abandonar su unión con el objeto destruido”.(48).

Por fin, en un tercer paso, al final del proceso de duelo vuelve a quedar el Yo libre y exento de toda inhibición. El proceso de duelo normal se diferencia del que conduce a consecuencias morbosas como la melancolía (y la manía) en que en este caso, por un lado, la relación del objeto estaba complicada por una ambivalencia que impide que la batalla entre afectos ligados al objeto se haga consciente, y por otro en que en estos casos se da una regresión (narcisística) de la libido al Yo. (48) En tal sentido podemos deducir que la patología asociada al duelo, para el psicoanálisis, tiene que ver con factores de predisposición personal y con el mantenimiento de una relación de ambivalencia con la persona fallecida.

Algunos autores psicoanalíticos como Klein, plantean que las personas que sufren duelos patológicos nunca han conseguido superar con éxito la posición depresiva que constituye una etapa del desarrollo infantil normal, o establecer una buena relación objetal que les permita sentirse seguros dentro de su mundo interno.(50)

Otro modelo de duelo de base psicoanalítica que ha tenido gran influencia es el desarrollado por Enrich Lindemann. Según Lindemann, el duelo agudo constituye

un síndrome que se caracteriza por: **a)** malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos); **b)** preocupación por la imagen del difunto; **c)** culpa; **d)** reacciones hostiles; y **e)** desestructuración de la conducta (como síntomas patognomónicos) que pueden acompañarse de la e) aparición de rasgos o características del muerto en el comportamiento del doliente. Lindemann hace referencia a la importancia del manejo saludable de los procesos de duelo en vías de evitar trastornos emocionales que pueden aparecer si el proceso no se lleva a cabo en condiciones adecuadas. (51)

### **Teoría De La Vinculación De Bowlby J. (1986)**

En la teoría de la vinculación, la otra gran teoría explicativa del duelo, Bowlby. Integró conceptos analíticos y etológicos. El proceso de duelo fue considerado por Bowlby, como la extensión de una respuesta generada por la separación. El sufrimiento generado ante la separación se explicaba a través de un concepto de vinculación. Aunque inicialmente sus ideas enfatizaron el papel protector de un adulto, usualmente la madre, para el niño en edad de dependencia, la teoría se amplió para incluir el mantenimiento de relaciones de refuerzo mutuo en la vida adulta. El duelo fue considerado, entonces, como una forma de ansiedad de separación en la edad adulta en respuesta a la ruptura de una relación de vinculación.(52)

Para Bowlby el duelo en sujetos sanos dura con frecuencia más tiempo del que se ha sugerido y muchas respuestas consideradas patológicas eran comunes en sujetos sanos. La teoría de la vinculación también relaciona las manifestaciones de duelo patológico con las experiencias infantiles del sujeto y con el patrón de vinculación con los padres. Los sujetos que habían sufrido unas relaciones parentales disfuncionales en la infancia eran especialmente vulnerables.

Como elementos resaltantes en estas tres grandes teorías que tratan de explicar (desde sus puntos de vista) el proceso de duelo, podemos mencionar que la teoría de Robert Neimeyer es un enfoque fresco donde se valora el trabajo activo del doliente en la elaboración del duelo, el hecho de plantearlo como un proceso a través del cual se van reconstruyendo significados implica la presencia de un nivel cognitivo activo en el ser que vive la pérdida.

Así mismo, en la teoría psicoanalítica de Freud, las características de la personalidad del ser humano así como de las relaciones que se establecen durante la vida de ese ser, son consideradas factores relevantes en el desarrollo del proceso de duelo. Por otro lado y no menos importante tenemos la teoría de la vinculación de Bowlby, la cual considera el duelo como una extensión de la respuesta general a la separación, es decir que mientras más “atados” emocionalmente estemos al objeto/sujeto perdido, mas sufriremos las consecuencias de la separación.

Sin lugar a dudas estas teorías han proporcionado, a través de los años, grandes aportes para la comprensión del duelo y su proceso de elaboración. En tal sentido, el conocimiento de estas teorías, permite tener elementos cognitivos importantes que pueden servir de herramientas eficaces en la dura vivencia del proceso de duelo.

### **Equipo interdisciplinario de salud: Los médicos y las Enfermeras**

Podemos definir al equipo interdisciplinario de salud como aquel conformado por varias personas calificadas para brindar cuidados de calidad, con eficacia y eficiencia a las personas, familias y comunidades que lo requieran. El mismo estaría integrado por la enfermera, el médico, el trabajador social, el psicólogo, el odontólogo, el bioanalista, entre otros.

La Organización Panamericana de la Salud define al equipo interdisciplinario de salud como un conjunto de individuos de diferentes disciplinas que interactúan, cambiando el foco de la atención centrado en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, evaluación nutricional), a la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema, y que no tiene límites disciplinarios. (53)

Como se puede apreciar, según el concepto de la OPS, esta atención debe tener una visión integral, global, basada en la interconexión e interdependencia de todos los sistemas, ya que: “vivimos en un mundo caracterizado por sus

interconexiones a nivel global en el que los fenómenos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, son todos recíprocamente interdependientes. Esta nueva visión comprende una teoría de sistemas o integral, sobre la vida, la mente, la conciencia y la evolución. **(54)**

Tenemos entonces que desde la perspectiva holística, se entiende al ser humano como un compendio de cinco grandes dimensiones, que lo conforman y lo integran, estas son: mental, física, emocional, relacional/social y espiritual/religiosa. Visto de esta manera el ser humano es un ser integral y como tal debe ser cuidado, sobre todo cuando se trata de situaciones tan delicadas como lo son las vivencias de duelo y muerte. El equipo de salud es el personal que está en contacto diario con estas situaciones en nuestros centros asistenciales, por lo tanto, para poder responder a los miedos, angustias y sufrimientos de nuestros pacientes ante la muerte, será necesario enfrentarnos con nosotros mismos y tener en cuenta esa visión holística cuando realicemos esa introspección. La labor del médico y la enfermera consiste en “orientar saludablemente el duelo”, es decir, acompañar a la persona en duelo por un camino lento, largo y extremadamente doloroso que implica deshacer pedacito por pedacito el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está y guardar en nuestro mundo interno su imagen, su recuerdo. **(4)**

La mayoría de los miembros del equipo de salud, eligen esta profesión para beneficiar a las personas que les solicitan ayuda, pero cuando esa ayuda solicitada

tiene que ver con la experiencia del duelo y la muerte, hay algo que excluye nuestra capacidad para ayudar. En tal sentido, en un estudio realizado en una universidad americana, en el cual 94% de los integrantes del equipo interdisciplinario de salud (en este caso específico médicos) manifestaban tener serias dificultades para informar al paciente de su próxima muerte y el 76% señalaba que sus relaciones con los moribundos eran habitualmente incómodas. Estos estudios demostraron que los médicos responden a su ansiedad y a la falta de preparación con mecanismos de defensa inadecuados, sobre todo con cólera y con actitudes negativas, cuando se enfrentan con pacientes en situación de duelo anticipado y/o terminal. (9)

De igual manera, el duelo nos hace difícil ser o sentirnos útiles con la persona que lo experimenta, el profesional de la salud puede sentir frustración y enfado, de igual manera puede estar tan incómodo siendo testigo del dolor de la otra persona, que este malestar le puede llevar a hacer más breve la relación. (39) Esto es una gran realidad, lo hemos vivenciado, no creo que exista un profesional de la salud que se haya enfrentado a una situación de cuidado de un paciente en proceso de duelo y/o muerte y no haya experimentado esta sensación de incomodidad. Los médicos y las enfermeras enfrentan la muerte todos los días, aunque muchos de ellos no pueden aceptarla verdaderamente ni elaborar lo doloroso que les resulta encararla a diario en su profesión. (55)

La experiencia del duelo en los demás también toca personalmente al profesional de la salud. Existen dos situaciones específicas en las que se evidencia esta afirmación: La primera de ellas es que trabajar con personas en duelo nos puede hacer conscientes también, a veces de manera dolorosa, de nuestras propias pérdidas. Esto suele ocurrir si la pérdida que experimenta la persona es similar a pérdidas que hemos sufrido en nuestra propia vida, si esta pérdida no se ha resuelto saludablemente en la vida del profesional de la salud, puede ser una barrera a la hora de hacer una intervención significativa y útil. Por el contrario si esta pérdida significo un proceso de duelo que se desarrollo saludablemente y se integro de una forma adecuada, la experiencia de una pérdida similar en el profesional puede ser beneficiosa y útil el trabajar con el paciente en proceso de duelo.(39)

La segunda situación en la que el duelo puede estorbar es en términos de las pérdidas a las que teme el propio profesional de la salud. Todos los que trabajamos en el área de la salud hemos sufrido diversas pérdidas en nuestra propia vida, esto conlleva a que sintamos una especie de aprensión con respecto a pérdidas pendientes, por ejemplo la de nuestros padres, nuestros hijos o nuestras parejas. (39) Los profesionales sanitarios, presos de su propio entorno cultural, tienen también miedo a la muerte, a veces más que los propios enfermos. (56)

El tratamiento de las personas en duelo ha de surgir de la compasión basada en el reconocimiento de la vulnerabilidad normal de todos los seres humanos, delante de la pérdida. (39). Es decir que como seres humanos, miembros de un equipo de salud, debemos reconocernos vulnerables, saber que esas situaciones de duelo y muerte en nuestros pacientes nos van a afectar.

Por otro lado, para el médico y la enfermera, no se trata únicamente de identificar las causa y explicar la situación de enfermedad o el porqué de la muerte, sino de tener una visión mucho más completa de lo complejo del ser humano y sus circunstancias, que nos permita comprendernos y comprender lo que está ocurriendo y apoyar las decisiones correctas de la persona con respecto a su salud y a la preparación para la despedida (proceso de duelo).

De igual manera, en el actuar profesional de ese ser humano cuidador es necesario que pueda reconocer las diferentes dimensiones de las personas; sus valores, sus creencias, necesidades, roles, sentimientos, motivaciones y mecanismos de defensa, que no son ámbitos meramente físicos, biológicos o corporales, sino que contemplan lo espiritual, lo social, lo emotivo y lo intelectual. Es necesario que el equipo interdisciplinario de salud asuma la muerte como algo natural, puesto que si no lo hace, no tendrán los elementos de juicio suficientes para ayudar en el proceso de duelo saludable y mucho menos para ayudarse a sí mismo.

Por otra parte, no solo es el hecho de enfrentarse diariamente a situaciones tan delicadas y estresante como la muerte y el duelo, sino que en la mayoría de los casos los trabajadores de la salud, están expuestos por mucho tiempo a situaciones en las que hay un gran desequilibrio entre los recursos disponibles (materiales y humanos), la organización del trabajo, las peticiones de los pacientes y sus posibilidades reales; envolviéndolos y afectándolos emocionalmente, (presión psicológica y estrés), por la cercanía constante con estos hechos.

Con relación a lo anterior, se sabe que en los casos de duelo y muerte el enfermo vive emociones fuertes, como miedo, ansiedad, angustia, rabia, melancolía, tristeza, depresión y agresividad. En una relación muy estrecha como la del trabajador de la salud y el enfermo éstas tienden a pasar por el hilo de cualquier posible comunicación y a “contagiar”, de modo que el profesional se encuentra, casi sin darse cuenta, dentro de las emociones del enfermo, y esto crea malestar, confusión, frustración y dolor. (27)

Son muchas las interrogantes que nos podríamos plantear con relación a las vivencias de los miembros del equipo de salud cuando se enfrentan a situaciones de pacientes en proceso de duelo y muerte. Los autores hacen referencia a que son multifactoriales los elementos intervinientes, entre ellos tendríamos la falta de preparación en el manejo de estos pacientes, el enfrentarse a sus propios miedos y/o

realidad, el no haber elaborado sus propios duelos, factores culturales como el temor a la propia muerte, creencias sobre la muerte, herencia familiar, la personalidad, etc.

Los profesionales sanitarios son cada días más hábiles en el manejo de aparatos y en la utilización de técnicas complejas, pero a menudo se sienten desprovistos y desarmados de cara a la angustia y soledad del moribundo e incapaces de establecer una relación de ayuda con él. No han sido preparados para ello. (9) De igual manera Heidegger, hace referencia a que debemos hacernos responsables de nuestra propia vida, asumir nuestra propia muerte sin dejarnos fagocitar en nuestra relación con los objetos y sus funciones. (57)

En este sentido, el hecho de que los miembros del equipo interdisciplinario de salud no se sientan preparados para hacer frente a situaciones de muerte y duelo hace que aumenten los riesgos de alteraciones emocionales en éstos, ya que se sobrecargan de sentimientos encontrados ante situaciones difíciles de manejar, tales como angustias, rabias, impotencia, frustración, dolor y miedo, entre otras, que poco a poco van deteriorando su salud física y mental. Es necesario que los miembros del equipo de salud dispongan de instrumentos conceptuales que les permitan analizar por si mismos las implicaciones éticas de su propia práctica, como también su propia implicación existencial en su profesión, lo que redundara en el resguardo de su salud mental. (9)

Con relación a lo planteado anteriormente tenemos que el indagar sobre el mundo de los significados de los médicos y las enfermeras de sus vivencias sobre el duelo y la muerte, es una manera de introducirnos en el interior de ese ser, para que de una u otra manera puedan aflorar esas emociones que subyacen en la conciencia, sobre el gran misterio de la muerte y por consiguiente del duelo vivido por ella, así como, saber que sentimientos, creencias, necesidades, reflexiones, alegrías, temores, dudas, angustias, entre otros, se esconden dentro de ese ser.

Es necesario que el profesional de la salud haga un recorrido por el camino en todas las dimensiones de su persona, un proceso de purificación de sus propias emociones y de integración de los sentimientos, en conclusión, es de vital importancia que haga también un proceso de integración de la propia muerte. (9)

### **2.3. DIMENSIÓN ÉTICA DEL ESTUDIO:**

La muerte siempre ha sido un gran misterio para el hombre, la incertidumbre que genera la proximidad de la muerte, hace que se “tambaleen” las más profundas creencias del ser. Los miembros del equipo de salud como seres humanos no escapan a esta realidad, continuamente sumergidos en las cercanías del sufrimiento y del dolor que genera saber que se está al borde de la muerte.

Diversos estudios muestran que los síntomas que con mayor frecuencia se presentan hacia el final de la vida, tienden a ser múltiples, multifactoriales, cambiantes, intensos y de larga duración. Se dice, así, que cerca del 90% de estos enfermos tienen dolor intenso, 80% depresión o ansiedad, 60% dificultad para respirar y, casi todos, falta de apetito, sequedad bucal, constipación, debilidad general u otras molestias similares (9). Vemos, entonces, que los síntomas más frecuentes en los enfermos terminales pueden originarse en cualquiera de las dimensiones de la persona enferma y tienden a afectarla en su globalidad. Si estas molestias no se controlan adecuadamente, su intensidad y prolongada duración pueden conducir a la persona a una fatiga emocional y en consecuencia a vivir sus últimos momentos en agonía y sufrimiento.

Las personas enfermas viven emociones muy fuertes tales como rabia, ansiedad, angustias, miedo, impotencia, desesperación, melancolía, tristeza, depresión, agresividad, entre otras. En una relación como la del trabajador de la salud y el enfermo, donde el vínculo que se establece es muy estrecho, estas emociones tienden a pasar por el hilo de cualquier posible comunicación y a impregnar al ser que cuida, de modo que el profesional de la salud se encuentra, casi sin darse cuenta, dentro de las emociones del enfermo, y esto genera en él malestar, frustración y dolor.(27)

Ahora bien, existen autores que plantean que los profesionales de la salud deben mantenerse al margen y no involucrarse afectivamente hablando, con el paciente. En tal sentido, los profesionales de la salud cuando cuidan a la persona y su entorno, deberán saber no implicarse de manera tal que esta relación los afecte personalmente, pero esto no debe impedir que sepamos cuáles son nuestras responsabilidades desde el punto de vista ético que conlleve a la profesionalidad del cuidado. (58)

Pero ¿cómo no involucramos?, ¿Dónde está la regla de oro para poder mantenernos al margen y no involucrarnos con lo que siente el paciente? ¿Cómo no sentir el sentir del paciente y su familia? ¿Acaso debemos despojarnos de nuestra condición humana y cosificar a ese ser humano?

Podemos tratar de responder estos dilemas, recordando algunos principios éticos universales:

*Principio de Solidaridad:* En casos tan específicos como los que implican situaciones de duelo y muerte, la solidaridad lleva implícito acompañamiento, cercanía, calor humano, con sentimientos verdaderos que puedan transmitir al paciente y sus familiares, la prestación de unos cuidados de calidad. Somos seres sociales, porque nadie puede vivir sólo su propia vida, en tal sentido nadie puede afrontar en soledad su propia muerte.

*Principio de No Maleficencia:* Este principio nos indica “no hacer daño”. Implica minimizar en todos los sentidos el riesgo de daño a cualquier persona que necesite de nuestros cuidados. En el caso del ser humano que sufre por una situación de duelo y muerte, no hacer daño implica, realizar todas aquellas acciones que disminuyan el dolor y el sufrimiento, las cuales lleva implícito, no solo la administración de medicamentos sino también el acompañamiento, la escucha atenta y respetuosa, la mirada afectuosa, el tomarle de la mano, entre otras.

*Principio de Justicia:* La justicia puede interpretarse desde diversas perspectivas. En este caso nos fijaremos en su dimensión de equidad que nos exige ofrecer a los mismos casos las mismas soluciones. Este principio de justicia, en situaciones de duelo y muerte, implica garantizar que el nivel de calidad de los recursos técnicos y humanos que se ofrece garantiza los derechos del paciente y su familia, sin discriminación.

*Principio de Autonomía:* El respeto por las personas exige incorporar a la práctica clínica al menos dos convicciones éticas: la primera es que los individuos deberían ser tratados como seres autónomos y la segunda es que las personas cuya autonomía esté disminuida deben ser objeto de protección. Una forma de respetar la autonomía es promover en la práctica la participación del propio enfermo y de su familia en la toma de decisiones, lo que implica: Informar comprensiblemente al enfermo y a la familia de la situación vivenciada, de los procedimientos que se

realizan, etc. Garantizar la voluntariedad en la aceptación del tratamiento mediante el uso del consentimiento informado respetando el derecho que tiene el paciente de rechazar un tratamiento. Proteger a los menores o aquellos que no son capaces de poder tomar por sí mismos una determinada decisión, lo que supone el respeto a las decisiones subsidiarias de los padres y/o de los familiares más allegados.

*Principio de Beneficencia:* Ejercer la beneficencia exige no causar ningún daño. Maximizar los beneficios posibles y minimizar los posibles daños. En situaciones de duelo y muerte, la beneficencia implica aplicar un plan de atención integral, comprobar proporcionalidad de medios diagnósticos o terapéuticos en un ámbito integral-multidisciplinar y realizar un análisis objetivo de la relación beneficios/riesgos.

En tal sentido y analizando lo planteado anteriormente, sabemos que nuestros principios éticos y morales no nos permiten mantenernos al margen cuando brindamos cuidados a nuestros pacientes y mucho menos en estas situaciones tan delicadas como lo son el duelo y la muerte. Cuando cuidamos y acompañamos a nuestros pacientes que sufren y a su familia, estamos compartiendo nuestra humanidad, nuestro ser, nuestro yo, con ellos. De tal manera que lo que debemos hacer es prepararnos, con todas las herramientas a nuestro alcance, para poder ayudar efectiva y afectivamente a los pacientes en situación de duelo y muerte en nuestras

áreas asistenciales, tomando en consideración todas las dimensiones del ser y manejando, simultáneamente, nuestro ser y el ser del otro.

#### **2.4. DIMENSIÓN LEGAL DEL ESTUDIO:**

Hoy en día existen a nivel mundial, nacional y regional muchos documentos legales que, de una u otra manera, hacen referencia al respeto a la vida y al derecho de todas las personas, (incluyendo a los miembros del equipo de salud) de disfrutar del más alto nivel de salud física y mental. Así tenemos que la Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Ginebra. (59), señala que todos los Estados deben, a nivel individual y mediante la asistencia y cooperación internacionales, adoptar medidas especialmente de carácter económico y técnico, hasta el máximo de los recursos de que dispongan, con el fin de lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, el pleno ejercicio del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en particular mediante la adopción de medidas legislativas.

De igual manera, esta comisión, pide a la comunidad internacional que siga ayudando a los países en desarrollo a promover el pleno ejercicio del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, entre otras cosas mediante apoyo financiero y técnico y la capacitación del personal, reconociendo al mismo tiempo que la responsabilidad primordial de la promoción y

protección de todos los derechos humanos recae en los Estados. Como podemos observar la Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas sustenta el derecho que como trabajadores de la salud tenemos de estar bien preparados y/o capacitados para hacer frente a situaciones de duelo y muerte en las áreas asistenciales. En tal sentido pide a los Estados que velen por que el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y que esto se ejerza sin discriminación de ningún tipo. (59)

Así mismo reafirma que la consecución del disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental es una meta social sumamente importante en el plano mundial, cuya realización requiere medidas por parte de muchos otros sectores económicos y sociales, además del sector de la salud. Recomienda que los Estados establezcan mecanismos eficaces para velar por que se tenga debidamente en cuenta la realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en la formulación de sus políticas nacionales e internacionales pertinentes.

Exhorta a todas las organizaciones internacionales cuyos mandatos guarden relación con el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental a que tengan en cuenta las obligaciones nacionales e internacionales de sus miembros en relación con el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Insta a los Estados a que presten especial

atención a la situación de los grupos vulnerables, incluso mediante la adopción de medidas positivas, para salvaguardar la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. **(59)**

Es importante resaltar aquí, que podríamos considerar a los miembros del equipo de salud como un grupo vulnerable, ya que continuamente se encuentra en situaciones de riesgo tanto físico como emocional. El duelo y muerte, implican una alta carga de emociones encontradas, de estrés, de sufrimientos, de dilemas éticos, entre otros, que afectan no solo su salud física sino también su salud mental.

En tal sentido, la Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Ginebra de 2004, considera de mucha importancia que todos los Estados redoblen sus esfuerzos dirigidos a prevenir de manera eficaz la violencia que provoca lesiones físicas y mentales, y que constituye una violación de los derechos humanos, especialmente con miras a reducir sus posibles efectos perjudiciales para la realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Afirma también que el buen gobierno, las políticas económicas sensatas y las instituciones democráticas sólidas, receptivas ante las necesidades de las personas, son también esenciales para la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. **(59)**

De igual manera el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para la Profesión de Enfermería, en su apartado de los Elementos del Código, específicamente en el número dos, plantea que: La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. Así mismo, refiere que la enfermera mantendrá un nivel de salud física y mental que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.**(60)** Como miembros de un equipo de salud, enfrentados continuamente a situaciones de gran estrés como lo son las vivencias de duelo y muerte en nuestros pacientes y a nivel personal, debemos procurar buscar las herramientas necesarias y pertinentes para mantener nuestra salud (mental y física), en función de poder brindar los cuidados adecuados a las personas que lo requieran.

Con relación a lo aspectos legales a nivel nacional tenemos que se tomaran como referentes lo contemplado en el Código de Deontología Médica, título II, Capítulo Primero. Deberes Generales de los Médicos, el cual afirma, en su Artículo 2º.- El médico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales el procurar estar informado de los avances del conocimiento médico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la ayuda requerida. De igual manera el Artículo 13, plantea que el papel fundamental del médico es aliviar el sufrimiento humano, sin que motivo alguno, ya sea personal, colectivo, religioso o político, lo separen de este noble objetivo. **(61)**

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su Artículo 83.- hace referencia a que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.(62)

Con relación a este artículo la misma constitución afirma que: la salud es un derecho que tiene como objeto la plenitud del ser, de las facultades físicas, mentales y espirituales del hombre. (62) En tal sentido esta plenitud está orientada hacia el deber y el derecho que tenemos como miembros del equipo de salud en la realización de nuestros fines, en la búsqueda de acciones y estrategias que nos garanticen un mínimo de riesgo cuando nos enfrentemos a situaciones de muerte y duelo en nuestros centros asistenciales, hecho este que redundara en el resguardo de nuestra salud, en el bienestar de nosotros mismos y de nuestros pacientes.

## **CAPITULO III**

### **EL CAMINO RECORRIDO**

El presente capítulo contiene información relacionada con la dimensión metodológica, el método fenomenológico, el abordaje de acuerdo a las etapas del método de Spiegelberg, los informantes claves y agentes externos participantes en el estudio, el contexto de la investigación y el acceso al campo de estudio, así como rigor metodológico

#### **3.1.- DIMENSIÓN METODOLÓGICA DEL ESTUDIO**

Se realizó una investigación bajo una matriz epistémica fenomenológica y con un lenguaje cualitativo (**63**), sobre el significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias de duelo y muerte. De igual manera se tomo en consideración los postulados de Heidegger, como referencial filosófico.

El enfoque fenomenológico es interpretativo, holístico, naturalista y humanista, el investigador desarrolla comprensiones, interpretaciones y conceptos, derivados de los datos; por lo tanto este tipo de investigación es inductiva pues parte

de los datos a la teoría y se conjuga con las definiciones que envuelven al proceso, la intuición y la creatividad (63).

### **3.2. MÉTODO FENOMENOLÓGICO HERMENÉUTICO**

La investigación fenomenológica busca la comprensión de los fenómenos que estudia, desde el punto de vista de los participantes en el estudio para poder describirla, por lo tanto debe profundizar en la búsqueda de los significados de las acciones y relaciones humanas, lo cual solo es posible a través de la comunicación cara a cara (entrevistados – entrevistador), en una relación activa donde se establece un fuerte vínculo entre el, mundo objetivo y subjetivo de los participantes. Este enfoque fenomenológico, favorece una investigación más humana, que lleva implícito un proceso de investigación más activa, donde el investigador, no sólo observa para conocer la problemática, sino que establece una relación dialógica, manteniendo una conversación abierta, clara y dinámica. Es decir que el investigador va en busca de la experiencia del otro a través del diálogo, para indagar sobre aspectos que no pueden ser observables tales como, los sentimientos, las creencias, los valores, los pensamientos, las ideas, su cultura, y en fin todo lo que guarde relación con su vivencia.

La perspectiva fenomenológica considera que los seres humanos están vinculados con su mundo, con su entorno, pone énfasis en la experiencia vivida. Cada

ser humano es único e individual, por lo tanto, cada uno ha tenido experiencias diferentes, dependiendo de las situaciones que les ha tocado vivir. Dado que las situaciones vividas son diferentes, las estructuras esenciales que las conforman modelaran la experiencia específica de manera única, de donde emergerán los significados y en consecuencia serán estos los que determinaran su acción. Se trata de un hombre en acción, que piensa sin dejar de sentir, que siente con el cuerpo y con los pensamientos y actúa apasionadamente, es decir, de acuerdo con lo que tiene sentido para él. (20) Es por eso que, en esta investigación busque comprender e interpretar, desde el punto de vista del otro, cómo los diversos actores sociales del mundo de la salud (en este caso, los médicos y las enfermeras), le dieron significado a sus vivencias sobre el duelo y la muerte.

La fenomenología es un movimiento filosófico del siglo XX caracterizado por su radical fidelidad a lo dado, a lo que realmente se ofrece a la experiencia, para describir los rasgos esenciales, las esencias de las distintas regiones de la realidad que en esta actitud se muestran. Esta corriente se deriva de la filosofía existencialista que tuvo en Edmund Husserl su principal teórico, seguido por Martín Heidegger, Jean Paul Sartre y Maurice Merleau Ponty; y surge por la necesidad de contraponer a la noción cartesiana de la ciencia, la descripción y/o interpretación de los fenómenos, buscado el sentido del discurso en quien lo vivenció.

Husserl, plantea que la fenomenología estudia el significado de las vivencias de la conciencia, señala que cuando un hecho se presenta en nuestra conciencia captamos la esencia o manera característica de aparecer el fenómeno, es decir, los conceptos e ideas que nos van a permitir distinguir o clasificar los hechos. Decía Husserl: “Designo como esencia lo que se encuentra en el ser autárquico de un individuo constituyendo lo que él es”. (64) En tal sentido la esencia del fenómeno se refiere a las experiencias de vida del sujeto en su mundo.

Así también tenemos que la fenomenología considera que la inmersión en lo cotidiano y la familiaridad con las cosas tangibles revelan los fenómenos, por lo tanto el investigador debe comprender en qué consiste la especificidad del fenómeno observando aquello que va a estudiar y partiendo de sus inquietudes presentes en su cotidianidad, liberándose de preconcepciones, suposiciones o creencias con respecto al fenómeno estudiado. El investigador entabla una conversación abierta y sincera con el participante sobre el fenómeno en estudio, hace preguntas (que sirven para nortear la investigación) para comprender al otro, lo hace hablar de su mundo, de su vivencia, de su sentir, de todas aquellas cosas que lo constituyen y que son importantes para él, de forma tal que a través de esa descripción hecha por el propio actor, el investigador descubre sus principales relaciones con el mundo.

Para llegar a la esencia del fenómeno, la fenomenología propone la comprensión de los elementos descritos en etapas previas, eliminando aspectos que

no forman parte de las unidades básicas de significados. Se busca comprender el sentido del ser a partir de sus expresiones en el mundo, es decir, a través del lenguaje, de los signos, de las expresiones habladas o escritas y de las conexiones entre quien habla y quien escribe. Así pues, la comprensión consiste en reconocer un mensaje relativamente único que el sujeto construye apoyado en una base polisémica del lenguaje común. El trabajo fundamental se da en la comprensión y descripción del fenómeno en estudio, pero desde el punto de vista del sujeto investigado, poniéndonos en su lugar. Es producir un estudio relativamente único, identificando la intención unívoca en la recepción del mensaje. En tal sentido cuando hablamos de comprender un texto y/o un fenómeno, nos referimos al hecho de entender lo que como esencia se plantea.

Husserl define la fenomenología como la ciencia de lo que aparece en cuanto tal, es decir, investigación de esencias **(65)**. La fenomenología como ciencia estricta se basa en la descripción de las apariencias de los objetos como vía para la captación de las esencias, en la fenomenología el fenomenólogo busca captar lo que se presenta a la consciencia y es verdadero para el sujeto que lo experimenta, tal es la esencia de este trabajo.

Husserl planteó que para que pudiese darse una teoría del conocimiento “puramente conceptual”, no podía emplearse nada que ya estuviese constituido, <sup>(64)</sup> esto es la reducción fenomenológica (o epojé), según la cual debemos poner entre

paréntesis determinada existencia, negando su validez en ese momento. Se entiende entonces que para poder estudiar las vivencias, debemos cambiar el modo ordinario de vivirlas. En tal sentido, hay que ponernos en actitud natural, de manera que podamos captar todo lo que ese objeto nos ofrece y solamente lo que él ofrece, es decir, ir a las cosas mismas. (64)

Es así que la epojé fenomenológica tiene como principal resultado obtener el eidos o la esencia a través de dirigir toda nuestra atención hacia los objetos, pero tomando en consideración al modo de darse esos objetos en la conciencia, o sea, a los fenómenos en sentido fenomenológico, que marcaran la base para su posterior comprensión.

La filosofía fenomenológica de Husserl nos dice que ésta debe sustentarse en las intuiciones fundamentales de nuestra vida, es decir que se debe hacer aprehensión del conocimiento directa e inmediatamente, sin que intervenga la deducción o el razonamiento: Las intuiciones que únicamente pudieran ser vivificadas por impresiones remotas e imprecisas, inauténticas, y en el supuesto de que se tratara realmente de unas intuiciones, no podrían satisfacerlos. Nosotros queremos volver a las cosas mismas. (64)

En este mismo orden de ideas, tenemos que mediante la reducción no se pierde nada de lo que es real, sino simplemente su carácter de realidad, **(66)**; de igual manera, esta reducción tiene tres variantes:

- a. **Reducción filosófica:** Se refiere a una abstención, esto es no discutir teorías sino atenerse exclusivamente a lo dado a la conciencia, o sea, el fenómeno.
- b. **Reducción eidética:** Se suspende todo lo que pudiera ser individual y contingente en el fenómeno mostrado ya sea por intuición empírica o por las imágenes de la fantasía para quedarse únicamente con la esencia del fenómeno. De esta manera, el fenómeno es purificado para que la esencia pueda ser intuita.
- c. **Reducción trascendental:** Se pone en suspenso la actitud natural formada por un conjunto de creencias necesarias para la vida cotidiana. Esto supone descartar la existencia del mundo que me rodea y de los objetos, así como la existencia del propio yo empírico, sus actos psíquicos e intereses. De esta forma, como residuo fenomenológico, quedará la conciencia pura, sus vivencias puras y los contenidos de éstas. **(66)**

La reducción fenomenológica es considerada por Husserl el método de acceso al trabajo de la nueva ciencia, porque si se quiere filosofar se debe abandonar el ámbito en que nos sitúa la actitud natural y situarnos en otro ámbito, el de la

"conciencia pura". Es en este ámbito trascendental en donde el filósofo, se sitúa como un espectador desinteresado de la vida de la conciencia. Es despojarnos, como sujeto investigador, de todo nuestros conocimientos, de nuestras creencias, de nuestros supuestos y dejar que emerja la perla preciada de la esencia del fenómeno.

Partiendo de la esencia intuitivamente aprehensible del conocimiento que es la apertura intencional de un sujeto a un objeto presente, y a la luz de ella, tenemos que reexaminar nuestros conceptos tanto de la realidad del sujeto como de la realidad del objeto o mundo. (67) Tenemos entonces que toda unidad de conocimiento ha de encontrar su sentido originario en una fenomenología trascendental, de la que parte toda concepción, tanto del mundo como de uno mismo. Esta es la reducción trascendental, por la que Husserl accedía a su peculiar idealismo fenomenológico.

Para Husserl, conciencia y objeto son dos entidades separadas en la naturaleza que por el conocimiento se pondrán en relación. Para él, existe una interrelación elemental a partir de la cual se definen sujeto y objeto como tales. Con total independencia de lo que exista o no exista en la realidad, la vivencia queda identificada esencialmente como vivencia de un cierto objeto. Por decirlo así, la esencia de las vivencias tiene un lado subjetivo, que es la propia acción de la conciencia en tanto que ejerciéndose intencionalmente, y un lado objetivo. Al lado objetivo (o contenido del pensamiento) de la esencia de una vivencia lo denominará Husserl noema de esa vivencia. Al lado subjetivo (o acto de pensar), noesis de la vivencia. (64)

Heidegger, discípulo de Husserl, sin abandonar la esencia de la fenomenología, elabora una nueva forma de análisis filosófico, planteando la fenomenología hermenéutica. Generándose un cambio de paradigma dentro de la fenomenología: del paradigma de la conciencia asentado en la percepción se pasa al paradigma de la hermenéutica basado en la comprensión.

Esta fenomenología hermenéutica se caracteriza porque parte de la “intuición” entendiéndose esta como “comprender”, de igual forma Heidegger sustituye el yo trascendental por la vida fáctica, la esfera del tiempo y la historicidad pasan a un primer plano. De esta forma la historia acontecida se convierte en el hilo conductor de la investigación fenomenológica.(7)

En Heidegger la pregunta por el “ser” y la importancia de la existencia para la investigación fenomenológica convergen en un punto, pues el ente hacia el que hay que dirigir la pregunta por el ser es el único ser que existe, que existiendo “precomprende” la esencia de todas las cosas que conforman el mundo. A este ente que somos en todo caso nosotros mismos, y que, entre otras cosas, tiene esa posibilidad de ser que es el preguntar, lo designamos con el termino de Dasein. (7)

En tal sentido, la fenomenología hermenéutica, como ciencia descriptiva/comprendiva de las esencias de los fenómenos puros, me permitió como investigadora, un mayor acercamiento con los participantes en el estudio, así como,

indagar el fenómeno buscando en las propias palabras de las personas, lo que realmente sienten, tomado en consideración la manera particular de vivenciar el fenómeno que cada uno tiene. Lo que siente, lo que vive y lo que piensa el participante en el estudio, es decir, su yo interno, es muy importante para mí, como sujeto investigador. Los datos aportados por ellos me permitieron identificar categorías y subcategorías y poder así, develar el significado de manera empática, que estas personas le dieron a su realidad vivida sobre el duelo y la muerte, a través de una concepción holística enmarcada dentro de sus propias vivencias.

En consecuencia, para el desarrollo de este estudio utilice, el modelo especificado por Spiegelberg H. que consta de seis fases:

- 1) Descripción del Fenómeno.
- 2) Fenomenología de las esencias.
- 3) Fenomenología de las apariencias.
- 4) Constitución fenomenológica.
- 5) Reducción fenomenológica y
- 6) Fenomenología hermenéutica. **(68)**

Prosigamos explicando brevemente, cada una de estas etapas, dichas explicaciones se fundamentan en los conceptos del propio Spiegelberg, H. (1995); Strenbert, H. y Rinaldi, D. (1995); Heidegger, M. (1991); Ferrater, J. (2001); Husserl, E. (Martínez, H; Martínez, L). (1998) y FriedrichEn, D. (1976).

### **Fase 1.- Descripción del fenómeno.**

Esta fase consiste en la “exploración y descripción del fenómeno” bajo estudio. La misma “estimula nuestra percepción e intuición” acerca de las vivencias experimentadas por los informantes, con énfasis en la “riqueza, profundidad y amplitud de su experiencia”. (68) La fase exige al investigador utilizar los principios éticos pertinentes para adentrarse en la conciencia de los actores sociales del estudio, con el fin de conocer de forma directa y cercana sus respuestas significativas, en cuanto a la interrogante primigenia ¿Cuál es el significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias sobre el duelo y la muerte? Husserl lo planteó claramente cuando afirmó que:

Cada uno tiene su lugar desde donde ve las cosas que están ahí delante, y por eso se le presentan a cada uno las cosas de diversa manera. También son para cada uno diversos los campos de percepción, de recuerdo, etc., actuales, prescindiendo de que incluso aquello de que se tiene conciencia de ellos en común o intersubjetivamente se presentan a la conciencia en diversos modos de apercepción y grados de claridad, etc. (64)

Con ello, el investigador comienza a entender el fenómeno, tal como es descrito por los informantes. Graba, transcribe y colecciona las descripciones personales e individuales e intenta identificar y describir el fenómeno con la inclusión y agrupación de elementos del fenómeno. Supone un marco de referencia de nombres

y clases, de acuerdo con lo especificado por Spiegelberg H., quien establece que el objetivo es la investigación directa y descripción del fenómeno conscientemente experimentado; sin teorizar, sin explicaciones causales y tan libre como sea posible, de preconcepciones y presupuestos.

### **Fase 2.- Fenomenología de las esencias.**

Consiste en comprobar, en los datos aportados por los informantes, los temas, y establecer patrones de relación con el fenómeno de estudio para identificar las relaciones fundamentales entre las esencias, lo cual exige un cuidadoso estudio de los ejemplos dados por los informantes. De esta forma, comienzan a obtenerse *insights* de las estructuras y relaciones con el fenómeno para comprobar las esencias, proporcionan un sentido de lo sustantivo en la descripción del fenómeno. Estas esencias son unidades de significado comprendidas por diferentes personas en los mismos actos, o por las mismas personas en diferentes actos. (68) Se refieren al significado verdadero de algo. Son conceptos o unidades básicas que proporcionan una comprensión común del fenómeno bajo estudio.

Sin concretar el concepto de las *esencias* Heidegger, expone que sólo el Dasein es el modo de ser que es característicamente humano, por lo tanto “el fenómeno es lo que se muestra en sí mismo”, y corresponde a “la totalidad de lo que está o puede ponerse a la luz” (7). En la fenomenología de Husserl “las esencias son unidades ideales de significación que se dan a la conciencia intencional, cuando

esta describe pulcramente lo dado. Son intemporales y aprióricas, universales y concretas” (68).

### **Fase 3.- Fenomenología de las apariencias.**

Exige dar atención a las formas en que el fenómeno aparece. Focaliza la atención en el fenómeno, no solo en el sentido de lo que aparece, sean esencias particulares o generales, sino también del modo como aparecen. Heidegger, M., indica que cabe la posibilidad de que un ente o fenómeno se muestre como “lo que no es” en sí mismo. La apariencia en cuanto “aparición de algo” quiere decir “anunciarse algo que no se muestra, por medio de algo que se muestra”. Heidegger, M. establece una diferencia entre fenómeno (mostrarse en sí mismo) y “la apariencia que señala una relación de referencia dentro del ente mismo”, con ello quiere concretar que “los fenómenos o entes no son nunca apariencias, pero en cambio toda apariencia necesita de fenómenos”. (7)

“La apariencia significativa, el aspecto que ofrece una cosa cuando se deja ver, se manifiesta, se presenta generalmente a la vista”. (70) Este significado puede interpretarse de tres modos: **a)** La apariencia de una cosa es lo mismo que su realidad; la cosa es como aparece, esto es, se deja ver en su aparecer. **b)** La apariencia es algún aspecto (de la realidad) de una cosa. **c)** La apariencia de una cosa es distinta de su realidad y hasta puede ocultar esa realidad.

#### **Fase 4.- Constitución fenomenológica.**

Según Spiegelberg, H., la citada constitución es estudiar “el fenómeno, tal como está configurado en nuestra conciencia”. La constitución fenomenológica significa “el proceso, en el cual el fenómeno toma forma en nuestra conciencia hasta llegar a obtener una imagen de su estructura”. La constitución fenomenológica puede ayudarnos a desarrollar “el sentido de nuestra relación con el mundo”. **(68)**

La posición Spiegelberiana sobre la constitución fenomenológica proyecta dos ideas sustantivas: **a)** El fenómeno toma forma en nuestra conciencia, por lo tanto en ésta existen “percepciones, significados acuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos, voliciones”, que hacen referencia a un yo interior, **b)** Ayuda al desarrollo de nuestra relación con el mundo. En este sentido, “el ser humano siempre está inmerso en el mundo de otras personas y de las cosas”. Al referirse a las cosas, el autor las reconoce como objetos “por los que tengo interés”; es decir “cosas de uso específico”. El ser de las cosas significa “pertenecer a esa totalidad instrumental que es el mundo”.**(71)**

En cuanto a ese ser-en-el-mundo, que constituye al hombre, Heidegger, M. involucra *mi-ser-con otros*, quienes también están en el mundo; en el mismo sentido. *Mi ser-con-otros* niega la idea de “una coexistencia exterior; de un compartir accidentalmente un escenario” sino algo fundamental “pertenece a la naturaleza de la existencia humana, el hecho de ser una existencia compartida”. **(72)** El ser humano

jamás puede hacerse enteramente ser humano, sólo mediante su relación consigo mismo, sino gracias a su relación con otro mismo; que es su alterego. (72) Es decir el ser humano crea sus propios significados en su interacción con los otros

### **Fase 5.- Reducción Fenomenológica.**

El desarrollo de esta fase, exige al investigador prescindir de conocimientos, prejuicios, teorías, respuestas tentativas; con el fin de captar el verdadero significado de la realidad vivenciada por el informante. Esta fase es crítica para la preservación de la objetividad. El proceso reductivo es también “la base para posponer cualquier revisión de la literatura hasta que la información haya sido analizada”. (68) Es posible que el investigador conozca o tenga opiniones acerca del fenómeno bajo estudio, pero debe mantenerlo separado de la descripción de los participantes. Es el uso de la *epoché*, que se refiere a “la suspensión de toda creencia o explicación existente sobre el fenómeno”. Husserl, E. en su filosofía fenomenológica, lo considera como un “poner entre paréntesis aquellas cuestiones de la existencia y justificación causal de las cosas, que se refleja en un cambio radical frente a la tesis natural”, (69) y que en este caso son los datos significativos aportados por los actores sociales. La suspensión de toda explicación permite avanzar hacia el objetivo propuesto que es la comprensión de las vivencias en toda su pureza.

### **Fase 6.- Fenomenología Hermenéutica.**

Es interpretar el sentido de los significados. La descripción y la interpretación ayudan a alcanzar la comprensión a través del fenómeno a estudiarse. En la fenomenología hermenéutica, según Spiegelberg, H., su campo de aplicación es en aquellas situaciones, en las cuales nosotros “encontramos significados que no son comprendidos inmediatamente, pero que requieren esfuerzos interpretativos”. **(68)**. Con ello, trata de concretar aun más, que esta fase busca en todo momento, sólo aquello que es plenamente vivido por la persona.

La fenomenología hermenéutica, es una exploración interpretativa del humano, como ser histórico y que se manifiesta en el lenguaje. Esto lo definió como hermenéutica filosófica para expresar que “comprender e interpretar textos, no es solo una instancia científica, sino que pertenece con toda evidencia a la experiencia humana del mundo”. Reafirma con ello, que son “experiencias en las que se expresa una verdad, que no puede ser verificada con los medios disponibles de la metodología científica”. **(19)**

Por lo tanto, la función de la hermenéutica, es que para enunciar algo, se requiere de una respuesta a una interrogante, es decir que a “la dialéctica de la interpretación le ha precedido siempre la dialéctica de pregunta y respuesta. Ella es la que determina la comprensión con un acontecer”. En este sentido, la realidad de la persona con su mundo de vivencias es histórica y lingüística. **(19)**

El investigador, en su condición de hermeneuta, ha de ser capaz de valorar e interpretar la variedad de manifestaciones presentes en el lenguaje oral y somático de las personas participantes en el estudio con el fin de recopilar información fidedigna y útil.

### **3.3.- INFORMANTES CLAVES DEL ESTUDIO.**

Fueron seis (6) profesionales de la salud: 3 médicos y 3 enfermeras, cuyas especialidades fueron: enfermeras intensivistas, médicos gineco/obstetra, oncólogo y psiquiatra. La elección de la muestra fue intencional y los criterios de selección fueron: que quisieran participar voluntariamente en la investigación, que estuviesen sensibilizados con el fenómeno de estudio, que hubiesen vivenciado experiencias de duelo y muerte, que tuviesen disponibilidad de tiempo para la realización de las entrevistas, que aceptaran la grabación de la información expresada por ellos y que dieran su consentimiento por escrito para participar en el estudio. Como características relevantes, dado el tipo de investigación que se estaba realizando, consideré como elementos esenciales en los informantes el hecho de que desearan participar en la misma y de estar sensibilizados con el fenómeno de estudio. El número de informantes se determinó por muestreo teórico y saturación de categorías.

Tantos los informantes claves como los agentes externos se identificaron con nombres de flores, tales como: Gardenia, Lirio, Araguaney, Olivo, Tulipán, Girasol, Rosa y Orquídea, para garantizar la confidencialidad de los mismos.

### **3.4.- AGENTES EXTERNOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

Los agentes externos que participaron en la investigación fueron dos (2) visitadoras sociales (Orquídea y Rosa). El criterio de selección fue la participación voluntaria y el estar sensibilizados con la temática estudiada, así como que no tuviesen ningún inconveniente en dar su consentimiento informado y permitir que se grabara la información.

### **3.5.- CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

El contexto de los informantes fueron las Unidades de los Hospitales públicos (Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” y el Oncológico “Miguel Pérez Carreño”) de la ciudad de Valencia, Estado Carabobo. La escogencia de esta institución se debe a que concentran un alto número de profesionales de la salud, lo cual facilita la participación en el estudio, además, me unen lazos de afecto con los hospitales donde trabajo como docente de enfermería universitaria.

#### **Acceso al campo de Estudio:**

Para acceder al campo de estudio como investigadora solicite los permisos a las autoridades de los Hospitales antes descritos. Posteriormente se hizo contacto con los informantes claves y agentes externos a fin de explicarle los objetivos de la

investigación y el lugar, día y horas para la realización de las entrevistas previo consentimiento informado.

El abordaje se llevó a cabo de la siguiente manera: dadas las características antes descritas de los participantes en el estudio, se realizó un primer contacto con la persona, este primer contacto fue en algunas oportunidades de manera directa, (personas conocidas por la investigadora) y en otras oportunidades de manera indirecta (ya que fueron referidas por otras personas), por supuesto tomando en consideración los criterios de selección señalados anteriormente. Sea cual fuese el caso, en este primer momento se realizó la presentación del investigador y se solicitó su consentimiento para participar en la investigación explicándoles el objetivo de la misma y la necesidad de gravar la entrevista. Lo delicado de la temática estudiada, (el duelo y la muerte), fue un factor limitante ya que es un aspecto de la vida que toca el mundo de los afectos del ser, en tal sentido, no fue fácil este abordaje, hubo personas que manifestaron no querer hablar de esos temas, así como otras que expresaron su deseo de no participar en el estudio. Esto se respetó y se les agradeció su sinceridad.

Con las personas que manifestaron su interés en la temática y su deseo de participar en el estudio, en ese primer contacto, se mantuvo un dialogo abierto en el que se concertó la hora, el día y el lugar para realizar la entrevista. El hecho de ser profesionales y de encontrarse laborando en ese momento, resultó también una gran limitante, ya que a pesar del deseo de participar en la investigación, hubo momentos

en que tuve, como investigadora, que esperar hasta dos horas para poder realizar la entrevista, o volver en otra oportunidad porque en ese momento no se pudo.

### **3.6. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Las técnicas/métodos de recolección de la información utilizada fue la entrevista en profundidad, no estructurada y llevada al estilo de una conversación y la observación directa. Las entrevistas, se realizaron en número de una o dos por cada participante, dependiendo de los vacíos existentes y de la necesidad de validar la información. Las mismas se grabaron en su totalidad, previo consentimiento informado del participante, y tuvieron una duración aproximada de una hora y hora y media. Los encuentros fueron previamente establecidos con los participantes y de carácter individual, desarrollándose un diálogo intersubjetivo, cara a cara, buscando en las expresiones verbales y kinestésicas de los participantes el significado de sus vivencias sobre el duelo y la muerte.

La entrevista en profundidad es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, la vida de la sociedad o cultura, obteniendo datos a partir del propio lenguaje de los sujetos. La entrevista en profundidad permite “acercarse a las ideas, creencias, significados que las personas le atribuyen a los objetos y a las experiencias vividas” (73) por ello, la citada técnica se utilizó en la presente investigación a fin de indagar cuál es el significado de las vivencias sobre el

duelo y la muerte para los médicos y las enfermeras. Les garanticé la confidencialidad de la información a los participantes, así como también se les informó sobre el objetivo de la investigación y se respetó el derecho de decidir participar o no en la misma a través del consentimiento Informado.

### **Procedimiento de Recolección de la información**

Las entrevistas las realice, en su mayoría, en el lugar de trabajo de los participantes, otras se realizaron en mi casa o en la casa de los participantes, todo dependía, en primer lugar de la disponibilidad de tiempo (tanto del participante como del mío), y en segundo lugar que cumpliera con ciertos requisitos, acordados previamente con los participantes, como lo fueron: que fuese un lugar tranquilo, ya que se necesitaba grabar la información, que tuviese cierta privacidad y donde se sintiesen cómodos. Todas las entrevistas fueron realizadas en un ambiente muy agradable y a pesar de lo delicado de la temática y de momentos donde la sensibilidad marco la pauta; la apertura de los participantes, su disposición y su gran calidad humana y profesional, permitieron el feliz término de las mismas.

El desarrollo de las entrevistas las inicié pidiéndole a cada participante lo siguiente: ¿Qué experiencia de duelo y muerte recuerda que no haya podido olvidar? Una vez iniciada la entrevista mi actitud, como investigadora, estuvo dirigida a permitir, la expresión amplia y espontánea de las experiencias vivenciadas por los

participantes sobre el duelo y la muerte, sin interrupciones, mostrando interés por todo lo expresado por los participantes, con una escucha atenta y respetuosa y concibiendo las especies de las cosas sin hacer juicio de ellas y sin afirmar ni negar nada, despojándome de conocimientos, prejuicios o teorías y manteniendo en todo momento un lenguaje corporal idóneo con mi lenguaje verbal.

El hecho de ser una conversación hizo posible que, tomando en consideración lo planteado por los profesionales de la salud, surgieran otras interrogantes que se fueron planteando en el transcurso de la misma, tratando de lograr que emergieran las esencias tal como se presentan a la conciencia y tomando en consideración los diversos modos de apercpción que tiene para cada uno las experiencias vividas, con el fin de comprender las diferentes perspectivas y la manera de hacer significados de los participantes.

Se realizó la grabación de toda la entrevista sin agregar ni omitir palabras, una vez obtenidas las entrevistas, se escucharon y re escucharon las grabaciones de las mismas, esto me permitió establecer un orden de temporalidad interno, en función de los sucesos que resultaban relevantes para gran parte de los informantes y se hicieron pequeñas anotaciones de estos aspectos. Luego procedí a desgravar cada entrevista, palabra por palabra, tal como fueron pronunciadas por los participantes, sin omitir detalles; lo cual me permitió sumergirme de nuevo en la experiencia vivenciada por cada uno de los participantes y tener una visión, muy general de los posibles

significados emergentes. Todo ello, manteniéndome al margen como investigadora, sin emitir juicios.

En la búsqueda de la mejor estrategia para poder aprovechar en toda su riqueza los datos emergentes de la información obtenida, decidí valerme de la tecnología y aplique un programa que me facilitó desarrollar esta primera etapa del análisis como lo fue la organización de la información. El programa en cuestión fue el Atlas/ti, (versión 4.1), este programa es una herramienta informática que ayuda al investigador en el análisis de datos cualitativos, esto quiere decir que, es el investigador quien lo aplica y quien va, poco a poco, llevando todo el proceso de análisis.

El Atlas/ti es una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de, principalmente, grandes volúmenes de datos textuales. No pretende automatizar el proceso de análisis, sino simplemente ayudar a la persona (al investigador), agilizando considerablemente muchas de las actividades implicadas en dicho proceso. (74). Para mí, particularmente, fue de gran ayuda en el proceso de organización de la información, sobretodo porque una vez organizada la información me permitió acceder fácilmente a las diferente unidades temáticas, cada vez que lo necesite.

Con la ayuda del programa Atlas /ti, volví a releer cada una de las entrevistas y fui separando las unidades temáticas naturales emergentes. Estas unidades constituyen trozos del discurso significativo de las experiencias de los participantes, en tal sentido se conservó el lenguaje propio de cada uno. Durante todo este proceso tuve especial cuidado de mantener mis creencias, mis conceptos y explicaciones al margen de lo expresado por los participantes, con el fin de que las esencias de la experiencia original emergiesen.

Una vez obtenidas las unidades temáticas (códigos conceptuales) de cada una de las entrevistas (ocho en total), proceso bastante largo y minucioso, procedí al análisis de las mismas, buscando similitudes en las expresiones para unir las en una sola unidad con el fin de ir agrupándolas. En este primer momento, de este análisis emergieron las metacategorías, las categorías y las subcategorías.

### **3.7. RIGOR METODOLÓGICO**

Los criterios que se utilizaron para evaluar la calidad científica de este estudio fueron la dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (75).

En tal sentido la dependencia o consistencia lógica es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes, tenemos entonces que esto se da en

la medida que se verifique la sistematización en la recolección y el análisis cualitativo. Para lograr esta consistencia lógica en este estudio, se mantuvo presente en todo momento los criterios de selección de los informantes, la epojé como herramienta fundamental en el desarrollo de las entrevistas y se utilizaron varias fuentes para la obtención de los datos.

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.

En este estudio la credibilidad estuvo dada por los siguientes aspectos: para contrarrestar mi perspectiva como investigadora utilice la epojé, que se refiere a “la suspensión de toda creencia o explicación existente sobre el fenómeno”. Husserl, E. en su filosofía fenomenológica, lo considera como un “poner entre paréntesis aquellas cuestiones de la existencia y justificación causal de las cosas, que se refleja en un cambio radical frente a la tesis natura”(69), de igual manera se transcribieron y mantuvieron las entrevistas tal cual fueron narradas por los participantes, se discutió mis propias experiencia y comportamientos ante el fenómeno estudiado y se relaciono

con las experiencias de los informantes, cada vez que fue necesario se volvió a la fuente original (informantes) para validar la información, se realizó la triangulación de los datos hecho este que permitió determinar la congruencia entre los resultados, también la credibilidad se soportó en la utilización de transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretación presentados en los resultados del estudio.

La auditabilidad, llamada por otros autores confirmabilidad, se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares. En tal sentido, en este estudio la auditabilidad/confirmabilidad estuvo dada por la utilización del grabador a través del cual se grabaron todas y cada una de las entrevistas realizadas a los participantes previo consentimiento informado, se realizó la transcripción fiel de las entrevistas a los informantes y se describieron las características de los informantes y su proceso de selección; de igual manera los contextos físicos, interpersonales y sociales fueron discutidos en la presentación del informe de investigación

La transferibilidad o aplicabilidad se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos. Para lograr la transferibilidad como aspecto importante dentro del rigor metodológico, los resultados de esta investigación indican los elementos más significativos/representativos de las respuestas de los informantes. De igual manera se plasmo de manera fidedigna el lugar y las características más relevantes de las personas participantes en el estudio.

## **CAPITULO IV**

### **DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO**

El siguiente capítulo abarca lo correspondiente a la fase I y la fase II del diseño de la investigación seleccionado para la interpretación de la información sobre el significado de las vivencias de duelo y muerte de los médicos y las enfermeras, objeto de estudio.

En mi experiencia profesional, he podido vivenciar, que en los centros asistenciales donde he laborado, tanto mis colegas como la mayoría del personal médico asumen diferentes conductas cuando se enfrentan a situaciones de duelo y de muerte en sus pacientes, en muchas oportunidades la actitud más común es la evasión, el aparentar desentenderse de la situación de duelo y/o muerte, que se está generando. Manifestando en su mayoría, que sienten una tremenda ansiedad y falta de preparación cuando se ponen en contacto con pacientes diagnosticados de procesos irreversibles. Como consecuencia de ello asumen estas conductas evasivas y en muchas ocasiones hasta agresivas, cuando vivencian estas situaciones de duelo y/o muerte en su entorno laboral.

#### **4.1. FENOMENOLOGÍA DE LAS ESENCIAS:** Búsqueda de las Múltiples Perspectivas.

Desde el punto de vista de la fenomenología de Spiegelberg el significado que tiene el duelo y la muerte, como fenómeno de estudio se percibe desde la óptica de los médicos y las enfermeras como informantes claves, los agentes externos y la de la investigadora.

Cada uno de estos actores tendrá una posición acorde a sus vivencias, experiencia de vida y perspectiva particular y/o valores. Esto aportara una riqueza de conocimientos tanto científicos como populares que nos ayudara en la interpretación del fenómeno de estudio.

#### **4.2. PERSPECTIVA DE LOS PARTICIPANTES**

Aquí se describen las narrativas de los testimonios de los médicos y las enfermeras, que son los informantes claves del estudio, de las trabajadoras sociales como agentes externos y de la investigadora.

Se realizaron algunas preguntas abiertas norteadoras y posteriormente se fue guiando la entrevista con preguntas secundarias que surgieron ante las respuestas poco concretas y con la finalidad de no desviar la temática de estudio y obtener ideas y conceptos de cada una de ellas, que nutrieran la investigación.

A continuación se describen las narrativas de las entrevistas:

### **Perspectivas de los Informantes Claves**

Se realizaron entrevistas abiertas y en profundidad, que indicaron las informaciones que emitieron al formularles las interrogantes vinculadas con el fenómeno:

**Entrevista N. 1** (Araguaney) Médico Oncólogo (17.09.2009).

**Entrevista N. 2** (Gardenia) Enfermera (06. 10.2009).

**Entrevista N. 3** (Girasol) Enfermera (15.10.2009).

**Entrevista N. 4** (Lirio) Enfermera (20.10.2009).

**Entrevista N. 5** (Tulipán) (Médico Psiquiatra (4.11.2009).

**Entrevista N. 6** (Olivo) (Médico Ginecólogo (10.11.2009).

**ENTREVISTA N° 1: ARAGUANEY (MÉDICO ONCÓLOGO)**

0001  
0002  
0003  
0004  
0005  
0006  
0007  
0008  
0009  
0010  
0011  
0012  
0013  
0014  
0015  
0016  
0017  
0018  
0019  
0020  
0021  
0022  
0023  
0024  
0025  
0026  
0027  
0028  
0029  
0030  
0031  
0032  
0033  
0034  
0035  
0036  
0037  
0038  
0039  
0040  
0041  
0042  
0043  
0044  
0045  
0046

**La Entrevistadora:** 1) ¿Qué experiencia de duelo y muerte recuerda que no haya podido olvidar?

**El Entrevistado:** Tú te imaginas que ahorita llegue por ahí por esa puerta un paciente con sus familiares con un informe con una biopsia que dice que tiene cáncer.... imagínate por un momento, ponte en los zapatos de que fueses tú con un familiar y el doctor te dice que no te va a ver porque ya cerró la consulta y está cansado.... o sea la gente una vez que obtiene la información de que tiene un cáncer, así sea un cáncer de muy buen pronóstico, que no le comprometa la vida, pero ya la palabra cáncer es asociación con la muerte.... o sea la persona piensa ya en lo que le queda de vida..... Le pasan por la cabeza una serie de situaciones sus hijos, su esposo, su familia, su futuro inmediato, lo que dejó de hacer... es como que le pasa una película en cinco minutos por la cabeza... y eso transmitido.... lógicamente dependiendo del estrato socioeconómico al que pertenezca... es mejor....yo diría que tolerada, sobrellevada la información... lo he visto... no.... dependiendo del medio donde se desenvuelva. Pero para el que le gusta esta profesión.... para uno es difícil darse media vuelta y hacerse una idea absurda de lo que está pasando afuera, con el paciente...

**La Entrevistadora:** 2) ¿Qué siente usted ante la muerte?

**El Entrevistado:** Bueno yo no sé si por estar trabajando en esto ya uno está tan acostumbrado a la muerte, de repente uno la ve tan cerca como que la veo natural, la gente dice... no, ya ustedes se deshumanizan, pierden la sensibilidad..... bueno... es que es el trabajo de uno día a día... o sea te toca ver gente que llega a tus manos llenas de vida y verlos partir.... eso a uno le toca y uno sufre...a mí me afecta mucho el paciente. Siento a veces desesperanza.... tú quieres siempre hacer algo, quieres ayudar y, y .... no puedes... entonces me siento a veces como abatido, con mucha preocupación.... y a la vez intentas darle fuerzas... tú sabes que el paciente va a fallecer, sabes que el paciente va a morir.... lo llenas de fuerzas, de optimismo...de que.... esos días que le queden los logre vivir a plenitud.... que comparta con su familia ...¿verdad?.... pero igualito tú sabes que va a morir, que va a fallecer, pero ves cosas también impresionantes.... ves como la fuerza de voluntad hace muchas cosas, de cómo las enfermedades a veces siendo las mismas.... la condición con que el paciente tome la enfermedad cambia..no?... cambia en la evolución de la enfermedad, tú ves aquí gente que dice: a mí no se me va a caer el pelo con la quimioterapia .... y no se les cae, ves gente que llega con lesiones muy pequeñitas, aparentemente de muy buen pronóstico y sucumben ante la enfermedad porque se deprimen, porque no superan ese trauma... y hay pacientes que no, que lo lleva muy bien, o sea la actitud que asuman ante la enfermedad muy importante.... el paciente que se quiere morir, se va morir, hágale lo que le haga, sea un tumor pequeño, sea curable, y el paciente quiere vivir vive... son cosas aquí impresionantes.

0047 **La Entrevistadora:**3) ¿Qué sentiría usted ante la inminencia de su propia muerte?

0048

0049

0050

0051

0052

0053

0054

0055

0056

0057

0058

0059

0060

0061

0062

**0063**

**0064**

**0065**

0066

0067

0068

0069

0070

0071

0072

0073

0074

0075

0076

0077

0078

0079

0080

0081

0082

**0083**

0084

0085

**0086**

**0087**

**0088**

0089

0090

0091

0092

**El Entrevistado:** Yo no sé, tú sabes que yo me he hecho esa pregunta varias veces, porque uno se acostumbra mucho la muerte y para uno es fácil decirle a los familiares mira a tu papá le quedan tres meses de vida, preparen todo en la casa....A uno....a uno se le hace fácil porque es tu medio de trabajo.... o sea tu eres, para el grupo familiar y para el paciente tú sencillamente eres una guía, una información, una orientación, entonces tú tiene que prepararlos para cosas que nadie está acostumbrado a decir..... a mí me dicen ¿cómo te gusta trabajar con Oncología chico?... estar trabajando con un poco de muertos....un poco de gente falleciendo, en mal estado, con dolor, quejándose..... alguien tiene que hacerlo,... yo sé que no es agradable, pero alguien lo tiene que hacer, y yo creo que si a ti te gusta lo que haces, tú lo haces con todo el gusto del mundo y al principio siempre pega, eso es como cuando tú estás en emergencia recién graduado y se te muere tu primer paciente o muere en tus manos, eso siempre pega.... pero yo veo que siempre, siempre, tú sientes la muerte del paciente, a veces lo que haces es que lo superas ya con mayor rapidez, pero siempre lo sientes...creo también que a nosotros nos cuesta mucho aceptar que a la vuelta de la esquina, de la vida, esta la muerte

**La Entrevistadora:** 4) ¿Ha vivenciado la muerte de un ser querido?

**El Entrevistado:** Mira... si he tenido personas muy allegadas que han fallecido de cáncer, una tía estando yo estudiando medicina, la quería mucho y falleció. Graduándome yo de cirujano me tocó un tío que quería mucho, mucho, que era mi padrino y murió en mis manos prácticamente, no murió de cáncer pero sí de una enfermedad crónica importante, y al final las enfermedades crónicas... como el cáncer también...una enfermedad crónica se parecen mucho, tú sabes que no van a conseguir la cura, hasta que sucumben ante la misma.... me tocó a mí.... tú sabes, tu eres el médico y la familia y todo el mundo está con los ojos pensando que tú vas a sacar una varita mágica y vas a resolver la situación y no..... siempre pega... me ha tocado de cerca pero.... es distinto no?... tu a veces te quitas o de pones la careta de médico, pero es difícil quitártela cuando atiendes a un ser querido.... siempre actúas.... porque están esperando toda la familia y todo el grupo a que tú seas el que oriente esa situación incluso que orientes el duelo.

**La Entrevistadora:** 5) ¿Y qué sentimiento emergieron allí?

**El entrevistado:** Bueno,... allí hubo mucho sufrimiento y frustración, que es lo que ocurre igualmente con mucho pacientes a veces te frustras porque quieres hacer algo y sabes que no puedes, todo el mundo me decía, yo quería meter a mi tío a quirófano porque yo sentía que había posibilidades de hacer algo, y todo el mundo decía que no, y todavía él se muere y yo quedé con la duda de que sí se pudo o no hacer algo... incluso me ofrecieron quieres que le haga la autopsia para que vea pues... no, no, no le hagas la autopsia...es porque tú vas a tener ese sentimiento, después, posteriormente... y verdaderamente es así, un sentimiento de que probablemente hubo la posibilidad de que operándolo se hubiese salvado.... si,

0093 cuando todo el mundo decía lo contrario, no sé. Yo pienso que no estamos  
 0094 preparados para hacer frente a esas situaciones de duelo y muerte... definitivamente.  
 0095

0096 **La Entrevistadora:** 6) ¿Cómo se siente usted que superó ese duelo?  
 0097

0098 **El Entrevistado:** No sé, no me he puesto a pensar como, no hago algo específico  
 0099 como para superarlo, tú dices de salir, distraerme o irme de vacaciones?... no....  
 0100 sigo en esto trabajando, sencillamente reflexionando sobre la situación... más nada,  
 0101 todo los días como que pasando la página.... abriendo la página nueva, porque si no  
 0102 terminas tu deprimido aquí.... Enfermo, ante tantas situaciones.... siguen  
 0103 afectándose, yo a veces me acuesto pensando en la solución para el paciente que me  
 0104 llegó ayer.... por ejemplo desde ayer que vi a una paciente joven que me llegó con  
 0105 un cáncer, esteee, pero que no tiene fertilidad, un cáncer en cuello uterino pero que  
 0106 no tiene fertilidad, es decir que estoy buscando ya, revisando los trabajos y todo  
 0107 para ver cómo hago con esta muchacha, tratar el cáncer y que no pierda la  
 0108 posibilidad de tener un hijo, entonces tú te acuestas con la angustia con que viene el  
 0109 paciente a tu consultorio.... Entiendes?

0110 Siempre pegan los pacientes, hay pacientes que te acompañan mucho tiempo de tu  
 0111 vida, acuérdate que esto es una enfermedad crónica.... y tú ves al paciente y a los  
 0112 cinco años le dices, mira ya estas de alta de la consulta pero ese paciente no te va a  
 0113 dejar la consulta, ese paciente no te abandona, aunque tú le digas, mira ya tú tienes  
 0114 un período donde tú te puede considerar curada.... Aja Dr..... ya estás de alta, .... si  
 0115 Dr. cuándo vengo otra vez?,.... ves?.... el paciente no se va a ir de su médico,  
 0116 entonces tú terminan teniendo una relación por largo tiempo con tu paciente  
 0117 entonces cuando ese paciente le pasa algo, fallece, eso también te afecta, aunque ya  
 0118 tú crees que está preparado para eso, porque es tu día a día, estás acostumbrado a  
 0119 eso.... ayer por ejemplo me llegó la hija de un paciente que falleció, que yo tuve  
 0120 poco tiempo de relación con el paciente pero sí, sí.... uno siempre establece una  
 0121 empatía con el paciente.... Y entonces después deeee.... ya tenían como seis meses  
 0122 porque ellos no habían vuelto a la consulta, vuelve la hija toda asustada porque le  
 0123 dijeron que tenía una cuestión por ahí, un tumor...y...y...el hecho de ver a tu  
 0124 paciente recuperado y saber que tú has hecho algo por él, eso te llena mucho de  
 0125 satisfacción  
 0126

0127 **La Entrevistadora:** 7) ¿Usted cree que eso de alguna u otra manera podría estar  
 0128 afectando su salud?  
 0129

0130 **El Entrevistado:** Claro.... claro que sí, tarde o temprano eso me va cobrar una  
 0131 factura... de alguna manera... qué hago yo generalmente para..... yo me refugio  
 0132 mucho en mi trabajo, pero a veces si salgo, hago algo distinto.... un deporte, me  
 0133 voy de pesca...(risas).... a veces me dicen, como tú vas a descansar y te vas pal  
 0134 llano pa que te piquen los zancudos, a pasar trabajo, a cargar peroles, a meterte en  
 0135 un río, en el barro..... sí, sí, porque yo haya me distraigo, hago algo totalmente  
 0136 distinto a lo que hago normalmente y eso me relaja.  
 0137

0138 **La Entrevistadora:** 8) En su experiencia ¿Qué influencia ha tenido la parte

0139 espiritual religiosa en el manejo del duelo, con los pacientes en fase terminal y sus  
0140 familiares?

0141

0142 **El Entrevistado:** Es muy importante, sí.... uno lo ve, por ejemplo en los pacientes  
0143 que son testigos de Jehová, como ellos aparentemente viven su duelo de una forma  
0144 mucho mejor.... Tú ves a los pacientes cuando son testigos de Jehová.... bueno esto  
0145 es un designio, señor, señor.... y tú ves a la familia.... cuando lógico, cuando todos  
0146 los familiares son testigos de Jehová ..... tú ves por ejemplo también cosas como  
0147 reacciones exageradas ante el duelo y la muerte en pacientes que nunca tuvieron  
0148 pendiente sus familiares, o sea tú ves ese tipo de reacción en el familiar que tuvo la  
0149 relación más distante con el fallecido.... en el momento de la muerte tú ves la  
0150 reacción más exagerada en ese tipo de persona.... en el familiar más allegado, el  
0151 que está más cerca, el que batalló junto con el enfermo, ese termina aceptando la  
0152 muerte así como la aceptó el enfermo.... murió pues, no tuvo otra opción.... yo  
0153 creo que eso se debe, en parte,.... yo creo que es una respuesta ante esa situación  
0154 que lo mantuvo lejos, yo creo que es una manera de manifestar que estuvo lejos por  
0155 algo indebido y que la muerte ahora.... no hubiese querido la muerte de ese ser  
0156 querido pero... manifiesta probablemente esa culpabilidad de esa lejanía, con esa  
0157 exagerada reacción, tú ves que gritan, revientan medio hospital y agarran al  
0158 personal y quieren medio matarlo.... pero si tú nunca estuviste aquí con tu mamá....  
0159 si tu mamá estuvo aquí un año o 10 años, viniendo aquí, y yo jamás te ví... y ahora  
0160 sí vienes a querer responsabilizar a todos por algo que sucedió, cuando tú vienen a  
0161 ver era un hijo que veía poco a su madre... ese tipo de respuesta tú la vez en  
0162 familiares que tienen como un sentimiento de culpa y ellos quieren justificar en esa  
0163 actuación probablemente esa distancia que tuvieron... uno lo ve así, o sea es común  
0164 verlo. En cambio el que estaba batallando día a día, como que batalló y se dio  
0165 cuenta, junto con el enfermo que bueno, que se hizo todo de su parte y de la parte  
0166 de salud, del equipo de salud, y bueno ya es una cuestión que se escapa de las  
0167 manos.

0168

0169 **La Entrevistadora:** 9) ¿El hecho de ser usted cristiano católico le ha ayudado en la  
0170 atención a sus pacientes?

0171

0172 **El Entrevistado:** Sí claro que sí.... y más en estos momentos, el que no es  
0173 religioso, el que dice no serlo, aunque yo no creo... sobre todo en este país, aquí  
0174 tenemos una tradición católica muy arraigada... y, por mucho, el paciente que no  
0175 sea practicante por decirlo así, siempre en estos momentos termina aforrándose a  
0176 algo y a lo primero que se aferra es a Dios... entonces en este momento es cuando  
0177 existe Dios como quien dice... y entonces bueno siempre hay respuestas que tú no  
0178 le puede dar a tus pacientes por más que.... y echas mano de lo que hace todo el  
0179 mundo de algo divino, de algo.....ok... que está mucho más allá del  
0180 entendimiento, como para buscar una esperanza, entonces yo creo que sí, sí ayuda  
0181 ... la fe sí ayuda.... la religión de ayuda a entender muchas de las reacciones y de la  
0182 situación de tu paciente... de repente en otro país no lo vende ese modo, que tienen  
0183 otra religión, enfrenta la muerte de otra manera de una manera más natural, por  
0184 ejemplo los orientales la enfrentan de otra manera... aquí nos ha enseñado desde

0185 pequeño que la muerte es un sufrimiento, es un duelo, es una tragedia....  
0186 Entiendes?... y yo creo que por tal motivo como fuimos creado así lo aprendimos  
0187 desde pequeñitos, vivimos en una sociedad que lo ve de esa manera...ok?  
0188  
0189 **La Entrevistadora:** 10) ¿Cómo ve usted al ser humano?  
0190  
0191 **El Entrevistado:** El ser humano?... perfecto.....para mí es un ser perfecto.....con  
0192 todas sus virtudes y sus defectos.....pero para mí el ser humano es una **máquina**  
0193 **perfecta....**(risas)  
0194

**ENTREVISTA N°2. GARDENIA (ENFERMERA)**

0001  
0002  
0003  
0004  
0005  
0006  
0007  
0008  
0009  
0010  
0011  
0012  
0013  
0014  
0015  
0016  
0017  
0018  
0019  
0020  
0021  
0022  
0023  
0024  
0025  
0026  
0027  
0028  
0029  
0030  
0031  
0032  
0033  
0034  
0035  
0036  
0037  
0038  
0039  
0040  
0041  
0042  
0043  
0044  
0045  
0046

**La Entrevistadora:** 1) ¿Qué experiencia de duelo y muerte recuerda que no haya podido olvidar?

**La Entrevistada:** Bueno mira, desde el punto de vista profesional, siempre uno con algunos pacientes tiene cierta afinidad, o se encariña más con algunos pacientes, este.... de las que yo recuerde hay una de cardiología, yo creo que fue una de las tantas que me marcó de verdad porque era una paciente joven de 42 años con un problema cardiovascular y de verdad la agonía de esta muchacha porque era soltera y relativamente joven, fue dura, fue fuerte, era una insuficiencia cardiaca y cuando por la misma patología, la cardiopatía, una de los problemas, era la disnea que ya no la soportaba a pesar de toda las medidas de oxígeno terapia, cambios de posición y de verdad que siempre la recuerdo porque ella pidió ayuda, que la ayudara, que ella no quería morir, que no podía respirar... entonces son cosa que de verdad salen de tu control y eso te marca como enfermera, de que tú sabes que no puedes hacer más nada y que irremediamente.. este.. a ella se le aproxima la parte de la muerte. Otro caso que yo siempre recuerdo es a un muchacho bastante joven de 22 años, en la unidad de cuidado intensivos, yo estaba reciente y él prácticamente estaba consciente, entubado pero consciente y lloraba... lloraba cuando le hablaba, tiene que salir de aquí por tu hijo que está recién nacido, cuando veía a sus familiares... y que tú ves cómo se va complicando el paciente, se va complicando y tú te encariñas, vamos a decirlo así, se encariña desde ese punto de vista una persona de 22 años estudiante, con un niño recién nacido, que llora y se angustia a pesar de que tú le explicas esto es para esto, tienes que tranquilizarte y después al final el paciente se complica y se te va, eso te... por lo menos a mí... de verdad que eso me marcó tanto que no lo he podido olvidar y no creo que lo olvide nunca. Otro caso fue el de Egle.... una paciente que estaba en la unidad de cuidados intensivos, ya extubada, estable hemodinámicamente hablando, eran las.... me acuerdo clarito.... eran las 6:30 de la tarde de ese día y aparentemente ella toleró muy bien su extubación y se nos complica se nos complica con una insuficiencia respiratoria abrupta y en ese momento no contábamos con intensivista a cuerpo presente sino que contábamos con los R3 y mientras localizábamos al R3, por más que como no... si bueno vamos a ponerle oxígeno, ponla así, ponla asao y tú ves que ella comienza... ayúdame no me dejes morir, no me quiero morir, no me quiero morir... mientras llegaron bueno la paciente fallece... eso también es fuerte....te marca... Otro caso una niña de 12 años y recuerdo que mi supervisora me decía:” estás manejando muy bien el duelo”... bueno yo abrazaba a su mamá y a su tía y lloré y lloré y lloré.... era una niña preciosa llamada Ana..... y lo que pasa es que tu allí tienes que.... o sea.... en ese momento tú te confunde con el familiar porque si tú dejas aflorar todo verdad tu lloras en ese momento, tú abrazas y tú le dices, porque cómo haces para no... verdad, y muchas veces, se ve mucho en la parte de los médicos, ellos son como un poco más...eueeh.... se bloquean son menos expresivos, más fríos que uno la enfermera, uno es cómo más sensible y yo me acuerdo yo allí también viví con esa familia yo viví mucho el duelo porque si me afectó una niña de 12 años, no tenían cama en pediatría y fue a tener allá y tú

0047 identificas con frecuencia, mi hija, puede ser mi hija... un arrollamiento una niña  
 0048 preciosa y en ese momento bueno ya no había más nada que hacer, había muerte  
 0049 cerebral y bueno su mamá, su papá, su hermanita y bueno tú los abrazas, lloras,  
 0050 incluso cuando te dicen “mira ella está respirando”, porque una de las normativas  
 0051 de la UCI era no retirar los aparatos que lo familiar entren y vean que tiene sus  
 0052 aparatos puestos y cuando te dicen mira pero ella está respirando mira cómo se  
 0053 mueve el pecho, que tú tengas que explicarle... no mira esto es por esto y por esto y  
 0054 te ahogas porque lloras y mira tienen que esperar afuera, nosotros tenemos que  
 0055 prepararla, porque ella va ahorita a la morgue... todas esas cuestiones... es  
 0056 doloroso, de verdad que es muy doloroso... es importante que uno sepa enfrentar  
 0057 aquello, enfrentarlo pero de manera espontánea, natural y el familiar por supuesto  
 0058 que va agradecer mucho eso.  
 0059

0060 **La Entrevistadora:** 2) ¿Qué siente usted ante la muerte?  
 0061

0062 **La Entrevistada:** Partida, partida de este mundo, finalización de la vida  
 0063 terrenal...heee... que otra cosa, dolor... finalización de la existencia terrenal. La  
 0064 muerte es una etapa más de la vida, es algo natural porque es terminar esta vida y es  
 0065 como una continuidad de que va haber una vida mejor, que así, yo lo veo así, que  
 0066 así como tú estás nueve meses en el vientre de tu mamá, donde todo es perfecto, la  
 0067 luz, ese medio que tú estás protegido allí, que estás dependiendo de tu mamá para  
 0068 poder sobrevivir, esa es una vida con todo lo que eso involucre, esta vida que es un  
 0069 poco más dura, que es un poco más cruda y la otra, así lo veo yo, dónde va haber  
 0070 más paz, más perfección, menos dolor. Es, no sé si será la palabra correcta, pero es  
 0071 como mucha lástima, de ver muchachos jóvenes, porque generalmente son jóvenes  
 0072 porque ellos rara vez alcanzan vida adulta, de ese dolor porque son dolores  
 0073 insoportables... cónchale,... es saber que hay tantas personas haciendo daño y  
 0074 entonces estas personas que son deportistas y estudiantes y bueno es esa  
 0075 compasión... pero es fuerte... es fuerte.  
 0076

0077 **La Entrevistadora:** 3) ¿Qué sentiría usted ante la inminencia de su propia muerte?  
 0078

0079 **La Entrevistada:** Bueno.... hasta donde yo creo.... Porque es muy diferente decir  
 0080 las cosas a vivir el momento... Porque uno viene aquí,... así como tú llegas, porque  
 0081 Dios es perfecto, te tienes que ir y si tu aceptas la muerte la manera como tú vives  
 0082 eso va a marcar, a mi parecer, la manera como tú te vayas, en paz o no... así lo veo  
 0083 yo. Aparentemente sí creo estar preparada, claro está... muchas veces tú te pones  
 0084 como cuando tu... a profundizar en la cuestión... que tu estas solo y te pones a  
 0085 pensar...bueno entonces te da como cierta cuestión verdad?. Pero después no... yo  
 0086 pienso que la fe y las creencias, esa confianza que tu sabes que Dios está contigo...  
 0087 Y de alguna manera eso te alivia y cuando tú sabes verdad que tarde o temprano te  
 0088 va a llegar y que tú te tienes que ir, pero eso tú lo vas a entender, aquí en mi  
 0089 ignorancia, de ayuda a entender eso y aceptar entre comillas porque de verdad no sé  
 0090 si ese va a ser mi comportamiento cuando yo esté cerca, verdad, de la muerte, pero  
 0091 de alguna manera esa fe, esa creencia que tú tiene en Dios, en Jesús, en el Espíritu  
 0092 Santo te ayuda a aceptar que tarde o temprano tú, tu hijo, tu esposo, tu mamá, tu  
 papá, se tienen que ir.. Ves?... entonces pero que te da esa fortaleza, que te da esa

0093 luz, que te da el supuestamente entender eso, que tú tengas esa creencia esa fe en  
 0094 ese ser supremo.

0095

0096

**La Entrevistadora:** 4) ¿Ha vivenciado la muerte de un ser querido?

0097

0098

0099

0100

0101

0102

0103

0104

0105

0106

0107

0108

0109

0110

0111

0112

0113

0114

0115

0116

0117

0118

0119

0120

0121

0122

0123

0124

0125

**La Entrevistadora:** 5) ¿Y qué sentimiento emergieron allí?

0126

0127

0128

0129

0130

0131

0132

0133

0134

0135

0136

0137

0138

**La Entrevistada:** Al principio mucho sufrimiento...luego empatía, y siempre y cada vez que podía se lo discutía y se lo hacía entender al personal de enfermería que así como está ese paciente puede ser un familiar tuyo fácilmente porque yo lo viví y lo que es el familiar y el paciente siempre deben respetarse y ser tratado con consideración y cada vez que puedo a mis estudiantes también se los digo, por qué a mi parecer eso es una bendición que uno sea enfermera, es una bendición y usted puede hacer el bien o puede ser el mal y el familiar y el paciente siempre deben ser respetados y uno ponerse en su lugar, no estamos exentos, y de verdad cuando yo veía el maltrato al familiar sobre todo al familiar porque el paciente de la UCI está sedado y relajado, pero el familiar que está afuera... y mira cuanto tú ves un maltrato de verdad que...gracias a Dios no es muy frecuente y cuando uno lo detecta bueno se corrige la situación, yo lo viví con una auxiliar de bastante edad y un familiar de una niña de 16 años con leucemia y le dije mira ya es suficiente con

0139 el dolor que tienen con su niña enferma para que se lo agravemos con malos  
 0140 tratos.... Pero si... si te ayuda las experiencias que tu...tú tienes que pasar por eso  
 0141 para saber lo que está sufriendo la otra persona...porque es duro...es duro... y mas  
 0142 imagínate... cuando eran anemias drepanocíticas... yo revivía lo de mi sobrino y  
 0143 entonces bueno... ya tu sabes... no puedes dejarlo aguantar dolor, había que tratarle  
 0144 el dolor, no es dependencia, es que está en plena crisis dolorosa... y de alguna u  
 0145 otra manera tú te involucras... tú te involucras...

0146

0147 **La Entrevistadora:** 6) En su experiencia ¿Qué influencia ha tenido la parte  
 0148 espiritual religiosa en el manejo del duelo, con los pacientes en fase terminal y sus  
 0149 familiares?

0150

0151 **La Entrevistada:** Si... yo pienso que es importante porque eso te da como mucho  
 0152 o mucho apoyo, te da mucho apoyo y te da fuerza para enfrentar lo que esa persona  
 0153 o tú mismo... okey... pueden estar viviendo en ese momento y yo te lo digo por mi  
 0154 sobrino.. ... Particularmente a mí me resulta, me resulta en cuanto a la fuerza de  
 0155 voluntad en cuanto a esa fe que tú puedas tener, y que tú sabes que Dios está allí,  
 0156 que el espíritu Santo está allí, que él es quien te guía, que él es él quien te ilumina  
 0157 cada una de tus acciones, de tus pensamientos.... y es un aporte, es un apoyo súper  
 0158 importante ... te doy un ejemplo, por ejemplo con esta paciente de cardiología por  
 0159 supuesto tú le hablas tú le dices mira estamos haciendo todo lo posible, tu crees en  
 0160 Dios?... Confía en Dios en este momento... esa parte de apoyo tu se la das tú la  
 0161 das.... porque ya tú sabes que viene lo irremediable, ya viene lo irremediable es un  
 0162 corazón que está de este tamaño que por más que tú hagas y hagas ya tú sabes que  
 0163 ella está ya en lo último y estás como con más tiempo, vamos a decirlo de esta  
 0164 manera, verdad de conversar y darle ese apoyo, bueno tu confías en Dios... que sea  
 0165 lo que él quiera... acuérdate que estamos todos ayudando bueno todo eso verdad.

0166 Pero hay otro tipo de paciente esa última que te estoy mencionando que de verdad  
 0167 no te para o sea simplemente tú le dices tranquilízate que te estamos ayudando,  
 0168 colabora, sabemos lo que tú estás pasando, pero todo lo que hacemos por tu bien, da  
 0169 como un poquito menos de chance vamos a decirlo así, de tu compenetrarte un poco  
 0170 más con esa paciente, por supuesto tú tratas de tranquilizarla para que colabore y  
 0171 que sabemos lo que ella está atravesando en ese momento esa dificultad para  
 0172 respirar... me ahogo, no puedo.. pero la cuestión de que está en juego su vida y hay  
 0173 que entubarla y corre paca, y corre paya.... quizás no te da como esa tranquilidad  
 0174 que tú puedas tener con otro paciente donde ya tú sabes que irremediablemente ya  
 0175 está en sus últimas y bueno desdichadamente se juega a la llamada eutanasia  
 0176 cuando tú sabes que hay orden de no reanimar cuando sabemos que no va a salir, es  
 0177 como un poco diferente el tipo de situación que tú estás viviendo en ese momento.

0178

0179 **La Entrevistadora:** 7) ¿A qué crees tú que se deba que los miembros del equipo de  
 0180 salud se “encariñen” más con un paciente que con otro?

0181

0182 **La Entrevistada:** Mira en mi caso particular yo pienso que son la edad de la  
 0183 persona, sumamente jóvenes la causa que motivó su hospitalización o su estadía en  
 0184 la unidad de atención y la parte social porque a veces tú te pregunta ¿por qué este

0185 paciente?, porque Dios? como por ejemplo el muchacho que te conté, un muchacho  
 0186 joven de 22, 23 años, eso fue hace tiempo, con una herida por arma de fuego por un  
 0187 atraco, deportista, sano, con un niño bello, pequeño, recién casado, y bueno tú te  
 0188 pregunta por qué a él? entonces tú ves cónchale, no es justo, no es justo... bueno yo  
 0189 creo que eso...

0190 **La Entrevistadora:** 8) ¿Como miembro del equipo de salud estás preparada para  
 0191 hacer frente a estas situaciones de duelo y muerte?

0192  
 0193 **La Entrevistada:** Miraaa... yo creo que sí...

0194 **La Entrevistadora:** 9) ¿Cuáles serían esas herramientas que nosotros los miembros  
 0195 del equipo de salud deberíamos tener para manejar esas situaciones de duelo y  
 0196 muerte?

0197  
 0198 **La Entrevistada:** Mira particularmente en ciencias de la salud y me voy a meter  
 0199 exclusivamente con enfermería porque en medicina no sé como lo manejan, yo  
 0200 pienso que hay que profundizar más en cuanto al manejo del duelo y hablar un poco  
 0201 más acerca de la cultura de la muerte... estee... lo que pasa es que en nuestro  
 0202 sistema latinoamericano... verdad.... hablamos puro de vida, de vida y de vida... y  
 0203 se habla poco de muerte y duelo, yo pienso que se habla muy poco de eso, será  
 0204 porque no la aceptamos. Y cuando tú hablas de la parte de la muerte, a mí me pasó  
 0205 cuando estaba buscando libros en la feria del libro y yo le pido al señor “mire yo  
 0206 quiero algo que hable sobre la muerte”, me dijo “bicho bien lejos”... entonces tú te  
 0207 das cuenta que cuando a ti te nombran la palabra muerte, te asustas porque la  
 0208 identificas como que tú también te vas y así pasa en la universidad cuando se trata  
 0209 sobre el duelo, aunque se trate muy someramente y si lo tratan en alguna de las  
 0210 asignaturas y no continúas en eso, que es bien importante porque enfermería es una  
 0211 de las que está más cerca mañana tarde y noche y que permanecemos allí y que se  
 0212 toque ese aspecto y sigo insistiendo con la parte de la selección del estudiante y  
 0213 que se tome en consideración esa parte de la sensibilidad que te puede llevar a la  
 0214 parte de la empatía y colocarse en el lugar del otro en cuanto a sentimientos,  
 0215 entonces yo pienso que si se tocaran poco más esa parte del duelo y de la muerte...  
 0216 podría ayudar bastante a uno en cómo abordar o como afrontar yo me acuerdo  
 0217 cuando estudiamos en la manguita y había un docente que nos decía “la enfermera  
 0218 no puede llorar”... ves... “la enfermera no puede llorar”, y no, yo siempre discrepe  
 0219 de eso, porque si somos seres humanos y es una de las cosas que el familiar ve... y  
 0220 por supuesto tiene que ser cuidadosa de eso y se lo digo a mi hija de que eso  
 0221 después no te vaya a estar afectando emocionalmente y que te pueda influir de una  
 0222 u otra manera en tu vida personal, pero con el paso del tiempo eso pasa... pero, siiii,  
 0223 tú te llevas a veces eso para la casa y lloras y te angustias.

0224  
 0225 **La Entrevistadora:** 10) ¿Crees que en nuestras instituciones de salud existen las  
 0226 estrategias adecuadas para ayudar a los miembros del equipo de salud a superar sus  
 0227 propios duelos?

0228  
 0229 **La Entrevistada:** No, no, no... no existen porque a mi manera de ver la gerencia

0230 no está preparada, llámese gerencia médica o de enfermería, para enfrentar esto, no  
 0231 existe es un aspecto que de verdad no consideran y yo pienso que en la medida en  
 0232 que va pasando el tiempo como que se endurecen más las personas que están  
 0233 tratando al paciente ya sean la que están en cuidado directo o los que están en la  
 0234 parte gerencial. Por el mismo sistema de vida, o sea son personas que algunas te  
 0235 trabajarán en dos o tres sitios, mucho tiene su problema en casa, en el hogar y sin  
 0236 querer esto repercute, es una rutina la muerte en los hospitales, es una rutina, así  
 0237 como se nace se muere y si tú estás ante un hecho se repite y se repite eso se vuelve  
 0238 una rutina desde ese punto se lo digo o sea por eso es que creo que el personal se  
 0239 endurece y si te vas a la parte de los gerentes.. esteee.... no es común, vamos a  
 0240 decirlo así, que va a vivir el duelo de la manera como te lo vive una enfermera de  
 0241 cuidado directo, que está allí, que te conoce al paciente, desde que ingresa, desde  
 0242 que está allí, hasta que fallece paciente...A mi parecer creo que nos hacen falta  
 0243 talleres, convivencias, que se salga un poco de esa monotonía que hay en los  
 0244 centros asistenciales llámense públicos o privados. Tú estás viviendo diariamente  
 0245 pacientes con enfermedades terminales, pacientes que te fallecen. Bueno...vamos a  
 0246 organizarnos, vamos a ver de qué manera se pueden traer personas que sean  
 0247 especialistas en manejar todo lo que sea la parte del duelo como enfrentarlo okey,  
 0248 para ir como sensibilizando y no solo es la enfermera sino la parte del médico y  
 0249 también los camilleros y las camareras, es bien importante. Desde los primeros años  
 0250 se deben preparar a los estudiantes, no solamente de la vida, como no, pero la  
 0251 muerte también y cómo enfrentarla, en los primeros años y debería ser en todas las  
 0252 carreras que tengan que ver con ciencias de la salud, no solamente en enfermería.  
 0253 Otro elemento importante, que yo creo, es que ha perdido ese compañerismo entre  
 0254 los compañeros de trabajo, yo creo que no hay amor, no hay cariño...

0255  
 0256 **La Entrevistadora:** 11) ¿La actitud que se tenga ante la muerte influye al momento  
 0257 de hacer frente a situaciones de muerte y duelo en nuestros pacientes?  
 0258

0259 **La Entrevistada:** Si, como no, cuando tú estás preparado, siempre he pensado que  
 0260 la cultura del desapego es importante no sólo de lo material, claro esto involucra  
 0261 procesos de maduración porque no es fácil, y yo siempre lo comento con mi hija, no  
 0262 es fácil porque tú creces en una familia donde no te van a estar hablando de la  
 0263 muerte..." mira tú algún día ... y las mismas creencias que hacen tener un apego a  
 0264 tú existencia, vamos a decirlo así, y la muerte siempre es un tema que rehúyes, pero  
 0265 cuando comienzas como a madurar a fortalecer tu fe en Dios, a acercarse un poco  
 0266 más a él, verdad, eso te ayuda mucho como a tener más tranquilidad y a verlo como  
 0267 algo normal que va a suceder algún día... de repente... bueno yo he tenido  
 0268 pérdidas bien importantes y llega un momento en que te resistes... pero después  
 0269 llega un momento... esa fe esa creencia que tú tiene en Dios te ilumina y te dice  
 0270 cónchale... yo me acuerdo, y hago estas transiciones abruptas porque una cosa tiene  
 0271 que ver con la otra, recuerdo, que era día sábado y una compañera de nosotras, era  
 0272 técnico superior pero también trabajaba en atención inmediata y trabajaba en el  
 0273 turno de la noche, y me dijo licenciada ustedes tienen que aceptar que él se tiene  
 0274 que ir y todas esas cosas y me hecho el cuento de un compañero de ellos en un  
 0275 accidente y hubo un médico en el Carabobo que se los dijo no sigan aferrándolo a la

0276 vida por qué por eso es que no termina de irse, todas estas cosas, el médico les  
0277 habló bien bonito a todo de su compañero de atención inmediata... y en ese  
0278 momento cuando ella me habla así... que me agarra por la mano y me abrazó...  
0279 mire licenciada él tiene que irse, mientras más lo lloren y esa cosas y parece  
0280 mentira bueno yo en ese momento yo fui me retiré y me fui al cuarto de descanso  
0281 de la supervisora y lo primero que vi, así automáticamente, yo nunca me había  
0282 fijado que allí había un crucifijo y bueno, y es hablar y bueno, tú lo entregas y todo  
0283 eso y eso te alivia, eso te alivia y es vivir la muerte bien cerca aunque no te esté  
0284 pasando a ti, pero le está pasando a un hijo.  
0285

### ENTREVISTA N°3. GIRASOL: ENFERMERA

0001  
0002  
0003  
0004  
0005  
0006  
0007  
0008  
0009  
0010  
0011  
0012  
0013  
0014  
0015  
0016  
0017  
0018  
0019  
0020  
0021  
0022  
0023  
0024  
0025  
0026  
0027  
0028  
0029  
0030  
0031  
0032  
0033  
0034  
0035  
0036  
0037  
0038  
0039  
0040  
0041  
0042  
0043  
0044  
0045  
0046

**La Entrevistadora:** 1) ¿Qué experiencia de duelo y muerte recuerda que no haya podido olvidar?

**La Entrevistada:** Tengo muchas, muchas marcadas....recuerdo a un paciente, era un paciente masculino que era lupico, muy joven y recuerdo que él murió y yo ya no trabajaba en ese servicio y lo fui a visitar, ya no me hablaba solamente me tomo de la mano y me la apretó...sentí que fue como que se estaba despidiendo y aun recuerdo su nombre....era un hombre joven y muy bien parecido físicamente y me apretó la mano y siento que se despidió.....bueno eso fue hace como 19 años, empezando a trabajar fue un paciente que estaba en medicina B. Bueno y así con el transcurrir del tiempo también recuerdo a un paciente, cuando trabajaba en cirugía de hombres, un niño de 16 años, también viendo el núcleo familiar, el papá, la hermana preocupada, me vi que yo era la hermana y el muchachito era mi hermano que también tenía esa edad 16 años, y el papa preocupado, la mamá...o sea me vi como que ese núcleo familiar como que era el mío y entonces bueno cuando murió como que te quieres apartar para no verlos llorar, yo abrace a la hermana, la hermana me abrazó y llore y viví mi duelo... siempre a uno lo enseñan que uno tiene que ser... no familiarizarse tanto pero siempre, siempre pega,.....depende también hay pacientes que son más... que uno establece como más vínculo, más empatía y si uno va desarrollando con ellos todo el transcurso de su enfermedad, toda la evolución de su enfermedad, hasta que llega el fin por supuesto que te vas a encontrar como en un....Guuao...algo que te va hacer como que retumbar... A veces... fíjate lo que yo pienso.... “ay!... espero no estar cuando fallezca”...“espero no estar en ese momento”...huida ..... de hecho si estoy quizás lloro con el familiar... bueno te fuiste fulano... esa despedida interna que le das... son momentos de mucha tristeza... me acerco a dar consuelo... los abrazo pero... ¿qué les puedo decir ya?.....bueno mamita ya descanso...heee...ya hiciste lo que tu pudiste como hija o como mamá...la recompensa de Dios para ti....

**La Entrevistadora:** 2) ¿Qué siente usted ante la muerte?

**La Entrevistada:** Bueno un sentimiento como ..... de fin, algo que finaliza, no sabemos para donde va ese ser, si me da un sentimiento como de tristeza porque es alguien que ya no vamos a ver, que ya no va a estar en este mundo, en la vida pues, en la cotidianidad del ser humano, eso para mí es la muerte. No vamos a ver más a ese ser...la muerte es nefasta y más si la muerte es impactante por un accidente o algo así de imprevisto... es algo fuerte.

**La Entrevistadora:** 3) ¿Ha vivenciado la muerte de un ser querido?

**La entrevistada:** Si, sí, yo viví mi duelo con mi abuela, me pego muchísimo y aun, mi abuela murió hace diez años, en el año 97 murió mi abuela y yo todavía siento como una rabia...porque si estaba joven aún, tenía 62 años, estuviera aquí mi abuela, acompañándome, como estaría de chocha con sus bisnietos...siii todavía me pega y me da así como esa nostalgia. El 31 de diciembre la recordé y...bueno se me

0047 salieron las lágrimas, igual que ahora. Entonces claro es importante la  
 0048 espiritualidad, te fortalece, aunque tú en ese momento dices...pero Dios porque te  
 0049 la llevaste si estaba aún joven y nosotras la queremos tanto, tanto que teníamos que  
 0050 darle...y entonces sientes esa molestia como con dios...yo soy muy creyente pero  
 0051 sentí ese disgusto como con Dios...y a la vez le daba gracias a Dios porque mi  
 0052 abuela no sufrió tanto con su enfermedad, ella tenía un cáncer de vías biliares y se  
 0053 le diagnostico y gusto a los tres meses como me dijo el doctor, prepara todo y esto  
 0054 es así y así...al momento dije y bueno quien es este, este no es dios para decir que  
 0055 mi abuela se va a morir a los tres meses....pero bueno la experiencia...el doctor no  
 0056 se equivoco, justo a los tres meses y quince días murió mi abuela.  
 0057

0058 **La Entrevistadora:** 4) ¿Y qué sentimiento emergieron allí?  
 0059

0060 **La Entrevistada:** Bueno... el de mi abuela si.... yo la recuerdo... y a veces  
 0061 quisiera que estuviera con nosotros... y si me doblego, me pongo sentimental al  
 0062 recordarla... pero bueno yo he seguido la vida... o sea tengo ya mis hijos, que  
 0063 están pequeños, me casé y me gradué al año siguiente que mi abuela murió....  
 0064 bueno en ese momento aprendí que la vida continúa.... la vida no se detiene pienso  
 0065 yo el tiempo no se detiene para decir bueno a fulana se le murió la abuela vamos a  
 0066 esperar que ella pase.... Nooo, la vida continúa, yo al día siguiente tuve que ir a la  
 0067 Universidad, el día jueves la enterramos y el día viernes tuve que ir a la  
 0068 Universidad, entonces allí aprendí que el tiempo no se detiene y yo no me puedo  
 0069 quedar aquí porque me falta un año para graduarme, entonces bueno si, quizás  
 0070 disminuí las notas, pero si me casé... la vida continúa pienso que siempre hay que  
 0071 recordar a los seres que se fueron, recordarlos y tenerlos siempre presente, bueno  
 0072 como te digo yo recuerdo a todos mis pacientes que murieron, recuerdo a una  
 0073 paciente lúpica que murió hace dos años, ahorita en mayo hace tres años que murió,  
 0074 ella me mandó a llamar, yo estaba de reposo postnatal, y ella en su delirio  
 0075 preguntaba, porque siempre llegaba yo y cuando necesitaba ponerse la inyección de  
 0076 "endosan", yo siempre se la ponía, entonces también esa ayuda, porque imagínate,  
 0077 llega el pobre paciente al hospital con toda la crisis que hay, entonces bueno, uno le  
 0078 presta también ese apoyo, siento yo; yo creo que es esa característica de mi  
 0079 personalidad... propias de mi personalidad yo establecí como que mucho rapport  
 0080 con ella y con otras también, y por eso, me están llamando siempre... bueno me  
 0081 llamó la mamá y me dijo "mira girasol tú sabes que mi hija está hospitalizada" y  
 0082 ella no se, ha todo el mundo le preguntaba por mí, entonces ella cuando tuvo la  
 0083 encefalopatía lúpica que recayó, no reconocía nadie pero a todo el mundo le  
 0084 preguntaba: " mira y girasol", mi hija había estado enferma, y ella preguntaba  
 0085 "cómo seguirá la hija de girasol"... entonces yo le dije: "no te preocupes yo voy a  
 0086 ir" "déjame ver si puedo ir mañana"... entonces okey, yo fui y murió como a los  
 0087 dos día... lo único, que no pude ir al entierro, pero te confieso que lo he hecho.  
 0088

0089 Heee.... Bueno, imagínate... los compañeros de trabajo.... cómo te  
 0090 sientes... cómo quedó tu mamá... pero si.... por más que... tú te tratas de adaptar  
 0091 verdad?... nuevamente... pero te sientes como que fuera de espacio... fuera de  
 0092 lugar... si, me tuve que decir, bueno girasol estas trabajando... como que centrarme

0093 y continuar, después, cuando llegaba a la casa, el vacío...una de mis compañeras  
 0094 se acerco y me dijo bueno Girasol tienes que continuar, darle apoyo a tu mamá,  
 0095 tiene que seguir estudiando, tú estás estudiando.... la otra... como está su mamá...  
 0096 cómo se siente... pero sólo en ese momento... después se olvidó. Yo pienso que es  
 0097 esa parte como de humanidad que no se ve entre compañeros, ahora no, antes había  
 0098 cómo más familiaridad

0099

0100 **La Entrevistadora:** 5) ¿Por qué crees que uno se encariña mas con un paciente que  
 0101 con otro?

0102

0103 **La Entrevistada:** Bueno no sé a lo mejor la edad del paciente, tal vez el sexo, la  
 0104 responsabilidad que tenga ese paciente en el núcleo familiar si es un hijo, si es el  
 0105 papá, si es la mamá, si es la abuela de ese núcleo familiar que uno ve que la familia  
 0106 también lo quiere lo van a visitar, entonces..guuao se le murió la abuelita...bueno se  
 0107 te murió la abuelita... se te murió tu mama...y entonces ese sentimientos también  
 0108 de que va ser de esos niños si están pequeños . Yo creo que siempre van como que  
 0109 mezclándose todos esos sentimientos y nosotras los vamos...estee... como  
 0110 ocultando...porque no sabemos qué hacer con ellos.

0111

0112 **La Entrevistadora:** 6) ¿Crees que esas vivencias de duelo y muerte afecten otros  
 0113 espacios de tu vida personal?

0114

0115 **La Entrevistada:** Bueno, a veces cuando llegas a la casa y tú te has enfrentado a  
 0116 eso, pareciera que quieres abrazar mas a tu mamá, a tu papá a tus hermanos, por lo  
 0117 menos esa vez que ese paciente lo compare con mi hermano que también tenía 16  
 0118 años, sientes como que quieres mas a tu familia y a la vez me ha hecho saber o  
 0119 conocer que estamos como que de paso y que mañana o pasado nos vamos a  
 0120 enfrentar a la muerte, tanto de nosotros o de algún familiar... ya ahora sí, no sé si es  
 0121 de tanto enfrentarme a la muerte, que oigo a alguien llorando... ha! Alguien se  
 0122 murió...me provoca llorar, me erizo, me da escalofríos, pero no sé, como que ya no  
 0123 puedo llorar... creo que si te afecta...hubo un tiempo en que todos los procesos  
 0124 virales habidos y por haber me agarraban... Otras veces me siento muy cargada y  
 0125 llego a mi casa y como que reflexiono y entonces me hecho un baño y trato de vivir  
 0126 mi realidad, le cuento lo que me pasó a mí esposo o a mi mamá... ay mamá usted  
 0127 sabe me pasó esto, el paciente fulanito falleció... me desahogo con ellos,  
 0128 contándoles....

0129

0130 **La Entrevistadora:** 7) ¿Crees que en esos momentos es importante la parte  
 0131 religiosa o espiritual?

0132

0133 **La Entrevistadora:** Siempre trato de darle eso a manera de consuelo, hiciste todo  
 0134 cuanto pudiste, ya Dios se lo quiso llevar...o sea siempre les pongo a Dios, la parte  
 0135 religiosa, aunque no soy muy religiosa pero si tengo mis principios católicos,  
 0136 entonces trato de hablarles de Dios, porque siento que ellos lo necesitan.

0137

0138

0139  
 0140  
 0141  
 0142  
 0143  
 0144  
 0145  
 0146  
 0147  
 0148  
 0149  
 0153  
 0154  
 0155  
 0156  
 0157  
 0158  
 0159  
 0160  
 0161  
 0162  
 0163  
 0164  
 0165  
 0166  
 0167  
 0168  
 0169  
 0170  
 0171  
 0172  
 0173  
 0174  
 0175  
 0176  
 0177  
 0178  
 0179  
 0180  
 0181  
 0182  
 0183  
 0184  
 0185  
 0186  
 0187

**La Entrevistadora:** 8) ¿Crees que los miembros del equipo de salud estén preparados para ayudar a los pacientes a superar sus duelos?

**La Entrevistada:** No eso se aprende.... quizás que yo recuerde en clase la parte ética, pero a enfermería no, de hecho cuando trabajé en cardiología quien decía o daba las condiciones del paciente era el médicos, los cuales no están preparados para hacer frente a eso... es más ellos también empiezan “quien se lo dice” “yo no se lo digo” “díselo tú”... se esconden, bueno voy a salir, como que se arman de valor respiran profundo y van... porque tampoco sabemos cómo va a reaccionar el familiar... hay familiares que empiezan a gritar o que te caen a golpes en su desespero y su reacción es caerte a golpes... usted lo mató... qué le pusiste... la medicación no era la apropiada... bueno parte de la etapa de la negación... entonces no, de verdad, de verdad, no estamos preparados para enfrentar eso.... se aprende o uno toma o agarra el canal o más bien la forma como uno se va a desenvolver por su experiencia o por su personalidad por lo que uno cree, yo siempre salgo y le doy un apretón al familiar... entiendes.... pienso que esa parte es ya lo humano... uno se desdobra y ya no eres él profesional si no que eres el ser humano que está allí.

**La Entrevistadora:** 9) Entonces, ¿crees que hace falta prepararnos para ello?

**La Entrevistada:** Claro,... por supuesto que sí, buscar una forma para saber cómo lo vamos a enfrentar. Mira yo pienso que en nuestro gremio se ha perdido mucho la parte de ética de principios y valores... porque... si no pisamos la cola entre nosotras mismas, si entre nosotras mismas nos hacemos daño entre colegas y profesionales... cómo vamos a enfrentarlo con otro ser humano... que a veces... hay muchas colegas que son.... no sé si es porque tienen problemas en su casa, o la misma rutina del hospital, pues en el hospital no es fácil, yo te digo, yo trabajo en el hospital y hay demasiadas carencias, que tú sientes que no hayas que hacer y a veces hasta caminas más, peleas más por el paciente.... porque hay como una apatía, entonces...si... como vamos a enfrentarnos a ese tema... no se... como te digo si nosotras mismas nos hacemos daño y vivimos “este cargo es para mí” “ésta no trabaja” “ esta es floja”... qué sé yo... pendientes de no sé qué cosa y no están pendientes del cuidado del paciente en sí.

**La Entrevistadora:** 10) ¿Crees tú que el hecho de poder superar nuestros propios duelos pueda ayudarnos a brindar un mejor cuidado a nuestros paciente en duelo?

**La Entrevistada:** Bueno mira.... un caso reciente en traumatología un muchachito de 16 años que perdió una pierna y más cuando uno sabe que hubo negligencia entonces hay muchos sentimientos encontrados... bueno para que estudio este?... para que está ejerciendo? y entonces tratas como de no opinar... bueno yo particularmente no opino a voz populi mucho menos ante pacientes o familiares.... pero sí por lo menos la parte del consuelo... mira gracias a Dios que

0188 estás vivo y fue esto y no perdiste la vida... pero el personal no está consciente de  
 0189 que el paciente está viviendo un duelo, ni sus familiares, solamente a la hora de la  
 0190 entrega lo que se comenta es “mira tan jovencito” ...eso nada más... la parte  
 0191 espiritual emocional no se lleva para nada, para nada... a veces te das cuenta de que  
 0192 está afectada la parte emocional psicológica y aunque quieras tratarlo no te da  
 0193 tiempo, una sola profesional con 46 pacientes, allí está también esa parte, que uno  
 0193 no se puede abocar a todo, con 46 problema,46 patologías... y... me entiendes?...  
 0194 me explico?

0195  
 0196 **La Entrevistadora:** 11) ¿Crees tú que la cultura, la familia, nuestras creencias  
 0197 sobre la muerte, influyan al momento de hacer frente a situaciones de duelo y  
 0198 muerte?

0199  
 0200 **La Entrevistada:** Yo creo que, en sí, en sí, no estamos preparados.... y no te sé  
 0201 decir cómo haríamos para prepararnos... porque cuando alguien nace todo es  
 0202 alegría, pero cuando muere todo es tristeza, todo es llanto, yo creo que es porque es  
 0203 la parte tan nefasta y tan cruel de ese adiós... hasta aquí ...

0204  
 0205 **La Entrevistadora:** 12) ¿Que herramientas te da tu institución para que tú como  
 0206 miembro del equipo de salud te enfrentes esas situaciones?

0207  
 0208 **La Entrevistada:** Ahorita no hay nada de eso y por supuesto que me gustaría que  
 0209 las hubiesen, antes daban talleres, charlas, entre uno mismo se organizaba.

0210  
 0211 **La Entrevistadora:** ¿Cómo cree usted que debería estar conformado un buen  
 0212 equipo para el manejo del duelo y la muerte?

0213  
 0214 **La entrevistada:** En un buen equipo, para mí, debería estar presentes un sacerdote,  
 0215 bueno dependiendo de la religión de la persona si son evangélicos un pastor, si son  
 testigos de Jehová su ministro y así...un psicólogo para que maneje la parte  
 emocional y por supuesto el médico y la enfermera especialistas en el área

**ENTREVISTA N°4. LIRIO: (ENFERMERA)**

0001  
0002  
0003  
0004  
0005  
0006  
0007  
0008  
0009  
0010  
0011  
0012  
0013  
0014  
0015  
0016  
0017  
0018  
0019  
0020  
0021  
0022  
0023  
0024  
0025  
0026  
0027  
**0028**  
**0029**  
**0030**  
0031  
0032  
0033  
0034  
0035  
0036  
0037  
0038  
0039  
0040  
0041  
0042  
0043  
0044  
0045  
0046

**La Entrevistadora:** 1) ¿Qué experiencia de duelo y muerte recuerda que no haya podido olvidar?

**La Entrevistada:** Yéndonos al plano del área hospitalaria yo pienso que nosotros tomamos la muerte desde diferentes puntos de vista, no deberíamos diferenciarla pero si sucede, uno como trabajador la diferencia de esa manera, a veces la persona está muy grave y uno considera que la muerte va a venir en cualquier momento, y es como si en ese momento no percibieras el dolor que pudiera estar sintiendo otra persona, eso sucede a veces. Lo otro sucede cuando la persona que tenemos y sabemos que se va a recuperar, que tiene una estadía larga, que esa persona no se va a morir que va a salir o que te encariñas mucho con ella, entonces allí yo particularmente pienso que si he sentido ese duelo, de no aceptar que esa persona se va morir y que yo pensaba que salía, dependiendo de las condiciones pero que si podía salir, y se genera un duelo en uno mismo y en los familiares por supuesto, más aún.

Mira... hay muchas, recuerdo un paciente que era el papá de un colega con una cirugía cardiovascular, el había superado varios infartos y de verdad que estábamos bien contentos porque a pasar del tiempo que había tardado allí, la permanencia, le había dado otro infarto estando adentro y ya de hecho había egresado a su hogar y de repente nos llaman y nos dicen que había fallecido, y eso nos impacto bastante porque si él estaba bien, que era lo que le faltaba estando tanto tiempo acá, con todo el tratamiento, ya él iba a su casa a recuperarse y falleció.

**La Entrevistadora:** 2) ¿Qué siente usted ante la muerte?

**La Entrevistada:** Yo pienso que la muerte en primer lugar es algo natural, es sorprendente porque esa persona ya no va a estar con nosotros, pero es algo natural porque todos vamos para allá, sin embargo no es fácil aceptar la muerte porque ese ser humano ya no va a estar con los seres que lo quieren, va a estar en otro nivel....(hace una pausa)... Para nosotros los católicos vamos a ver Dios y eso depende si uno se porto bien o se porto mal. Y aunque es algo natural nosotros nunca vamos a estar preparados para eso, porque es un vacío que nos va a dejar y al pensar también en las personas que se les muere un familiar, es un vacío que les deja, y que pareciera que nunca la persona o nosotros vamos a superar ese momento, por esa persona que se fue, aunque la muerte es algo natural como te mencionaba anteriormente. Las más que recuerdo así..... es como que a medida... es como tu etapa en la vida pues, yo siento que hubo una inmadurez de cuando empecé a la madurez actual. Las primeras eran como que no...si las percibía pero no las tomaba mucho en cuenta, claro sentía el dolor, pero para los familiares no me ajustaba más a ellos, a darles ese consejo. Estando en la unidad, que tengo ya 11 años, en la unidad de cuidados intensivos, he vivido más de cerca la muerte porque, como quien dice, se mueren más rápido, es un área crítica, entonces sí, siento que tanto yo como el equipo de salud hemos vivido la experiencia de la muerte muy de cerca y nos ha marcado bastante y el hecho de tener familiares que han estado en

0047 esas condiciones eso también te marca y ante eso como que... yo no sé que sentí...o  
 0048 sea, como te digo, como una tristeza y a la vez...no,...no sé, no te sé explicar que es  
 0049 lo que se siente. Pero si me afecto...pase días muy triste

0050

0051 **La Entrevistadora:** 3) ¿Qué sentiría usted ante la inminencia de su propia muerte?

0052

0053 **La Entrevistada:** En cierto modo no, no me genera temor, pienso que debemos  
 0054 estar preparados para la muerte, hay que estar preparados. Reflexionar en aquello  
 0055 que pueda pasar nos puede ayudar mucho, es como,... no sé,...no sé,... planear,  
 0056 planificar de que manera nosotros podemos reaccionar ante el duelo o ante la  
 0057 muerte, sin embargo considero que es muy inespecífico, aunque tú lo planees, tú no  
 0058 sabes de qué manera puedes reaccionar.

0059

0060

0061

**La Entrevistadora:** 4) ¿Ha vivenciado la muerte de un ser querido?

0062

0063 **La Entrevistada:** Con mi hermana yo sabía que iba a morir porque a ella le dio  
 0064 un ACV hemorrágico, fue ingresada en una clínica y allí no había las posibilidades  
 0065 de entubarla y cuando me doy cuenta de que no había una unidad de cuidados  
 0066 intensivos ¡ no había nada! yo le digo a la doctora... Usted que va hacer cuando  
 0067 ella caiga en paro porque aquí no tiene donde conectarla...y entonces le dije que me  
 0068 la diera para llevármela para el hospital de san Cristóbal y bueno yo ya sabía que mi  
 0069 hermana iba mal, ya neurológicamente estaba todo decaído. Pero yo quería que  
 0070 hicieran algo por ella, por lo menos que la entubaran, que le colocaron una  
 0071 ventilación mecánica, que se hizo algo y entonces después veía que le vamos hacer  
 0072 una tomografía, le vamos hacer aquello y nunca le hacían nada...le dije a la doctora  
 0073 dígame exactamente, yo se las condiciones de ella. Sin embargo en esos momentos,  
 0074 en los primeros instantes yo la vi siempre como un paciente, no la vi como mi  
 0075 hermana y después bueno, me centre más, porque yo veía los signos que se estaban  
 0076 deteriorando, la escala esta baja, pero después me fui mas a la parte... y entonces  
 0077 me dije, no, está sufriendo y hable con ella pues. Entonces también es esa parte, es  
 0078 hablar con el familiar y con el paciente, porque a veces decimos bueno algo está  
 0079 pasando que la persona no descansa, necesita algo, ver a alguien, necesita de un  
 0080 apoyo espiritual entonces también se recomienda eso, como te digo no todo el  
 0081 mundo hace lo mismo porque no es importante eso depende de si la religión es  
 0082 importante para ti o no lo es.

0083

0084

**La Entrevistadora:** 5) ¿Cómo se siente usted que superó ese duelo?

0085

0086

0087

0088

0089

0090

0091

0092

**La Entrevistada:** Bueno totalmente, totalmente no. Al principio me costó  
 bastante superarlo y manejarlo. Sin embargo ahora trato de acercarme más.... Eso  
 que te decía que uno se pierde en cierto modo con algunas personas donde es más  
 trágica la situación, donde tú ves que esta persona está totalmente desconsolada,  
 hacia esa persona todavía hay ese aislamiento, para mí acercarme es difícil, yo  
 considero que no sé qué decirle. Para otras personas es más fácil, las situaciones no  
 son iguales son totalmente diferentes unas de otras, a veces uno se plantea un  
 panorama muy amplio y la persona llega más tranquila y no pasa nada pero como te

0093 digo pienso que si debería haber una preparación para el personal.

0094

0095 **La Entrevistadora:** 6) ¿Cuándo viviste la experiencia de la muerte de tu hermana  
0096 como sentiste el apoyo de la institución y el de los compañeros de la unidad?

0097

0098 **La Entrevistada:** Es la actitud que toman hacia los mismos familiares de los  
0099 pacientes...indiferentes. Unas más que otras... pero no hubo ese apoyo. Me sentí  
0100 muy mal porque en ese duelo que yo tuve ninguna de mis compañeras me  
0101 acompaño, mis compañeras de grupo de trabajo ninguna se acercó, ninguna me  
0102 acompaño y eso a mí me hizo sentir bastante mal. Y cuando llego a la unidad  
0103 tampoco fue así... no hubo esa afectividad. Y bueno a pesar del mes que tuve de  
0104 vacaciones llegar ahí fue lo peor, cada vez que se moría un paciente yo revivía lo  
0105 de mi hermana y lloraba y por supuesto no podía ayudar a la familia porque no tenía  
0106 las herramientas y no podía.

0107

0108 **La Entrevistadora:** 7) ¿Que sientes cuando experimentas esos sentimientos de  
0109 duelo por tus pacientes?

0110

0111 **La Entrevistada:** A veces uno dijera “No, aquí nadie tiene sentimientos”, pero si  
0112 se notan los sentimientos del personal, porque... de hecho uno trata de ir a donde  
0113 los familiares o si no los llama por teléfono, siempre se ve esa preocupación en el  
0114 equipo, en su mayoría, algunos quedaran rezagados y no porque no lo sientan sino  
0115 por las múltiples actividades que puedan tener. Pero si se siente que hay un  
0116 ambiente así de tristeza, porque es una persona que ha estado con uno mucho  
0117 tiempo y uno considera que ya está en su casa que está bien o allí mismo... nos  
0118 paso un caso con un muchacho que tuvo un accidente de tránsito, tiene 16 años (el  
0119 no ha muerto), pero cada vez que él se complicaba todos nos sentíamos así como  
0120 acorralados y no queríamos ver a los familiares porque no hallábamos que decirles  
0121 y esa fue una vivencia bastante fuerte para nosotros, todo el que llegaba preguntaba  
0122 por él. (Hace una pausa)...y bueno yo particularmente al final todo lo dejo en  
0123 manos de Dios, porque bueno a lo mejor esa fue su decisión, yo pienso que Dios  
0124 nos tiene un plan y que uno no puede luchar contra eso, independientemente que  
0125 sea algo inesperado o que sea progresivo.

0126

0127 **La Entrevistadora:** 8) ¿Cómo sabes que estás viviendo un duelo?

0128

0129 **La Entrevistada:** Por el mismo trato que uno le da al paciente, el esmero por  
0130 atenderlo, el esmero por cumplirle todo lo que esté al alcance para salvarle la vida,  
0131 no es que con la otra persona no se dé, tú haces lo mismo, pero siempre hay un  
0132 sentimiento distinto de una persona que uno dice “aja ella está en etapa terminal y  
0133 ya no se puede hacer nada por ella”; a otra persona por la que nosotros luchamos  
0134 porque tiene posibilidades de salir y que de repente esas posibilidades se vieron  
0135 truncadas pues a pesar de todo lo que se pudo hacer esa persona no salió.

0136

0137 **La Entrevistadora:** 9) Recapitulando, usted me dice que cuando el diagnóstico es  
0138 de un paciente terminal, en tu caso, no se genera el mismo sentimiento que cuando

0139 el paciente no tiene un diagnostico terminal?

0140

0141

0142

0143

0144

0145

0146

0147

0148

0149

0150

0151

0152

0153

0154

0155

**La Entrevistada:** No exactamente, sino que están las etapas del duelo cuando las personas no aceptan la enfermedad nosotros el personal no aceptamos la muerte, yo considero, es lo que he pensado lo que he visto que cuando la persona está en una etapa terminal, te pongo un ejemplo, un paciente que nos llega ya con muerte cerebral y que sabemos que no va a salir de ese estado, siento que el duelo no es tan vivencial como una persona que tiene una larga estadía, que se ha hecho todo lo posible por recuperarlo y que al final no sale pues, he vivido esa angustia esa sensación, ese momento de desespero, de impotencia, de temor. Si se establece el vínculo con los familiares, es algo mas afectivo porque es algo inesperado, bueno en este caso de muerte cerebral, es algo muy inesperado y ese duelo si lo vive uno realmente es con el familiar, el comprenderlo porque es una persona que no tuvo las posibilidades de comunicarse, de tener una larga estadía y entonces, por supuesto la desesperación, la negación de no aceptar que su familiar se va a morir, eso si a mí me causa bastante sensibilidad y entonces es el apoyo que se le da más al familiar.

0156

0157

0158

0159

**La Entrevistadora:** 10) A qué crees usted que se deba el hecho de que el personal de la salud, cuando se enfrente a situaciones de duelo y muerte o a situaciones difíciles como la que me planteaste, trate de alejarse y no quiera enfrentarlo?

0160

0161

0162

0163

0164

0165

0166

0167

0168

0169

0170

0171

0172

0173

0174

0175

0176

0177

0178

0179

0180

**La Entrevistada:** Mira la verdad es que yo he estado siempre dándole vuelta a todo eso, de hecho no hace mucho un paciente falleció y entonces yo me preguntaba a mi misma... Si uno siente el duelo, porque uno siente el dolor por el paciente claro no igual a lo que el familiar está sintiendo pero uno siente esa muerte, pero yo no sé porque se torna tan difícil ese acercamiento, si te acercas pero es como... no sé... como que no hay palabras de consuelo para ese familiar, yo no sé lo siento así. Otro aspecto importante es como tomamos la muerte como hecho en sí, he escuchado decir que cuando permitimos que un paciente fallezca estamos fracasando como profesionales, aunque yo no comparto mucho ese criterio sí creo que esto hace que nos alejemos.... (Hace una pausa) .... No hemos recibido formación para enfrentar el duelo y la muerte aunque no es el conocimiento, tú tienes el sentimiento, porque de hecho uno ve que viene el familiar y uno como que se esconde... es que como... ¿qué le digo? y también es el hecho de que uno le teme a la reacción del familiar y es por eso que notificarle la muerte al familiar eso es una acción médica, bueno uno siempre dice eso, porque se torna como difícil o es que uno dice bueno el médico es más duro que se lo diga él. Pero decirlo nosotros mismo es fuerte, no saber cómo enfrentarlo y no saber cómo va a reaccionar la persona, si va ser agresivo, porque hay personas que su duelo empieza así con agresividad entonces uno tiene temor a eso, a esa agresividad que pueda manifestar el familiar.

0181

0182

0183

0184

**La Entrevistadora:** 11) ¿A qué crees tú que se deba que nos “encariñemos” más con un paciente que con otro?

0185 **La Entrevistada:** Mira no sé...debería ser para todos iguales, el mismo  
 0186 afecto...con este creo que fue que era muy jovencito... tiene una vida por delante y  
 0187 uno ve la angustia de los padres.... Pero esta la otra parte...uno se detiene a  
 0188 pensar... pero bueno hay que comprender que este paciente está en un área crítica y  
 0189 para los familiares área crítica es sinónimo de muerte y entonces se torna ansioso,  
 0190 preocupado y su manera de reflejarlo es la agresividad hacia nosotros. Y lo otro es  
 0191 que nosotras como enfermeras no nos cuidamos porque nosotras nos llenamos de  
 0192 los duelos de todos y llega un momento en que no es la mejor manera de drenar eso,  
 0193 no hay vía de escape y cuando explotas, explotas con el que menos debes, con el  
 0193 paciente o con los familiares y a veces hasta con tus colegas. Nosotros hemos  
 0194 vivido situaciones bastante extremas con nosotros mismos porque nos tratamos  
 0195 como si tuviéramos problemas personales y no tiene nada que ver con nosotros,  
 0196 pero es tanto a veces las situaciones estresantes que se viven el área que no nos  
 0197 damos cuenta de eso, no nos damos cuenta a veces que estamos sumergidos en unas  
 0198 situaciones que continuamente nos están afectando por el estrés que se vive, las  
 0199 personas que trabajamos allí a veces no nos damos cuenta que esa es un área  
 0200 estresante y cuando nos damos cuenta es porque tenemos una situación que nos  
 0201 embarga a toditos y que estamos que ninguno nos podemos ver... necesitamos  
 0202 ayuda para eso... y es como que las personas no ven eso..es como si nosotras las  
 0203 enfermeras no fuéramos personas también, eso es lo que veo a veces de los demás,  
 0204 que no nos ven como seres humanos sino que “usted es enfermera y usted tiene que  
 0205 actuar y usted tiene que cuidar y usted tiene que ser sensible”. Aja!....pero donde  
 0206 está la sensibilidad para mi, mi cuidado para mí...eso no se ve y entonces eso nos  
 0207 hace trabajar mal, nos hace tener enemistades, nos hace que choquemos en  
 0208 cualquier momento y es tanto el estrés y los roces, que a veces no te provoca ir a  
 0209 trabajar, porque trabaja uno muy mal. Yo creo que nos hace falta preparación para  
 0210 enfrentarnos a esas situaciones y poder brindar un buen apoyo.

0211  
 0212 **La Entrevistadora:** 12) ¿En alguna oportunidad les han dado un taller o curso  
 0213 sobre el manejo del duelo y la muerte?

0214  
 0215 **La Entrevistada:** Creo que se debe preparar al equipo de salud para el manejo  
 0216 del paciente o de los familiares cuando vivencian procesos de duelo, yo pienso que  
 0217 se pudieran hacer talleres, donde se incluyan a todos los miembros del equipo de  
 0218 salud, porque no somos solamente nosotros, son los médicos, a veces nos ponemos,  
 0219 ah ok se murió, ¿quién se lo va a decir?... yo! , a mi me da miedo... pero porque  
 0220 yo?... bueno que se lo diga fulano (a) que tiene la cara así de grande, que es más  
 0221 fuerte, que no le tiene miedo a nada. Nosotros caemos en ese dilema a veces,  
 0222 porque más que bien hay buenas relaciones entre los miembros del equipo de la  
 0223 UCI. Bueno y aquí hay otro aspecto importante y es que cuando sabemos que el  
 0224 paciente no va a salir cualquiera del equipo sale y habla con los familiares y les  
 0225 explica las condiciones del paciente para que como que se vaya preparando y no le  
 0226 caiga así de sorpresa. Entonces se sale y se le dice que está en delicadas  
 0227 condiciones, que no responde al tratamiento, que los signos vitales están bastante  
 0228 mal, sin embargo, bueno, tiene sus aparatos.... Y bueno particularmente tenemos  
 0229 unas que nos vamos más a la parte de la religión.

0230 **La Entrevistadora:** 13) ¿Usted cree que la religión y/o la espiritualidad es  
0231 importante cuando se manejan situaciones de duelo y muerte?  
0232

0233 **La Entrevistada:** Yo pienso que si... independientemente de la religión que  
0234 profese cada persona, yo pienso que es muy importante en esta etapa, porque los va  
0235 a fortalecer y que la persona, el familiar no solamente ponga su empeño en la parte  
0236 humana, que es solamente el médico el que lo va a salvar, que no puede dejarlo  
0237 morir, él tiene que ver que hay dos planos, que hay un plano espiritual y uno  
0238 netamente humano y que tiene que pensar que por muchas cosas que haga el  
0239 médico que se esmere y nosotras las enfermeras esmerarnos por brindar esos  
0240 cuidados para que el paciente salga, no solamente está en manos de nosotros,  
0241 nosotros podemos colaborar con nuestras acciones verdad, pero a la final quien  
0242 decide es Dios. Cuando yo viví la experiencia con mi hermana pienso que si  
0243 estamos muy alejados de ese apoyo al familiar, me sentí muy sola en ese momento,  
0244 entonces decía... no hay nadie que te diga nada...entonces eso sí he tratado de  
0245 llevarlo a la unidad donde yo trabajo porque yo digo... el debe sentir lo mismo...  
0246  
0247  
0248  
0249

0250 **La Entrevistadora:** 14) ¿El hecho de que el personal de salud este enfrentado  
0251 constantemente con estas situaciones de duelo y muerte podría traerles como  
0252 consecuencia alteraciones somáticas y/o actitudinales?  
0253

0254 **La Entrevistada:** Si... mira yo digo que todos somos seres humanos y uno no  
0255 escapa a esa realidad, tiene que afectarte, te disminuye el sistema inmunológico y  
0256 será por eso nos la pasamos con tantos achaques, pero siempre se lo atribuimos a  
0257 otras cosas..... a veces entre nosotros mismos en la unidad siempre ponemos  
0258 nuestras pautas... si yo llego a estar aquí me vas a tratar así...me colocas esto...  
0259 Estas pendiente de mis familiares... porque tenemos muchas debilidades y sin  
0260 embargo no hemos tratado de mejorarlas, pero si exigimos a la hora que estemos  
0261 como queremos que nos traten y como queremos que traten a nuestros familiares, y  
0262 eso lo vemos mucho... una dice mira yo quiero que cuando este aquí me hagas esto,  
0263 aquello y lo otro, que estés pendiente de mis familiares, que le expliques las cosas  
0264 porque "ustedes aquí no explican"...nosotros no nos incluimos porque yo tampoco  
0265 explico....No sé, yo no sé si se le restará importancia, o cada quien lo maneja como  
0266 él considera que lo puede manejar pues.  
0267

0268 **La Entrevistadora:** 15) Crees que tenga que ver con el rechazo a la muerte, en la  
0269 medida que rechazemos la muerte, no le hacemos caso, no existe, no hablamos de  
0270 ella en esa medida vamos a vivir eternamente?  
0271

0272 **La Entrevistada:** Si yo pienso que si... porque es como que la situación se  
0273 olvida. A veces el familiar te ve como... "esa persona no tiene sentimientos",  
0274 porque a veces no nos cuidamos de eso también, por ejemplo, fallece un paciente,  
0275 hay unas que son mas precavidas que otras, si viene el familiar por lo menos apaga

- 0276 la radio o muestra una actitud de que estamos sintiendo que el paciente este ahí, que  
 0277 la estamos acompañando en su dolor. Sin embargo hay otras compañeras que no lo  
 0278 toman en cuenta, no porque no lo sientan, sino que es como una manera de escape  
 0279 de evadir la situación.
- 0280 Yo pienso que ninguna persona está preparada para la muerte, porque así como se  
 0281 ven esas situaciones en el hospital que se muere una persona y esta ese momento de  
 0282 duelo pero en cinco días eso como que no paso, eso sucede en la sociedad. Y te lo  
 0283 digo porque ok se murió una persona en la esquina, vivieron tres días de duelo y al  
 0284 quinto día las personas de la otra casa monta un escenario una fiesta y no es por  
 0285 mortificar a los vecinos si no que como que se le olvido ya y punto. Pienso que  
 0286 ahorita la muerte no está siendo tomada en cuenta por las personas, la muerte se  
 0287 está viendo ahorita como algo muy natural, que en el momento pega, te entristece,  
 0288 pero que ya a la semana como que paso y ya. No te creas yo he meditado mucho  
 0289 sobre la muerte también... yo digo...cuando se muere un familiar hay muchas  
 0290 personas que tu las ves con un “show”, o “pataleta”, o es ese sentimiento de apego  
 0291 con la persona que murió que tú piensas que se va a morir y al mes o dos meses es  
 0292 como si no hubiese pasado nada. Entonces uno dice “esta persona nunca va a  
 0293 superar eso”. Meditando yo, desde el punto de vista de la religión debe ser que dios  
 0294 le da a uno ese fortalecimiento para seguir adelante, es la única explicación que yo  
 0295 le doy.
- 0296 Pienso que la cultura es muy importante y el acercamiento con la persona fallecida,  
 0297 porque nosotros somos siete hermanos y cuando mi hermana murió el sentimiento  
 0298 de mis dos hermanas más pequeñas nosotros consideramos que no fue el mismo que  
 0299 el de nosotros que somos los mayores, mi hermana era la mayor de todos, y como  
 0300 había un alejamiento así...ella duro muchos años viviendo lejos de nosotros...  
 0301 bueno, para nosotros los mayores...particularmente a mí me ha pegado mucho  
 0302 porque vivimos más de cerca, fuimos mas unidas; y entonces también depende de  
 0303 ese acercamiento que tengas tu con la persona, la convivencia, el trato, que viviste  
 0303 más de cerca pues, porque aunque sea tu hermano a lo mejor si duraste diez años  
 0304 que no lo veías, no compartiste con él, te pego, pero a lo mejor ya, se olvido.  
 0305
- 0306 **La Entrevistadora:** 16) ¿Cual crees tú que sea la herramienta fundamental que  
 0307 necesitamos como equipo de salud para poder ayudar a nuestros pacientes y  
 0308 ayudarnos nosotros mismos cuando hacemos frente a situaciones de duelo y  
 0309 muerte?  
 0310
- 0311 **La Entrevistada:** Mira yo pienso que uno nunca debe perder la sensibilidad... lo  
 0312 humano, esa parte humana de la persona para poder comprender a la otra, yo  
 0313 siempre les digo a mis estudiantes que hay que ponerse en el lugar del otro... de otra  
 0314 manera yo pienso que estaríamos fuera de orden, no estableceríamos ese vínculo  
 0315 afectivo con esa persona. Pienso que hay que sensibilizar más sobre este tema y hay  
 0316 que empezar desde la base. Los valores también se han perdido mucho, los valores  
 0317 se aprenden desde el hogar pero se refuerzan con el estudio, pero si esos valores son  
 0318 escasos en el hogar y no se refuerzan con la educación formal, se pierden y  
 0319 entonces entre esos valores esta todo eso que nosotros podemos brindarle al  
 0320 paciente: respeto, igualdad, justicia, todo eso tiene que ver con los valores.

0321 **La Entrevistadora:** 17) ¿Que es lo más importante que te han dejado todas estas  
0322 vivencias, tanto en el área profesional como en lo personal?  
0323

0324 **La Entrevistada:** Pienso que el ser humano es muy valioso y que no es  
0325 solamente cuerpo sino también alma y a veces esa parte del alma nunca la  
0326 exploramos y allí es que nos llegan los valores, la sensibilidad, porque si somos  
0327 unas máquinas o somos un hielo nada va a entrar allí, somos duro no aceptamos  
0328 nada. Todo este tiempo me ha servido para saber que a mí me gusta mi profesión  
0329 definitivamente (risas) y que me ha cambiado mucho, pienso que era más rebelde  
0330 antes y las vivencias con mis pacientes en mis primeras etapas no son las mismas de  
0331 ahorita, que me he acercado más, porque si bien el paciente sufría yo no me detenía  
0332 a ver ese sufrimiento, de hecho yo pensaba que enfermería era solamente actuar y  
0333 no, no es solamente actuar es ver lo que está sintiendo, enfermería es ir más allá de  
0334 decir no hay esto o no se puede hacer es buscar, es cuidar para que esa persona se  
0335 sienta satisfecha y yo también como enfermera. Tuvimos el caso de un paciente con  
0336 el cual nos encariñamos mucho y todos estábamos pendientes y cuando se recupero  
0337 fue un momento de mucha alegría para todo el equipo.  
0338

**ENTREVISTA N°5. TULIPÁN (MÉDICO PSIQUIATRA)**

0001  
0002  
0003  
0004  
0005  
0006  
0007  
0008  
0009  
0010  
0011  
0012  
0013  
0014  
0015  
0016  
0017  
0018  
0019  
0020  
0021  
0022  
0023  
0024  
0025  
0026  
0027  
0028  
0029  
0030  
0031  
0032  
0033  
0034  
0035  
0036  
0037  
0038  
0039  
0040  
0041  
0042  
0043  
0044  
0045  
0046

**La Entrevistadora:** ¿Qué experiencia de duelo y muerte recuerda que no haya podido olvidar?

**El Entrevistado:** He..... Yo siempre he dicho que el peor paciente que uno pueda tener es un médico y sobre todo cuando se trata de cosas que él sabe lo que pueda pasar, siempre recuerdo a uno de mis profesores en la escuela. Bueno el problema fue decirle a este médico lo que tenía. Él estaba acostumbrado a dar ese tipo de informe, que no te dicen nada, pero por algo no te dicen nada. Y ese hombre fue impresionante un hombre que se metía en el servicio con todo el mundo, y llegó “pun” a la cama y de ahí hasta que se murió. Hay algo en la psique que mueve muchas cosas, de hecho sabemos que el sistema inmunológico es el que lleva la batuta en esto... no?... y todo lo que es cuadro de ansiedad, depresión, angustias influye mucho en la evolución de las enfermedades y tú ves al paciente deprimido como sucumbe rápido ante la enfermedad.

**La Entrevistadora:** 2) ¿Qué siente usted ante la muerte?

**El Entrevistado:** No,...antes de la muerte de mi hijo para mí la muerte no tenía el mismo significado. Okey... yo estoy preparado para morir desde hace tiempo, yo me preparé para esto, repito, yo no vivo esperando muerte, pero si se presenta, porque eso está dentro de las posibilidades...este... me gustaría pasar de este ser en la vida.. sin morir...(risa)... pero lo que sí es que yo puedo entender mejor a la otra persona, a ese otro yo puedo entenderlo mejor, y a ese otro yo le puedo dar herramientas que a mí me han sido útiles en la superación de la pérdida, del duelo de mi hijo... en mi trabajo como profesional yo hago psicoterapia, porque no estoy repitiendo un libro, no estoy repitiendo un autor... esté compartiendo mi experiencia, mi vivencia... lo mío... estoy compartiendo lo mío, yo que puedo decir como yo lo hice... como yo he podido superar en el tiempo... eso se trata de olvidar, de ninguna manera, yo nunca voy a olvidar que yo tuve mi hijo y quien fue mi hijo para nosotros...escribimos un librito sobre él, te lo puedo hacer llegar... bueno, y al final de ese capítulo colocamos “gracias Dios por permitirnos tenerlo a él por 24 años”...okey... en ese sentido... porque esa es otra visión... las cosas son temporales, este cuerpo se va desgastando con el tiempo, ya no es lo mismo que hace 30 años atrás, en muchos aspectos... pero se va desgastando... entonces... pero yo sé, dentro de lo que yo creo, que Dios me tiene preparado a mí un lugar y que aún que este cuerpo se desgaste yo tengo una morada eterna en los cielos, eso a mí me ayuda a permanecer acá... esteee.... que me va costar despedirme... eso sí...un mundo... y si es despedirme para no volver a ver... por un rato.... más todavía... más todavía... así que me va a costar. Y de hecho, como te dije, yo me he imaginado muchas veces llamando a mis seres queridos y despidiéndome de cada uno de ellos....

**La Entrevistadora:** 3) ¿Qué sentiría usted ante la inminencia de su propia muerte?

**0047 El Entrevistado:** Para mí la muerte es cambiar de esta escena..., yo sé que allá  
**0048** arriba hay uno que te espera. Pero... nosotros no aceptamos nuestra muerte... o  
 0049 sea... yo puedo... a uno lo preparan para salvar vidas y uno lucha... yyy de  
 0050 verdad que si... muchas veces en emergencia a ti que toca... bueno a mí me tocó y  
**0051** tú haces todo lo posible y la satisfacción cuando tú logras arrancar de las manos de  
**0052** la muerte una vida. Más que la satisfacción profesional que indudablemente que  
**0053** sí... es eso... ver a esa persona viva, y si es un niño, un muchacho, joven, más  
**0054** porque es alguien, cónchale, con su vida por delante.... Ahorita yo sería menos  
 0055 débil para hacerlo.... Aún cuando tengo cierta formación gringa en la carrera....  
 0056 pero no me gusta tampoco de soltárselo así a la gente... así, pero sí, sí, yo pienso  
 0057 que sería con menos dificultad. Yo me he imaginado es la muerte mía. Yo me he  
 0058 imaginado... (risa).... el funeral...(risa).... eso es una experiencia que es bueno  
 0059 tenerla, por lo menos los que trabajamos con psicoterapia es útil cuando tenemos  
 0060 gente que está dispuesta lo hacemos como experiencia. Aja... yo me he visto es en  
 0061 el momento de morir y despidiéndome... despidiéndome de mi gente...haaaa....  
 0062 terminó llorando bárbaro, despidiéndome, porque para mí es el despedirme. Quizás  
 0063 sea una experiencia que yo tuve a lo siete años... a los siete años... yo creo que sí,  
 0064 porque eso a mí me marcó. Yo soy de Margarita, yo salía con mi papá desde  
 0065 Margarita a Barcelona, de Barcelona a Cumaná y de Cumaná a Margarita, ese era el  
 0066 itinerario... llegamos a Barcelona nos fuimos a Cumaná y cuando llegamos a  
 0067 Cumaná me dijeron, usted se queda aquí, yo tenía siete años, yo no sabía que de ese  
 0068 viaje yo no regresaba a mi casa... nadie me dijo.... nadie me preparó... nadie me  
 0069 dijo.... usted se queda aquí, yo me metí en el cuarto a llorar porque yo no entendía  
 0070 y yo estuve hasta grande. Eso fue una verdad que yo aprendí después de grande y  
 0071 grande, grande, porque ya estaba en mi postgrado y en mi terapia personal....  
 0072 calcula cuantos años habían pasado... porque para mí, me habían votado de mi  
 0073 casa... y yo a todo el mundo le decía... a mí me votaron de mi casa... me votaron  
 0074 de mi casa. Pero después supe que mi padre quería lo mejor para mí, pero donde  
 0075 vivía, y en las condiciones que estaba, él no podía darme lo que él quería para mí,  
 0076 entonces la solución que él encontró fue ponerme en la casa de sus hermanos y yo  
 0077 pasé un año en una, dos años en otra, así... rodando de casa en casa, para poder  
 0078 tener la posibilidad de estudiar, que mi padre no me la podía dar, pero él nunca me  
 0079 explicó eso, nunca me dijo eso, eso lo supe yo después, pero después cuando yo ya  
 0080 había llorado una y muchas veces.... y yo le echaba el cuento a todo el mundo, que  
 0081 a mí me habían votado de mi casa.... mira despedirme a mí, a mí me tocó, ya  
 0082 graduado de médico, ya con mi postgrado, me iba a Estado Unidos a hacer una  
 0083 maestría, me iba primero yo, después se iba mi esposa y los muchachos, yo  
 0084 primero para ubicarme y después que ellos pudieran llegar, en el aeropuerto de  
 0085 Maiquetía, ese pasillo largo, ese lo caminé yo no sé cuantas veces, eso yo iba y  
 0086 venía iba y venía y llegó un momento, antes de que empezara a llamar para el  
 0087 vuelo, que yo dije me voy, me voy.... Chao, Chao, Chao...y ya... y no volteé para  
 0088 atrás, hasta que pase el control, que si volteaba, no veía a nadie... eso era  
 0089 bárbaro.... es despedirme y yo me he imaginado despidiéndome para morir... me lo  
 0090 he imaginado... yyy... me he imaginado mi entierro y me he imaginado como yo  
 0091 quiero que fuera mi entierro y lo he conversado yo se lo he dicho a mi esposa, a los  
 0092 muchachos, a las personas más allegadas, amigos... mira me gustaría esto... me

0093 gustaría esto...okey... por lo menos en lo que es la música, y un himno cristiano  
 0094 que yo quiero que me lo pongan... yyy.. la otra vez le dije a alguien que estaba ahí,  
 0095 mira aprende a tocar trompeta chamo, porque el día que me muera yo quiero que  
 0096 me toquen trompetas en el cementerio. Pero yo si... yo estoy seguro que cuando tú  
 0097 tienes ese apoyo desde el punto de vista espiritual, eso te ayuda a superar el duelo,  
 0098 como te dije al principio, hay una negación, no, no puede ser y sobre todo cuando  
 0099 uno pierde a alguien muy cercano y cuando es una muerte que tu no esperas, esas  
 0100 muertes inesperadas son muy difíciles, muy difíciles, cuesta más para superarlas,  
 0101 porque uno tiene la imagen, a nivel de cerebro, de esa persona, todo...okey... Aún  
 0102 cuando mi muchacho no fue una muerte inesperada, y era una cosa que ya se  
 0103 esperaba dentro de las posibilidades... tu hueles su perfume... es pasar un tiempo  
 0104 en ese sentido... esteeee.... cuando alguien va a morir, uno también siente esa pena  
 0105 por eso apela a todos los recursos habidos y por haber.

0106

0107 **La Entrevistadora:** 4) ¿Ha vivenciado la muerte de un ser querido?

0108

0109 **El Entrevistado:** A mí me ha tocado.... yo la muerte siempre la veía de lejos y a  
 0110 mí me tocó muy de cerca, nuestro hijo mayor murió cuando tenía 24 años de edad  
 0111 y a los 14 años se le diagnosticó la enfermedad, una insuficiencia renal crónica.....  
 0112 A mí nunca se me olvidó lo que nos dijeron que un trasplante de riñón no era  
 0113 permanente, no era definitivo, mi esposa viendo cinco años que el muchacho su  
 0114 vida normal,... imagínate... cualquiera que no supiera que él tenía un riñón  
 0115 prestado, ni se lo imaginaba... se fue deteriorando... él estaba preparado para  
 0116 morir. Tuvo que entrar en diálisis, a diferencia cuando estaba en pediatría que era  
 0117 en diálisis peritoneal, a entrar en la chaca chaca que están en el Hospital General,  
 0118 aquello era un desastre, ver a tu muchacho cómo se va, se va, se va... se va....  
 0119 Este... fue impresionante... un muchacho, después de estar cinco horas en diálisis,  
 0120 el estaba hospitalizado en el cuarto piso, lo mandaron sólo al cuarto piso. Cuando  
 0121 nosotros llegamos en la tarde, nosotros sabíamos que había estado en diálisis,  
 0122 aquello era, imagínate un hueso forrado, de lo que le habían chupado...él estaba  
 0123 preparado para morir, okey, cuando yo te digo que él estaba preparado para morir es  
 0124 porque nosotros creemos que hay un Dios y tú te preparas para eso y él lo sabía,  
 0125 estaba preparado para hacerlo. Voy a utilizar la expresión o que utiliza uno de mis  
 0126 hijos... a veces le decimos miras tú sabes quién murió... quien se está muriendo y  
 0127 la expresión es... después que yo perdí a mi hermano la muerte de cualquiera ya no  
 0128 es tan importante... indudablemente que sí hemos tenido la experiencia de ver  
 0129 morir a alguien muy querido o muy cercano... nos duele...okey. Yo el haber vivido  
 0130 la experiencia de... morir el hijo... eso es como una sensación no se... a mí me  
 0131 cuesta despedirme... yyy... yo morir no tendría problemas... el despedirme sí, a mí  
 0132 me cuesta bárbaro despedirme. Pero si considero que la muerte deja un vacío, es  
 0133 algo que te va a dejar siempre un vacío porque la persona ya no va a estar con uno,  
 0134 por eso cuesta tanto aceptarla.

0135

0136

0137

0138

Bueno.... eso en la vida profesional me ayudó a mí, me ha ayudado a  
 entender mejor a alguien que esté en la misma situación o peor...okey y que yo te  
 puedo decir en este momento que si hay dolor por la pérdida....él se despidió de sus

0139 dos hermanos, estaba casado, hacía cuatro meses que se había casado, él se despidió  
 0140 de su esposa, él murió un martes en la madrugada, el sábado antes él se había  
 0141 despedido de su esposa, ella siempre quiso salir embarazada y él no quiso, le dijo  
 0142 vamos a resolver este primero yo no quiero que el día de mañana te quedes sola con  
 0143 un niño, él fue muy lógico en eso. Habló con cada uno de sus dos hermanos y  
 0144 después los tres... ¿que hablaron? no sé y hasta el día de hoy después de 12 años,  
 0145 no lo sé. Esos muchachos no han dicho ni una jota... nunca le hemos dicho a los  
 0146 muchachos ¿que fue?... ¿qué les dijo? Nunca... nos suponemos, sobre todo el  
 0147 segundo que le seguía a él, nosotros tuvimos tres varones, ellos eran más cercanos,  
 0148 salían casi a la misma hora este para su trabajo y el otro para sus estudios y  
 0149 mientras uno estaba bañándose el otro está afeitándose y entonces se hablaban en la  
 0150 misma sala de baño y por algunas expresiones de este muchacho con su hermano  
 0151 menor, suponemos que una de las cosas que le habrá dicho, porque él está muy  
 0152 pendiente de su hermano... ellos siempre respetaron al mayor... siempre...  
 0153 siempre... bueno él se ganó ese respecto de sus hermanos ...siempre.... nosotros  
 0154 podíamos salir de la casa y se nos hacía tarde para llegar a la hora de comida, si el  
 0155 mayor estaba allí nosotros teníamos la seguridad que esos muchacho iban a comer,  
 0156 él hacía comida para los tres y los tres se sentaban a comer juntos... siempre... pero  
 0157 ¿qué más hablaron esos muchachos? ¿Que se dijeron?...no sé. Bueno, él un mes  
 0158 antes de morir tuvimos una experiencia, él nunca se quejó, él fue un muchacho que  
 0159 nunca... nunca se quejó... pero la experiencia como padre, pues.... que a la una o  
 0160 dos de la mañana te llegaba a tu cuarto, a tu cama, “papá no aguanto”.... dos cosas  
 0161 yo le pedía a Dios, dos cosas... si te lo vas a llevar ayúdanos a aceptar lo que tú  
 0162 decidas... y la otra cosa... que no sufra tanto....La inquietud de él, la intranquilidad  
 0163 que tenía esas últimas horas... fué la despedida, despedirse y despedirse de esa  
 0164 chica, ella le dijo vamos a orar a Dios y que Dios haga su voluntad, terminaron de  
 0165 hacerlo, él la tomó de la mano, le dijo te quiero mucho y se murió.... Tranquilo.

0166  
 0167 **La Entrevistadora:** 5) ¿Usted cree que ha superado satisfactoriamente su duelo?  
 0168

0169 **El Entrevistado:** Si, si, el hecho de que yo contacte emoción hablando de él... o  
 0170 que yo me encuentre a veces estamos en la casa y de repente, cónchale mira....(me  
 0171 muestran los lentes que están sobre el escritorio).... yo soy muy sentimental, yo soy  
 0172 muy fácil para expresar emociones, yo soy un convencido y además lo enseño, que  
 0173 es mejor que las lágrimas salgan por los ojos y no que vayan a salir por otra parte...  
 0174 pero yo lloro fácil, mi hijo segundo se fue a casar y él pidió que yo administrara... y  
 0175 entonces me dijo... no vayas a llorar, y en todo el proceso....después el me dijo...  
 0176 nunca me llegaste a ver...(risas)...estabas hablando y no me veías....peero...sí....  
 0177 yo pienso que en pregrado eso se debería, en ciencias de la salud, es que uno está  
 0178 constantemente enfrentándonos a esa situación y entonces maltratamos porque no  
 0179 sabemos hacerlo y a veces es, mira se pueden despertar algunas situaciones por ahí  
 0180 no resueltas en mí y entonces yo.... Okey... yo siempre le digo a los muchachos,  
 0181 cuando tengo la oportunidad con los estudiantes de medicina.... yo siempre le digo  
 0182 pónganse en lugar de...okey... póngase en lugar de esa madre, póngase en lugar de  
 0183 ese padre, póngase en lugar de esa gente.... o sea... porque a veces nos arropamos  
 0184 de un conocimiento, de una ciencia.... una cosa, pero eso es para evitar lo que para

0185 mí significa también... entonces yo me voy muy seco... a decirle a unos  
 0186 familiares.... no hay una cosa más tremenda, cuando tú estás en pabellón y el  
 0187 anestesiólogo te dice se nos va el paciente... el paciente se nos va... se nos va...

0188  
 0189 **La Entrevistadora:** 6) ¿Cree usted que la parte religiosa espiritual es importante  
 0190 cuando se enfrenten situaciones de duelo y muerte?

0191  
 0192 **El Entrevistado:** Ayuda bárbaro.... Bárbaro... dos cosa yo le puedo decir a  
 0193 alguien ahorita que se encuentre en proceso de duelo.... dos cosas que han servido  
 0193 para nosotros, que han sido útiles para nosotros, dos cosas, uno el darse permiso a  
 0194 sentir y a expresar lo que se siente, por ejemplo: le digo a mi esposa ¿qué te pasa?...  
 0195 tengo ganas de llorar... llora... y si es de llorar juntos lloramos juntos... bueno eso,  
 0196 permiso a sentir y permiso a expresar. No hay tema escondido, estamos hablando de  
 0197 la muerte del muchacho, entonces llega alguien y hay que cambiar el tema... no,  
 0198 no, se habla con toda claridad, no se esconde nada en absoluto... okey... y la otra  
 0199 cosa es la parte espiritual, para mí eso es básico, importante tener ese  
 0200 apoyo...okey... que duele, produce tristeza la pérdida de alguien... sí.

0201  
 0202 **La Entrevistadora:** 7) ¿Cuándo se encuentra ante un paciente en fase terminal le  
 0203 cuesta despedirse o ahora es más fácil?

0204  
 0205 **El Entrevistado:** Siendo estudiante de medicina, fui acompañar a un amigo a una  
 0206 guardia ,31 de diciembre.... vi morir a un niño que había nacido prematuro, llegó  
 0207 deshidratado a la emergencia... yyyy.... luchamos, luchamos, luchamos,... que no  
 0208 hicimos y cualquier médico que llegaba le decíamos mira ve.... buscando algún  
 0209 recurso.... era una pareja joven, jovencitos, estaban ahí en la sala del hospital...  
 0210 quien le va a decir... entonces el que era responsable de la guardia dijo... tulipán le  
 0211 va a decir y yo le dije no, la guardia no es mía...(risa) ... esa guardia es tuya, así  
 0212 que te toca ir para allá. Bueno se lo dijo mi amigo... eso nunca se me ha olvidado...  
 0213 yo estaba en el primer año de medicina. Siendo residente del postrado de  
 0214 psiquiatría, el residente de guardia de la emergencia llama al residente de  
 0215 psiquiatría, yo bajo y me dice ahí está una señora que viene a visitar al hijo y el hijo  
 0216 está muerto.... aja... ¿y qué quieres tú?... bueno, alguien tiene que decírselo... le  
 0217 dije... ¿y quién te dijo a ti que yo era funerario?... ¿porque tú no vas?... ¿porque tú  
 0218 tienes que llamarme a mí para que yo se lo diga? ¿Ella anda con su esposo?... si... y  
 0219 ¿el esposo sabe que el hijo está muerto?... si.... bueno que él le diga a su esposa lo  
 0220 que está sucediendo y después dependiendo de la situación, de la reacción, llamas al  
 0221 residente de psiquiatría, ..... No tienes por qué estarme llamando... mira no es  
 0222 fácil...

0223  
 0224 **La Entrevistadora:** 8) ¿Usted cree que los miembros del equipo de salud estén  
 0225 preparados para hacer frente a situaciones de duelo y muerto?

0226  
 0227 **El Entrevistado:** No, no, porque le tenemos miedo a nuestra muerte, no nos  
 0228 preparamos para nuestra muerte, nos preparamos para salvar gente, para salvar  
 0229 vidas y yo no sé para qué más, pero mi muerte no la tengo prevista y en la carrera...

0230 a mí nunca me prepararon pá yo morir, yo nunca tuve un espacio, en ninguna  
 0231 asignatura donde yo pudiera hablar de la muerte y el duelo. Pienso que sí, es un  
 0232 tema que debe tratarse, que debe hablarse con toda libertad y dar la libertad a los  
 0233 muchachos para que hablen, que no sea una clase magistral una conferencia, que  
 0234 muchas veces se queda en la filosofía, no, no, no.... como una asignatura pero más  
 0235 vivencial, más práctica...okey... en el sentido de que cada quien pueda expresarse.

0236

0237

**La Entrevistadora:** 9) ¿Cómo cree usted que es vista la muerte en la sociedad?

0238

0239

0240

0241

0242

0243

0244

0245

0246

0247

0248

0249

0250

0251

0252

0253

0254

0255

0256

0257

0258

0259

0260

0261

0262

0263

0264

0265

0266

0267

0268

0269

0270

0271

0272

0273

0274

0275

**El Entrevistado:** La sociedad así... es como muy amplia la cosa... pero depende de la cultura, hay culturas donde la muerte....que yo muera haciendo un acto heroico por mi país, entonces tú ves a esos suicidas.... yo creo en lo que la Biblia me enseña, que la muerte,...la muerte es ganancia... la muerte es ganancia, me duele, me gustaría tener mi muchacho pero él está mejor que yo.

**La Entrevistadora:** 10) ¿Qué sentimientos afloran allí?

**El Entrevistado:** Mira...sentimientos....primero la tristeza, a veces un poco de rabia al pensar porque le está sucediendo esto sí es una persona que podía dar un poquito más, que podía vivir un poco más, luego.... de impotencia...de, de,... o sea, porque en un momento dado tú eres como ese Dios que le va a dar vida... entiendes.... y la pierdes si te están diciendo se nos va, se nos va... aquello es fuerte en pabellón... por eso es que en pregrado, uno debería estar preparado y debería haber una asignatura donde el muchacho pueda hacerlo... mi maestro de psiquiatría, recién graduado del médico, se graduó de médico muy jovencito, los familiares lo mandaron a Montreal Canadá, hacer psiquiatría... yo le digo los jesuitas formaron dos personas aquí uno para ser presidente y otro para ser psiquiatra, el que fue presidente fue Caldera y este para ser psiquiatra... imagínate él venía con toda una formación, estuvo en España con los mejores psiquiatras, fue al Instituto de Yung en Viena a estudiar y no sé qué más y llega a Venezuela y está sobrado en el grupo porque no psiquiatras aquí eran formados en el barrio y él venía con toda su formación de sangre azul... y entonces, imagínate tiene tradición, el papá fue médico, el abuelo también y aparecen en la historia de la medicina de este país... entonces el director que estaba en ese momento en el oncológico le da trabajo y entonces él le dice ¿qué voy hacer yo aquí? Bueno... ponte hablar con cada una de esa gente que están allí... pacientes con cáncer, imagínate él descubrió varias cosas pues, hablando primero que el cuento casi era igual y que si a nadie le habían dicho que tenían cáncer todos sabían que tenían cáncer...okey... y el llegó a desarrollar lo que se llama una personalidad pre cancerosa, que yo la he encontrado muchas veces por allí. Pero repito, a uno en la carrera debería prepararlo para esa parte, pero primero uno tiene que aceptar su muerte, que yo soy frágil como cualquiera y que puedo morirme en cualquier momento...

**La Entrevistadora:** 11) ¿Explorar nuestro yo interno podría ayudarme a saber qué está pasando en mi y en el otro?

0276 **El Entrevistado:** Seguro, si yo no me conozco, difícilmente yo voy a estar en una  
0277 apertura para conocer al otro y para entenderlo... para entenderlo.... porque se trata  
0278 es de ir allá, ponerme los zapatos de él.... y la única forma de que yo pueda... yo  
0279 ahorita estaría en mejores condiciones... a mí me mandan pacientes del servicio de  
0280 nefrología para su evaluación, para su trasplante de los exámenes que les o permitir  
0281 que piden, y una de las cosas que trabajo con ellos en ese momento es que tan claro  
0282 están, qué tanta claridad tienen, que significa ser trasplantado desde el punto de  
0283 vista renal... y bueno, es un recurso... y que a diferencia de un trasplante de hueso,  
0284 que te dura toda la vida el riñón puede ser que no, hay personas que, bueno tienen  
0285 años con su riñón prestado ahí, pero otros no pues...okey..y que la actitud que tu  
0286 asumas...pues... ante esa situación, va a depender mucho...o sea... yo no voy a  
0287 estar viviendo esperando muerte...okey... yo no vivo para estar esperando la  
0288 muerte... pero si viene... la aceptamos. Que me va a costar despedirme... si me dan  
0289 chancee... me va a costar, a mí me va a costar... yo cada vez que voy a Miami y me  
0290 despido de mi muchacho...nooo.... despedirnos de ese nieto... imagínate.... pero sí  
0291 te digo, en la medida en que yo estoy claro conmigo, que estoy claro en mi cosa,  
0292 okey... yo puedo no contaminar la relación con el otro, eso es importante, si yo  
0293 tengo una situación no resuelta en relación a la muerte, tengo reconcomio...  
0294 entonces ante una situación que puede ser igual o no a la que mí me tocó vivir, pero  
0295 si emocionalmente parecida, yo puedo sacar rabia y maltrato a esa gente que está  
0296 ahí....Entonces...en la medida en que yo tenga mi “gestal” resuelta...okey...yaaa...  
0297 si hubo una situación relacionada con la muerte y que eso a mí me generó mucha  
0298 rabia y que yo me di la oportunidad de afrontar esa situación y resolverla de y cerrar  
ese capítulo.... cómo decimos en psicología cerrar esa gestal...okey... si había algo  
que perdonar, perdoné... entonces yo no voy a contaminar, si se me presenta una  
situación aquí y ahora, ya no la voy a contaminar y ya esto está resuelto para mí, si  
eso está abierto, no resuelto, yo corro el riesgo de contaminar esta relación, voy a  
maltratar, voy a ser lo más déspota, agresivo como una gente ahí.

**ENTREVISTA N°6. OLIVO: (MEDICO GINECÓLOGO)**

0001  
0002  
0003  
0004  
0005  
0006  
0007  
0008  
0009  
0010  
0011  
0012  
0013  
0014  
0015  
0016  
0017  
0018  
0019  
0020  
0021  
0022  
0023  
0024  
0025  
0026  
0027  
0028  
0029  
0030  
0031  
**0032**  
0033  
0034  
0035  
0036  
**0037**  
**0038**  
**0039**  
**0040**  
0041  
0042  
0043  
0044

**La Entrevistadora:** ¿Quisiera que me contara sobre alguna experiencia de duelo y muerte durante su vida como profesional, como ser humano, que lo haya tocado y qué significó para usted esa vivencia?

**El Entrevistado:** Bien, yo tendría que empezar por decirte que como personal al servicio de la salud de la gente en el campo específico de la medicina a los médicos nos toca vivir al igual que la enfermera muy de cerca el problema de la salud, la enfermedad y la muerte. Y entonces para empezar debo decirte que tenemos que considerar que el bien supremo de los seres vivos y específicamente del ser humano es la vida, la vida es el principio de todo lo que nosotros podemos y debemos realizar como seres humanos, la vida que está sujeta a contingencias severas como la pérdida de la salud, la gravedad y la muerte. Nos toca como médicos, pues lógicamente, afrontar esas situaciones, poner en práctica poner en juego nuestros conocimientos teóricos y prácticos para ayudar como miembro del personal de salud, ayudar a la gente que tiene en peligro su vida por x enfermedad, por x razón física o mental. Entonces por supuesto como,.... como seres humanos envueltos en la problemática de la vida y de la salud pues lógicamente entran en juego todas las cosas que animan la condición humana, entran en juego, como son la confianza en sí mismo, la confianza en el otro, la seguridad en sí mismo, la seguridad del otro... la...la confianza, seguridad... el entendimiento...

**La Entrevistadora:** ¿Qué significa para usted la palabra muerte?

**El Entrevistado:** Espérate, ya va, ahí vamos a llegar... entonces te estoy hablando de la condición.... pero ahí hay un fenómeno.... con la pregunta que me acabas de hacer... que es muy importante... generalmente a nosotros se nos educa para la vida, se nos educa para la vida no para la muerte y entonces la muerte aunque sabemos que es un hecho ineludible de la condición de los seres vivos, los seres vivos nacen, crecen, se desarrollan y mueren, pero nosotros no estamos educados para pensar, conjuntamente con la vida, en la muerte. Aunque sabemos que la muerte es un atributo innegable de la condición de ser vivo por el hecho de que ya sabemos que el ser humano nace, crece, se desarrolla y muere; nace, crece, se desarrolla, vive y muere... exactamente...el ser humano no acepta la muerte, aunque claro está que es un hecho innegable...que está aquí, detrás de la puerta.

**La Entrevistadora:** ¿Usted cree que en ese hecho de no aceptar la muerte

- 0045 propia, está el hecho también de no aceptar la muerte del otro?
- 0046 **El Entrevistado:** Si... claro, cuesta mucho, cuesta mucho y te digo en mi
- 0047 experiencia como médico para el médico para nosotros los médicos creo que
- 0048 así lo ve la mayoría de los que trabajamos en salud, la muerte es el fracaso
- 0049 de la acción médica, el fracaso de la acción médica y es una visión muy
- 0050 pragmática y egoísta porque tenemos que aceptar que la muerte es un
- 0051 atributo también de la vida y entonces por supuesto en infinidad de
- 0052 ocasiones uno tiene la oportunidad de enfrentar la muerte como un hecho
- 0053 que forma parte de la vida y que tiene sus gradaciones, por ejemplo la
- 0054 muerte de un ser viviente de un ser humano violenta por la acción del hampa
- 0055 por la acción de un accidente de tránsito por cualquier hecho que ponga en
- 0056 peligro inminente la vida y que desemboque en la muerte es la parte más
- 0057 terrible que uno afronta, la parte más terrible que uno tiene que aceptar. Por
- 0058 ejemplo, para contarte, que uno tenga un ser querido que uno está viendo,
- 0059 está hablando con él y cuándo él sale a la esquina lo atracan le dan un tiro y
- 0060 lo matan eso desde el punto de vista de la muerte produce automáticamente
- 0061 una negación tremenda.... pero cuando se trata de un ser humano, bueno son
- 0062 la gradaciones que te digo yo que existen en el concepto, cuando tu ves que
- 0063 estás tratando a un ser humano que pertenece ya a la tercera a la cuarta
- 0064 edad de la vida, que tiene ya una enfermedad por decirte algo un alzheimer, un
- 0065 tumor maligno en fase avanzada, que tiene una cardiopatía severa, que tiene
- 0066 una lesión renal incompatible con la vida, que tiene una lesión mental
- 0067 cerebral incompatible con la vida o está en vida vegetativa, indudablemente
- 0068 concebimos la muerte como algo inevitable y si ésa muerte ocurre
- 0069 automáticamente nosotros ponemos en juego, que te dijera yo, ponemos en
- 0070 juego elementos, elemento que te llevan a ti aceptar como un hecho
- 0071 inevitable y lógico la muerte de ese ser viviente que va a ser para él un
- 0072 descanso, un descanso de su angustia que vive, si la percibe.
- 0073
- 0074
- 0075
- 0076 **La Entrevistadora:** ¿Es decir que, en este último ejemplo, nos preparamos
- 0077 psicológicamente como miembro del equipo de salud para la muerte?
- 0078
- 0079 **El Entrevistado:** Si...estamos preparados psicológicamente para que esa
- 0080 muerte llegue.
- 0081
- 0082 **La Entrevistadora:** ¿Durante su experiencia como Gineco obstetra que
- 0083 vivencia recuerda que lo haya tocado y que no haya podido olvidar?
- 0084 **El Entrevistado:** ¿Y si yo te digo que lo mejor sería primero empezar por la
- 0085 experiencia personal, dentro de mi ámbito afectivo inmediato?
- 0086
- 0087 **La Entrevistadora:** Bueno sí,...perfecto...cuénteme....
- 0088
- 0089
- 0090 **El Entrevistado:** (Pausa) El hecho más.... más... de... este... de mayor....

0091 fue a los 13 años cuando perdí a mi madre, cuando perdí a mi madre por una  
 0092 tuberculosis, en esa época la tuberculosis no tenía la cura que tiene hoy. Yo  
 0093 tenía apenas 13 años yo estaba estudiando aquí en Valencia en el Liceo, yo  
 0094 vivía en Tinaquillo la familia era de Tinaquillo y a mí me trajeron aquí  
 0095 porque en Tinaquillo no había Liceo y una madrugada fui ingratamente  
 0096 sorprendido cuando llegó un emisario de mi padre avisarme que mamá  
 0097 estaba en fase terminal, ya todos sabían que mamá se iba morir tuberculosa  
 0098 niños y adultos, pero para mí eso fue algo catastrófico...algo catastrófico,  
 0099 desde el punto de vista afectivo, fue mi primer encuentro... mi primer  
 0100 encuentro con la muerte.... ese encuentro en que te sientes desvalido, que  
 0101 te encuentras con la muerte en condición desvalida, en condición  
 0102 irremediable, en condición irremediable desde el punto de vista de tu  
 0103 presente y de tu futuro...la pérdida de la madre, a los 13 años, fue mi primer  
 0104 gran encuentro con la muerte..... Y después volviendo a la esfera afectiva  
 0105 inmediata, la muerte de mi padre, ya yo era médico, y un buen día, papá era  
 0106 deportista, era un hombre lleno de vida sin vicios, papá no fumaba, papá no  
 0107 tomaba, tenía los vicios y virtudes extraordinarias, todo los vicios  
 0108 inimaginables, era mujeriego, taca taca taca taca y las virtudes, era un  
 0109 ciudadano ejemplar, nos había dado siempre demostraciones de lo que  
 0110 significa la bondad, de lo que significa la equidad, de lo que significa la  
 0111 responsabilidad, de lo que significa la honradez, la honestidad en el manejo  
 0112 de la cosa pública papá llegó a ser presidente del Consejo municipal de mi  
 0113 pueblo, entonces las ejecutorias de mi padre las recordamos con un respeto  
 0114 espectacular por lo que significaba... bueno papá para mí siempre fue un  
 0115 ejemplo a seguir, un ejemplo a seguir y un buen día a papá le dio un infarto,  
 0116 un infarto y entró en una insuficiencia cardíaca aguda que lo mantuvo un  
 0117 mes agonizando y yo me dediqué de lleno a papá, yo no tenía vida, mi vida  
 0118 era para mi padre, salía de la guardia y pasaba el día con papá, en las  
 0119 guardias nocturnas en el hospital me mantenía en contacto permanente con  
 0120 papá, a tal punto que hablábamos, discutíamos, conversábamos... era una  
 0121 cosa impresionante.... una cosa impresionante...(pausa).... a tal punto  
 0122 que... después que papá se muere .... Me costó mucho aceptar la  
 0123 separación,.... me costó mucho aceptar la pérdida de su presencia, a pesar de  
 0124 que yo ya era médico, papá no era médico papá era comerciante y político,  
 0125 pero más comerciante que político,.... pero me costó mucho elaborar el  
 0126 duelo.... me costó mucho.

0131  
 0132 **La Entrevistadora:** ¿Usted cree que elaboró bien el duelo por la muerte de  
 0133 su padre?  
 0134

0135 **El Entrevistado:** Mira... no se... no se... no se.... porque fíjate... todavía  
 0136 hoy, 40 años después hablar de mi padre me emociona en alto grado, papá

0137 representó para mí tanto que su vida ejemplar fue para mí un ejemplo a  
 0138 seguir como profesional... tanto que, ya papá no existía y yo venía por la  
 0139 carretera y lo sentía sentado a mi lado conversando... bueno... entonces...  
 0140 desde el punto de vista afectivo fue una de las grandes circunstancias que me  
 0141 afectó. Desde el punto de vista médico, profesional, en mi acción profesional  
 0142 para mí cada vez que se me moría un paciente, yo era, cuando estaba activo  
 0143 era Gineco obstetra, y los Gineco obstetras estamos amenazados, era una  
 0144 profesión muy bella porque nos tocó el nacimiento de un nuevo ser que era  
 0145 un momento de alborozo, alegría, esperanza, a veces conjuntamente con la  
 0146 llegada del nuevo ser llegaba la muerte porque la madre tenía una  
 0147 complicación, complicación con la que tú no podías hacer nada. Los casos  
 0148 más graves que tuve yo fueron las mamás que se me murieron como  
 0149 producto de una hipertensión inducida por el embarazo, una pre eclampsia  
 0150 grave, una eclampsia, se morían sin poder tú hacer mayor cosa. Recuerdo  
 0151 mucho como una de las cosas más conmovedoras que llegue hacer, me llegó  
**0152** una mamá con una eclampsia convulsiva a pabellón y entonces estaba en  
**0153** grave sufrimiento fetal el bebé y yo le hice a la mamá una cesárea post  
**0154** mortem, inmediatamente después que la mamá no dio más señales de vida le  
**0155** abrí la barriga y saqué al muchacho vivo, comprendes.... no sé qué pasó  
**0156** después... no me preguntes... pero son cosas que lo conmueven a uno....  
**0157** cesárea post mortem. Déjame contarte, una vez se me murió en pabellón,  
 0158 estaba yo operando, llegó una señora sangrando con un desprendimiento  
 0159 prematuro de la placenta grave, la señora venía muy grave, pase a pabellón  
 0160 inmediatamente, tuve la suerte de que todo el mundo estuvo presente, la  
 0161 ayudante era X, era mi instrumentista, y yo operé a la señora todo fue muy  
 0162 bien desde el punto de vista de la técnica operatoria, de la rapidez con que  
 0163 anduve pero la señora se me murió en el acto operatorio por una anemia  
**0164** aguda, con una bolsa con sangre, bolsas de soluciones electrolíticas, todo  
**0165** previsto y cuatro chorros, cuatro chorros con sangre por los cuatro extremos  
**0166** de la mesa, oíste... y la madre se me murió, yo salí llorando de pabellón, salí  
**0167** llorando de pabellón ante lo inerte que me sentía...(fascie de tristeza)...  
**0168** como profesional en momentos en que se me desprendía la vida de una  
 0169 madre, de una mujer, no por el hijo porque el hijo también murió, sino por  
 0170 los que estaban en la casa, los niños que estaban en la casa, la gente que  
 0171 estaba en la casa de ella esperándola llegar con vida... esos son los atributos,  
 0172 los atributos de la muerte .. Bueno y así.... eso son precisamente quizás  
 0173 los.... y dentro de la afectividad social, dentro de la afectividad social,  
 0174 cuando vienen y te dicen que alguien de tu generación, con quien tú tenías  
 0175 entrañables nexos se murió de un infarto uno lo rechaza automáticamente  
 0176 aunque el impacto existe y mata gente, pero uno lo rechaza automáticamente  
 0177 porque uno ve en la muerte de su amigo que se murió de un infarto, en la  
**0178** muerte de su amigo que se murió de un accidente cerebrovascular, uno se ve  
**0179** retratado.... pude haber sido yo.... y entonces por ahí viene otro de los  
**0180**  
**0181**  
**0182**

- 0183 atributos relacionados con la muerte, el temor... el temor de morir, el  
 0184 temor a la muerte.
- 0185
- 0186 **La Entrevistadora:** ¿Usted que esas vivencias de duelo y muerte le hayan  
 0187 afectado, positiva o negativamente, durante su carrera profesional?  
 0188
- 0189 **El Entrevistado:** Bueno afectación negativa podría ser el caso de la pérdida  
 0190 de mi padre, porque yo perdí el apoyo espiritual que yo tenía, mi padre, en la  
 0191 figura paterna... comprendes.... pero desde el punto de vista de mi acción  
 0192 profesional... ¿te refieres tú?  
 0193
- 0194 **La Entrevistadora:** Sí...  
 0195
- 0196 **El Entrevistado:** Bueno, siempre cada vez que algún paciente que estaba en  
 0197 mis manos y me tocó ayudarlo y se moría como consecuencia, no de.... que  
 0198 yo recuerde nunca cometí errores capaz de culparme de de la muerte...  
 0199 porque cuando se me murió algún paciente yo había hecho lo que había que  
 0200 hacer como profesional como miembro del equipo de salud, había seguido  
 0201 los pasos necesarios y las condiciones en las cuales se encontraba la paciente  
 0202 no me habían permitido salvarla y yo tenía que aceptar, después de esa  
 0203 paciente se moría, yo tenía que aceptar que era un hecho inevitable, no  
 0204 fueron dadas las circunstancias de la efectividad profesional para lograr  
 0205 salvarla.  
 0206
- 0207
- 0208 **La Entrevistadora:** ¿Por qué cree usted que los miembros del equipo de  
 0209 salud, específicamente médicos y enfermeras, cuando se enfrentan a  
 0210 situaciones de duelo y muerte lo evaden?  
 0211
- 0212 **El Entrevistado:** Por el temor a la muerte, por el temor a la muerte en sí  
 0213 como muerte y por el temor al que sea uno el que se esté muriendo  
 0214
- 0215 **La Entrevistadora:** ¿Usted cree que en nuestras instituciones educativas  
 0216 nos preparan para hacer frente a la muerte?  
 0217
- 0218
- 0219 **El Entrevistado:** No, porque fíjate que son muy poca la gente que maneja el  
 0220 duelo, son muy pocas la gente que se dedica al estudio del duelo, inclusive  
 0221 en la literatura mundial uno de los personajes más extraordinarios fue la  
 0222 profesora Kübler Ross, escribió decenas de libros sobre el significado de la  
 0223 muerte, pero no consigues médicos que hayan escrito libros sobre el  
 0224 significado de la muerte, los médicos escribimos libros que tienden al  
 0225 mantenimiento de la salud y de la vida, no de cómo comportarnos ante la  
 0226 muerte...  
 0227 Este es un tema muy difícil para manejarlo aún... fíjate que tú me estas

0228 entrevistando en frío y cuando me tocó la fibra en mis afectos profundos...  
 0229 mis encuentros con la muerte, bueno me conmovió, me conmovió.... Estas  
 0230 son cosas que no se pueden hablar con todo el mundo porque hay gente que  
 0231 no es capaz de entender, que no es capaz de llegar.... de llegar a lo que uno  
 0232 quisiera, al entendimiento de estas situaciones y de poder percibir en el  
 0233 ánimo del otro su concepto de la muerte.  
 0234

0235 **La Entrevistadora:** ¿En algún momento de su experiencia profesional le  
 0236 tocó hacer el acompañamiento del duelo a un paciente en fase terminal?  
 0237

0238 **El Entrevistado:** Sí, a papá, yo lo acompañé como médico y como hijo  
 0239 hasta el final, hasta el final....  
 0240

0241 **La Entrevistadora:** ¿Y él hablaba?  
 0242

0243 **El Entrevistado:** Sí, me hablaba de su condición...de lo que estaba  
 0244 percibiendo...  
 0245

0246 **La Entrevistadora:** ¿Y cómo se sentía usted cuando él le hablaba?  
 0247

0248 **El Entrevistado:** Bueno, con mucha entereza, tenía que responderle y  
 0249 conversar con él, sus miedos, sus temores, me preocupa esto, si me muero,  
 0250 en caso de muerte, me preocupa esto. Yo era médico residente, tenía  
 0251 preparación para ayudarlo a él en la esfera afectiva y como médico por  
 0252 supuesto, de cuando él me contaba alguna de sus angustias yo poderle hablar  
 0253 de cómo él podía estar seguro porque yo iba a tratar de resolver los  
 0254 problemas que a él le angustiaban y eso lo hacía sentirse bien.  
 0255

0256 **La Entrevistadora:** ¿Si yo como miembro del equipo de salud no sé  
 0257 manejar mis propios duelos, usted cree que pueda ayudar a otro a manejar  
 0258 los suyos?  
 0259

0260 **El Entrevistado:** Va a ser difícil, difícil, pero hay momentos en la vida en  
 0261 que tú tienes que aprender a hacer las cosas y yo aprendí a manejar a un  
 0262 enfermo moribundo con mi padre que se estuvo muriendo prácticamente un  
 0263 mes....  
 0264

0265 **La Entrevistadora:** ¿Aparte de su padre, tuvo la experiencia con un  
 0266 paciente en su vida profesional del acompañamiento al enfermo en fase  
 0267 terminal?  
 0268

0269 **El Entrevistado:** No porque eran muertes violentas, violentas como las que  
 0270 te conté.  
 0271

0272 **La Entrevistadora:** ¿Existen grupos de apoyo para ayudar a los miembros  
 0273

- 0274 del equipo de salud a superar sus propios duelos y hacer frente a la muerte?
- 0275 **El Entrevistado:** No propiamente, no propiamente con los compañeros del
- 0276 equipo de salud, más bien, más bien, cuando yo tenía situaciones difíciles
- 0277 con mi paciente yo con quien hablaba era con su entorno, con su entorno
- 0278 familiar... para hacerles entender lo inevitable del proceso
- 0279
- 0280 **La Entrevistadora:** ¿Entonces para usted es importante tomar en cuenta a
- 0281 los familiares del paciente?
- 0282
- 0283
- 0284 **El Entrevistado:** Si cada vez que pude lo hice siempre que pude lo dice
- 0285 porque, la gente que no es médico que no es enfermera, tiene una confianza
- 0286 inusitada en el Instituto en el hospital en el médico en la enfermera y piensa
- 0287 que son así como tablas salvadoras... no? entonces había veces en que había
- 0288 que hablarles sobre la gravedad del cuadro de lo que se estaba viviendo y del
- 0289 desenlace inevitable,... la mayor parte de la gente lo aceptaba.
- 0290
- 0291 **La Entrevistadora:** ¿Y usted cree que hoy en día se toma en cuenta los
- 0292 familiares cuando nos encontramos situaciones similares?
- 0293
- 0294
- 0295 **El Entrevistado:** Tendríamos que educar, yo lo hacía por generación
- 0296 espontánea, porque me nacía hacerlo, pero nosotros, yo soy médico y
- 0297 educador, pero nosotros nunca hemos educado a nuestros muchachos cómo
- 0298 deben comportarse ante el ser que sufre, que está en peligro inminente de
- 0299 muerte y cómo transmitirle a la familia esa situación. No estamos preparados
- 0300 para eso, no hemos alcanzado.... y hay que insistir en la formación para el
- 0301 manejo de estas situaciones en los profesionales de la salud, hay que difundir
- 0302 la experiencia, difundir el conocimiento de manera que mayor gente esté
- 0303 preparada para eso.
- 0304
- 0305
- 0306
- 0307
- 0308

### 4.3. PERSPECTIVAS DE LOS AGENTES EXTERNOS

En adelante se describen las narrativas de las entrevistas de los dos agentes externos que emitieron al formularles las interrogantes vinculadas con el fenómeno.

**Entrevista N. 7 Orquídea** (Trabajadora Social) (20.01.2010).

**Entrevista N. 8 (Rosa)** (Trabajadora Social) (4.02.2010).

#### ENTREVISTA N° 6: ORQUÍDEA (TRABAJADORA SOCIAL)

0001  
0002  
0003  
0004  
0005  
0006  
0007  
0008  
0009  
0010  
0011  
0012  
0013  
0014  
0015  
0016  
0017  
0018  
0019  
0020  
0021  
0022  
0023  
0024  
0025  
0026  
0027  
0028  
0029

**La Entrevistadora:** Que experiencia de duelo y muerte recuerda que no haya podido olvidar?

**La Entrevistada:** Bueno mira yo no tengo esa cercanía tanto con el paciente como el resto del personal que trabaja directamente con el paciente y con los familiares, los que trabajan con el censo que diariamente, pasan todos los días a ver quién está, quien no está, y entonces está esa parte....; hola buenos días fulanita y como amaneciste es hoy!... y cómo estás?... y después vienen al día siguiente y no están... no me ha tocado así tan de cerca. Si he tenido amigos, pacientes a los cuales he ayudado, verdad, pacientes que vienen a su primera consulta y me buscan... mire esa cita está muy lejos que posibilidades hay de que usted hable con el médico, entonces bueno, cuando hay ese primer rapport ya después se quedan allí acostumbrados y me buscan... mira orquídea que el tratamiento tal y que se yo..... Que los veo en esta primera consulta que vienen, primero decaídos y uno se tiene que.... bueno mira tienes que mantener la positividad, tienes que estar siempre positivo porque en esa medida la enfermedad no avanza tal y que se yo.... y entonces bueno, ellos agarran ánimo pues y luchan... y después pasan unos meses y cuando los ves..(gesto de desconsuelo e impotencia)....

**La Entrevistadora:** ¿Qué siente usted ante la muerte?

**La Entrevistada:** Siento mucho, mucho dolor... es terrible... me ha tocado...este... mira mi mamá, ayer estaba así, hoy ha estado muy malita, que hago? que le doy?, qué opinas tú... a veces ellos, el familiar o el mismo paciente, aparte de lo que le dice el médico aquí hay muchos médicos que tratan de ocultarle la verdad al paciente, bueno siempre le dan el diagnóstico, siempre le dan una esperanza, pero no son tan crudos, al familiar si le hablan claro, esto es así y así le

0030 vamos a hacer tal cosa, el tratamiento es algo paliativo porque no es mucho lo que  
 0031 se puede hacer, no hay respuestas, todo eso... al paciente muy pocas veces se les  
 0032 dice estas cosas. Cuando escucho la palabra muerte ¿que siento?, miedo, miedo....  
 0033 anteriormente, te estoy hablando desde hace como tres años para acá, actualmente  
 0034 estoy asistiendo a una escuela que se llama una propuesta de paz interior, se trabaja  
 0035 con el recurso del milagro, no sé si ha oído hablar de eso... y este mira pues nos  
 0036 dan herramientas para vencer el miedo a la muerte.... este, la muerte es un cambio  
 0037 de estado, hay vida después de la muerte, verdad? entonces ya ese miedo ha ido  
 0038 mermando y queda como una expectativa....eso... una expectativa de algo  
 0039 bueno..... Bueno yo pienso que va a venir algo mejor...ok..... si siento cuando la  
 0040 persona desaparece físicamente esa parte de que tú noooo.... o sea me ha pasado....  
 0041 que no valoras a la persona mientras la tienes allí, cuando ya no está es que dices  
 0042 cónchale que importante era fulano en mi vida.... las pequeñitas cosas que esa  
 0043 persona te hacía cuando estaba allí eran como habitual pero desde el momento que  
 0044 desaparece y ya esas cosas no se hacen y tú dices que grande y que importante era  
 0045 esa persona..... de verdad. Pensamos en la muerte y meditamos mucho cuando  
 0046 vemos a la persona que sufre, nosotros sufrimos, pero es como que se apago la luz,  
 0047 paso un lapso y después se olvida, como que después eso no va a volver a pasar, a  
 0048 pesar de que estamos consientes de que eso es continuo, pero si se desconecta, no se  
 0049 piensa más en el asunto, es como asunto olvidado.... de verdad que es  
 0050 impresionante...también es porque uno no acepta la muerte y no acepta la muerte  
 0051 de otra persona, entonces ahí se experimenta es que habrá pasado, porque esta  
 0052 persona tiene que pasar por esta situación, porque Dios le hará esto a ellos si es una  
 0053 persona joven o es una persona adulta, indiferentemente de la edad que tenga pero  
 0054 sus familiares están sufriendo y uno ahí, de una u otra manera, se involucra con  
 0055 ellos.

0056  
 0057 **La Entrevistadora:** ¿Cuando usted me dice que esas situaciones te causan mucho  
 0058 dolor, al tener tantos años de experiencia, crees tú que te afecten de alguna manera?  
 0059

0060 **La Entrevistada:** Me afecta cuando me involucro con el paciente, me involucro  
 0061 con el paciente en este sentido, yo los veo y los saludo... hola cómo están?... y  
 0062 todo lo demás... cuando están como te digo.... en buenas condiciones.... cuando lo  
 0063 veo así....(gesto)... como que ya... trato... o sea... si hay el trato y todo lo  
 0064 demás... pero es como que yo, siento como que yo me oculto, me alejo... verdad?...  
 0065 siento que me alejo o que es una manera de protegerme porque siento que al caer  
 0066 ellos me voy a caer yo también, siento que no estoy.... a pesar del tiempo que uno  
 0067 tiene en esto por lo menos yo... yo no me he endurecido y yo digo que dentro del  
 0068 equipo de salud, pienso yo, quienes más afectados están es el médico y la  
 0069 enfermera que son los que lidian diariamente con el paciente, nosotros okey... y  
 0070 siempre se produce el contacto y siempre se produce la empatía. Y entonces el  
 0071 paciente cada vez que tiene un problema siempre te busca a ti y este.... me ha  
 0072 pasado como en dos o tres oportunidades, que a veces digo no vuelvo, no vuelvo,  
 0073 yo no tengo nada que hacer aquí, porque uno coloca su barrera y lo hace, porque si  
 0074 no, yo pienso que uno no seguiría trabajando, cambiaría de trabajo o se iría de  
 0075 reposo... porque yo pienso... para que uno les dice esto, si eso es como

0076 engañarlos.... porque han habido casos excepcionales en los que hay un  
 0077 diagnóstico, apenas se está iniciando y bueno mira no, sé te va a hacer esto y  
 0078 aquello, te van a operar y ya tú vas a ver que todo va salir bien y resulta que en  
 0079 menos de un año, menos de seis meses el paciente muere..... Otro aspecto que yo  
 0080 creo debemos tomar en cuenta es a su familiar, está ahí pero nadie se acerca sino  
 0081 que se esconden y no le dicen mira está bien o está mal o se va a morir, o  
 0082 simplemente, atenderlo y mostrar una actitud de que lo siento aunque no le hable  
 0083 porque eso también lo ayuda, el hecho solamente de que te toquen, de que cónchale,  
 0084 te transmitan “estamos aquí” eso es algo importante y que a veces no se da.

0085

0086 **La Entrevistadora:** ¿Por qué piensas que el alejarte es un mecanismo de defensa?

0087

0088 **La Entrevistada:** Porque uno coloca su barrera y lo hace.... porque si no yo pienso  
 0089 que uno no seguiría trabajando, cambiaría de trabajo o se iría de reposo. Me pasó  
 0090 que yo tuve una vivencia de horita hace seis meses, un tío que tiene seis meses que  
 0091 falleció acá con un cáncer de pulmón, un cáncer de pulmón que cuando yo lo traje  
 0092 se le hace el diagnóstico... no... vamos a ponerle quimio y radio...eeeh.... y no  
 0093 estaba... mira físicamente un hombre fuerte y yo le dije mira no te preocupes tú vas  
 0094 a salir adelante, la quimio es un tratamiento bastante fuerte pero tú puedes porque  
 0095 eres un hombre sano y fuerte y ya tu vas a ver qué vas a salir adelante.... y mi tío lo  
 0096 que duró fue... dos meses, llegó de repente ahogándose... lo dejan... no que no hay  
 0097 oxígeno... no había manómetro para ponerle oxígeno entonces bueno conseguimos  
 0098 el manómetro y lo dejo estable en la noche y me voy.... lo dejo con mi tía su esposa  
 0099 y me voy... en la mañana, estoy haciendo el desayuno para llevarle a mi tía y a las  
 0100 ocho de la mañana me llaman... mira tú tío falleció.... fue terrible.... un  
 0101 sentimiento de culpa porque yo sentía que no había hecho todo tan rápido como  
 0102 posiblemente lo había hecho con otras personas... yo tuve 15 días de reposo... yo  
 0103 no quería volver, yo no quería nada. Cuando regreso que tuve que pasar por las  
 0104 áreas donde él estaba bueno, donde quiera estaba llorando y lo veía, hasta que  
 0105 bueno, poco a poco y dije no, no puedo esconderme tengo que enfrentar esto, la  
 0106 única manera de superarlo es yendo todos los días, poquito a poquito hasta que el  
 0107 dolor merme, vaya pasando... es fuerte... es muy duro. El doctor que estuvo de  
 0108 guardia esa noche cuando yo llegue me dice mira Orquídea, así como  
 0109 disculpándose, hicimos todo lo posible pero no se qué pasó, no respondió,  
 0110 verdad...un hombre aparentemente sano, de 71 años pero fuerte, fuerte, bastante  
 0111 fuerte.... pero ese cáncer de pulmón uno sabe que es así de impredecible, fue lo que  
 0112 me dice el doctor después, mira nosotros hemos vivido la experiencia de pacientes  
 0113 en mejores condiciones que tu tío, más jóvenes, que uno cree que pueden superarlo  
 0114 y así, es como si les da un infarto, y entonces...a veces, yo no sé, es como que me  
 0115 tranco, no sé si llorar, no sé si hacerme la ignorante...no sé...es como una cosa que  
 0116 me abraza...hay mucho sufrimiento porque es como que no puedo.

0117

0118 **La Entrevistadora:** ¿Esas vivencias esos sentimientos reprimidos podrían estar  
 0119 afectando tu salud?

0120

0121 **La Entrevistada:** Claro, claro que sí porque imagínate uno vive en un estado de  
 opresión.... yo pienso que por cuestiones.... porque tienes un trabajo, porque

0122 tienes una responsabilidad, porque tiene unos hijos que mantener y bueno ya no  
 0123 queda de otra y llega un momento en que tú lo olvidas.... pero el cuerpo, verdad, va  
 0124 pasando como quien dice su factura... es cuando presentas de repente una alergia,  
 0125 la atención disparada y tú dices y por qué si yo estoy bien, yo me siento bien....  
 0126 como quien dice el martillito que va a estar allí, mira, epa recuerda aquel día, tal  
 0127 cosa, tal cosa, tal cosa..... y también pasa, por lo menos a mí me pasa, verdad, uno  
 0128 trata de separar el hogar del trabajo, el trabajo del hogar... entonces a veces vas  
 0129 cargado de aquí y uno habla alguna cosa, pero uno no se desahoga bueno yo, yo  
 0130 particularmente, me cuesta muchísimo, yo me reprimo mucho... esa parte...  
 0131 bueno... si estoy sola lloro o me quedo muda pensando.

0132  
 0133 **La Entrevistadora:** ¿Qué estrategias debería implementar la institución para  
 0134 ofrecer espacios para tu drenar todos esos sentimientos de los cuales me acabas de  
 0135 hablar?

0136  
 0137 **La Entrevistada:** Yo pienso que debería existir una consulta con un especialista  
 0138 llámese psiquiatra.... pero no el psiquiatra o el psicólogo o el orientador que te  
 0139 digan a no usted lo que está es deprimido tómese estas cuatro pastillas.... sino una  
 0140 persona, así como estamos tú y yo, que te oiga..... porque a veces uno lo que  
 0141 necesita es eso, expresarse.... que te escuchen.... te descargaste y ya continuaste la  
 0142 vida más tranquila, mas chévere. O que te orienten, porque también a veces uno se  
 0143 confunde... verdad?... mira Orquídea eso no es así, espérate un momentico, por ese  
 0144 camino no, porque por ese camino tal cosa.... miras vamos a ser esto o puedes  
 0145 hacer esto, implementa esto..... No, uno tiene que buscar esas estrategias por fuera,  
 0146 con la familia porque la institución como tal, no te las ofrece. En 32 años que tengo  
 0147 de profesional, es ahorita que nos están invitando a un taller que se llama  
 0148 “Desarrollo humano para el control del estrés” es el primero que vamos a tener, de  
 0149 resto hemos tenido talleres pero relacionados con nuestra labor.

0150  
 0151 **La Entrevistadora:** ¿Cree usted que a nivel de pregrado se prepara al estudiante  
 0152 para el manejo del duelo?

0153  
 0154 **La Entrevistada:** Mira hasta donde yo sé no... yo creo que no... y por supuesto  
 0155 que debería impartirse.... desde pregrado y yo diría que desde el bachillerato .....

0156  
 0157 **La Entrevistadora:** ¿Cuál es tu concepción del hombre, como ves tú al hombre en  
 0158 término general?

0159  
 0160 **La Entrevistada:** Mira, en realidad yo nunca me había hecho esa pregunta... de  
 0161 verdad... en este momento no sabría darte un concepto como tal...yo lo veo como  
 0162 me veo a mí y si para mí es muy importante y trato de darle a la persona que tengo  
 0163 alrededor bien sea familia, compañeras de trabajo, pacientes, independientemente  
 0164 de su aspecto físico el trato que merecen como ser humano, como a mí me gustaría  
 0165 que me trataran.... y esa es nuestra pelea, acá en el trabajo como cabeza de casa de  
 0166 nuestro departamento..... tratamos siempre de rescatar esa parte de sensibilidad  
 0167 humana y eso es recalando todo el tiempo.... mire acuérdesse que no estamos

0168 trabajando con archivos, ni con papeles, ni con lápices.... trabajamos con un ser  
 0169 humano, y de paso un ser humano enfermo y no enfermo porque le salió una  
 0170 rochita, es cáncer.... acuérdense lo que significa para uno como ser humano que de  
 0171 repente tú vayas a una consulta, hay no que tengo una pepita aquí.... como la  
 0172 mayoría de las chicas que vienen, y que uno se extraña porque la edad ha ido  
 0173 bajando,.... y mira tú porque estás aquí? Ah! Porque me toque aquí anoche y tengo  
 0174 una pepita, por eso vine.... y cuando vamos a ver los resultados.... bueno es un  
 0175 cáncer ya hasta con metástasis... todo eso uno se los recalca. Pero a veces se  
 0176 pierden como que la perspectiva... bueno, también es que no es fácil y uno viene  
 0177 cargado de afuera.  
 0178

0179 **La Entrevistadora:** ¿Cree usted que la parte espiritual religiosa es importante  
 0180 cuando se acercan al paciente que tienen enfermedad terminal o a sus familiares?  
 0181

0182 **La Entrevistada:** Mira yo pienso que si, independientemente de la religión....  
 0183 Verdad?... respetando esa parte, no imponiéndole tu religión... yo creo que es muy  
 0184 importante y la mayoría de las veces el paciente mismo te lo pide y aquí gracia  
 0185 adiós que vienen de todas las Iglesias y tú puede ver un paciente muy agitado ya a  
 0186 punto de fallecer y se acerca alguien y le toman la mano le hace una oración y es  
 0187 como que entra en un estado de paz y muere como más tranquilo, por eso yo pienso  
 0188 que sí es muy importante la parte espiritual, independientemente de que puede ser  
 0189 alguien que nunca creyó en Dios, nunca creyó en nada, pero en esos momentos es  
 0190 como que.... cómo te diría.... como una luz y necesita que le hablen de Dios.... si  
 0191 es muy importante.  
 0192

0193 **La Entrevistadora:** ¿Si yo te dijera que vamos a conformar un equipo para el  
 0194 manejo del duelo y la muerte, por quienes crees tú que debería estar conformado?  
 0195

0196 **La Entrevistada:** Podría ser un psiquiatra pero un psiquiatra con nuevas  
 0197 alternativas, un psicólogo, un orientador y un representante espiritual dependiendo  
 0198 de la religión de cada quien.  
 0199

0200 **La Entrevistadora:** ¿Orquídea la parte espiritual religiosa es importante cuando se  
 0201 acercan al paciente que tienen enfermedad terminal o a sus familiares?  
 0202

0203 **La Entrevistada:** Mira yo pienso que si, independientemente de la religión....  
 0204 Verdad?... respetando esa parte, no imponiéndole tu religión... yo creo que es muy  
 0205 importante y la mayoría de las veces el paciente mismo te lo pide y aquí gracia  
 0206 adiós que vienen de todas las Iglesias y tú puede ver un paciente muy agitado ya a  
 0207 punto de fallecer y se acerca alguien y le toman la mano le hace una oración y es  
 0208 como que entra en un estado de paz y muere como más tranquilo, por eso yo pienso  
 0209 que sí es muy importante, independientemente de que puede ser alguien que nunca  
 0210 creyó en Dios, nunca creyó en nada, pero en esos momentos es como que.... cómo  
 0211 te diría.... como una luz y necesita que le hablen de Dios.... si es muy importante.  
 0212  
 0213

0214 **La Entrevistadora:** ¿Para usted, en la vivencia que tuvo con su tío fue importante  
0215 la dimensión espiritual?

0216  
0217 **La Entrevistada:** Si.... Si... tanto que durante su enfermedad se confesó, se la  
0218 llevó la comunión a la cama y siempre estábamos conversando acerca de Dios....  
0219 Dios existe y bueno lo que tenga que pasar pasara... tenemos que pedirle a Dios  
0220 que nos dé fortaleza, que nos de la paz que necesitamos para seguir adelante... a ti  
0221 si tienes que partir y a lo que nos quedamos para seguir adelante...para mí es  
0222 esencial.

**ENTREVISTA N°7. ROSA (TRABAJADORA SOCIAL)**

0001  
0002  
0003  
0004  
0005  
0006  
0007  
0008  
0009  
0010  
0011  
0012  
0013  
0014  
0015  
0016  
0017  
0018  
0019  
0020  
0021  
0022  
0023  
0024  
0025  
0026  
0027  
0028  
0029  
0030  
0031  
0032  
0033  
0034  
0035  
0036  
0037  
0038  
0039  
0040  
0041  
0042  
0043  
0044  
0045  
0046

**La Entrevistadora:** 1) ¿Qué experiencia de duelo y muerte recuerdas que no hayas podido olvidar?

**La Entrevistada:** Yo tengo una experiencia de un niño que vino 21 días a la radioterapia y 21 días que yo lloraba como que... (risas)... fue ayer...hay no eso fue terrible, desde ese entonces yo casi no me relaciono ni con los pacientes ni con los familiares porque uno siente que se va un ser querido, cuando se van se va uno también. Tenía seis años y una leucemia.... hay no... eso fue terrible... además mi hijo tenía más o menos ésa edad y yo digo bueno que cuando uno tiene un hijo tiene todo los hijos, entonces verlo ahí tanto sufrir como lo inyectaban para poderlo dopar para poder hacerle la radioterapia... nooooo... fue terrible, yo creo que fue la experiencia más fea que yo he vivido aquí porque son niños y una tiene como más sensibilidad con ellos. Después de allí yo dije no, no.... trato de no involucrarme ni con los paciente ni con los familiares.... o no mucho pues, porque uno los llega a querer como parte su familia porque tú sabes que aquí son pacientes crónicos, aquí duran muchísimos años y bueno uno lo sufre, lo vive, y bueno uno los llora y todo como si fueran familia de uno. Otra experiencia fue la muerte de mi hermana..., bueno eso fue terrible.... éramos hermanas, amigas, compañeras de trabajo, compañeras de estudio y.... bueno es cómo que le quitan la mitad uno.... ella trabajaba todo el día, nos veíamos toda la mañana y en la tarde ella se quedaba trabajando y yo me iba, yo trabajaba en una peluquería y un sábado.... Ella trabajó todo el viernes y el sábado mi papá me llama y me dice que amaneció muerta.... de eso hace ya 16 años.... bueno no se hinchó, no sufrió no tuvo esaaa..... expresión de dolor que tienen los pacientes que se mueren de infarto.... esa expresión de dolor ....de un dolor fuerte en el pecho, de hecho estaba dormida... en posición de dormida estaba... También he tenido familiares en la UCI y eso de verdad es bastante fuerte, y uno entonces.....uno como que traspola esa información, lo que ha vivido y uno se pone en lugar de los familiares y es bastante fuerte

**La Entrevistadora:** ¿Qué sientes cuando escuchas la palabra muerte?

**La Entrevistada:** Mira, hace un tiempo atrás, miedo, actualmente no.... más bien.... en este ámbito es descanso... porque uno ve aquí a las personas morir, sufrir, no solamente al paciente y sino a los familiares, al paciente más, el paciente se angustia tanto por lo que tiene, por todo lo que sufre y por los familiares... entonces yo creo que tener una enfermedad como esta es fuerte.... tiene que ser muy bien manejada.

Si yo creo que debe ser algo como estar dormido, donde no sientes, donde no padeces... donde nada... no hay nada (risas)

**La Entrevistadora:** ¿Ha vivenciado la muerte de un ser querido?

**La Entrevistada:** Mira mi abuelo, me tocó porque.... bueno no se... (risas) .... bueno sí sé porque en esta vida a uno todo le toca.... Esteeee.... gracias a Dios yo

0047 soy muy querida de parte y parte y es recíproco pues, yo también los quiero  
 0048 mucho... mi abuelo tenía 87 años hace unos cuantos años atrás, cuando murió, él  
 0049 bebía mucho, era alcohólico.... pero siempre tener la inclinación no, como Rosa es  
 0050 la que está en la salud, es la que sabe y un día le dio algo... un derrame pleural....  
 0051 no, no, yo no salgo si Rosa no está. Yo llegué de aquí del oncológico y mi mamá  
 0052 me dijo mira que vayas porque el abuelo está malito, lo llevamos al hospital y el  
 0053 doctor me dijo.... bueno, tú estás en salud él está delicado, muy delicado tú sabes lo  
 0054 que es una emergencia cualquier cosa yo te lo voy a dar, pero no creo que pase de  
 0055 esta noche y le dije bueno yo me lo llevo para mi casa porque yo quiero que él se  
 0056 vaya, si se tiene que ir ya, que se vaya en el calor de la casa y no en la sala de un  
 0057 hospital donde no hay absolutamente nadie que lo conozca y donde él se siente  
 0058 solo. Porque prácticamente se está muriendo de viejo, porque si en todo este tiempo  
 0059 el alcohol no lo mató ninguna enfermedad lo mató pues él se tiene que ir a su  
 0060 casa.... bueno a su riesgo se lo lleva.... tranquilo que yo sé que debo hacer yo me lo  
 0061 yo para la casa... le dije abuelo mira nos vamos a ir para la casa... por qué él hacía  
 0062 como para irse en la ambulancia y yo le decía abuelo ¿te tienes que ir? y él me decía  
 0063 “todavía no”.... todavía no es la hora.... si te tienes que ir avísame..... no todavía  
 0064 no es la hora me decía él.... bueno yo me lo llevé para la casa, yo le dije mira  
 0065 abuelo.... él me dijo... estoy muy mal verdad?, porque consciente en todo  
 0066 momento... le dije si abuelo estás muy mal... esteeee.... recuerda que nosotros no  
 0067 somos de aquí y no tenemos el poder en la mano de decidir cuándo nos vamos y  
 0068 cuando nos quedamos.... entonces él me dijo a mí en el hospital está llegando la  
 0069 ahora y yo me quiero ir para mi casa... yo le dije, bueno nos vamos, yo agarre nos  
 0070 vamos la ambulancia nos llevó otra vez a la casa ahí estuvimos toda esa noche...  
 0071 nos quedamos con él... él de lo más tranquilo, él todo Rosa, Rosa.... Aja, bueno, en  
 0072 la mañana yo le digo a mi prima mi abuelo está muy mal... usted va a la funeraria,  
 0073 usted va y hace la gestión, mi abuelo no va a salir de aquí, porque él ya me lo había  
 0074 dicho: yo no quiero salir de mi casa.... yo quiero morir en mi casa .... bueno se  
 0075 mandó a llamar a la familia, se le explicó a la familia...él me preguntó quien  
 0076 vino?... él estaba pendiente de quien llegaba y quien no llegaba, de eso él no  
 0077 hablaba con nadie porque... no sé si era que mis primas... de hecho ellas no tenía la  
 0078 preparación, ellas siempre dicen que nosotros somos indolentes y no es eso, quizás  
 0079 nosotros tenemos un poquito más de preparación con respecto a la muerte que  
 0080 ellos... entonces él me preguntaba quién está afuera.... porque nadie quería entrar  
 0081 al cuarto, todo lo que hacían era llorar... quién está afuera?... todos.... y quienes  
 0082 son todos?... o sea cosas así.... después llegó un momento en que él me dijo: Rosa  
 0083 quiero juguito.... y yo seguro abuelo?... si seguro... pero yo lo sentía muy mal y  
 0084 cuando yo me di la vuelta mi prima entró al cuarto y me pegó un grito.... ya estaba  
 0085 entrando en coma..... bueno... yo me le acerqué, lo traté de calmar y le dije abuelo  
 0086 todos vamos para donde tú vas y recuerda que no somos dueños de nuestro  
 0087 destino.... si quieres rezamos un Padre Nuestro, él era muy católico, rezamos un  
 0088 Padre Nuestro, un Ave María te parece?... me escuchas?... yo le tenía la mano  
 0089 agarrada... le dije si me estás escuchando apriétame la mano y él me la apretaba...  
 0090 quieres un Padre Nuestro?... me apretaba, y bueno rezamos el Padre Nuestro.... le  
 0091 dije lo mucho que lo queríamos y bueno él me hizo...(gesto de aprobación)....  
 0092 Ahora sí es hora? ...(gesto de aprobación).... me decía.... o sea no podía ni hablar,

0093 no podía nada.... estaba entrando ya en ese vacío, que le digo yo, en ese sueño  
 0094 profundo y hubo un momento en que ya se quedó, sin dolor, sin nada.... yo lo que  
 0095 sentía era que roncaba, roncaba, roncaba, hasta que dejó de roncar.... pero uno se  
 0096 siente bonito, uno siente.... bueno...hice lo que debía hacer.... Bueno... mis primas  
 0097 por allá pegando gritos... (gesto de mandar a callar)... silencio!!!... no griten, no  
 0098 salten, no nada... se quedó dormido.... ya lo que tuvieron que dar si no lo dieron ya  
 0099 no lo van a dar, lo que tuvieron que decir si no lo dijeron ya no lo van a decir, siiii  
 0100 nada, ya de aquí en adelante no hay más nada.... entonces todo el mundo así como  
 0101 que... (gesto de admiración)....(risas)... y después indolente, grosera, las cosas no  
 0102 son así.... Bueno....

0103

0104 **La Entrevistadora:** ¿Cuando me dices que te afecta de que sentimientos estamos  
 0105 hablando?

0106

0107 **La Entrevistada:** De dolor.....de tristeza... de impotencia, y es como te dije en  
 0108 una ocasión uno aprende a valorar la vida cuando vive entre muertos..... porque  
 0109 estar aquí es fuerte, es muy difícil yo creo que quien trabaja aquí en este medio y  
 0110 específicamente en el oncológico debe tener mucha sensibilidad porque si no, no se  
 0111 lo aguanta, no se lo soporta, o sea tiene que aprender, aprender mucho... mucho....  
 0112 porque aquí uno ve cada cosa..... aunque uno aprende... uno aprende a manejar  
 0113 estos sentimientos... porque no es que uno no tenga sentimientos, sino porque...  
 0114 bueno yo creo que nosotros vinimos a esta vida para algo, y por algo y no estamos  
 0115 aquí por casualidad porque aquí todo tiene su causa y su efecto, entonces si estamos  
 0116 aquí tenemos que aprender a manejar lo que tenemos....yyyy... .... Tuve un  
 0117 familiar en la UCI en otro Estado y eso de verdad es bastante fuerte, y uno  
 0118 entonces traspola esa información, lo que ha vivido y uno se pone en lugar  
 0119 de los familiares y es bastante fuerte

0120

0121 **La Entrevistadora:** ¿Si te hubiese tocado vivir eso con el niño que me contabas  
 0122 antes ¿cómo crees que hubiese sido?

0123

0124 **La Entrevistada:** Mira yo pienso que no es igual, porque uno ve en los niños esa  
 0125 persona que va creciendo, que son el futuro.... mientras que el abuelo ya vivió, ya  
 0126 hizo, ya logró cosas, o sea, yo soy su descendencia, yo pienso que por eso.... yo  
 0127 digo que por eso los hijos duelen más que los padres.... no es exactamente que  
 0128 duelan más, sino que uno se conforma más cuando el papá muere que cuando se  
 0129 muere un niño, uno dice no mis hijos me van a enterrar, ya yo hice, yo estudié, ya  
 0130 trabajé, ya tengo experiencia mientras que ellos están creciendo.

0131

0132 **La Entrevistadora:** ¿Cómo superaste tú ese duelo?

0133

0134 **La entrevistada:** Fue muy fuerte...(risa).... Fue muy duro, peero nosotros  
 0135 hicimos muchos talleres donde nos enseñaron... bueno.... que ellos están donde  
 0136 tienen que estar y nosotros donde tenemos que estar y en algún momento nosotros  
 0137 vamos para donde ellos están, tan sencillo como eso, me tocó hacer varios cursos,  
 0138

0139 hice cursos de Revive, hice cursos de Tadeo.... Este.... hice un curso de autocontrol  
 0140 de seguridad porque yo me levantaba de madrugada... (risas).... Desesperada...  
 0141 entonces bueno, yo pienso que eso sigue siendo.... formando parte de uno, pero uno  
 0142 aprende a manejarlo. Yo siento.... Bueno.... uno dice en lenguaje coloquial, nadie  
 0143 ha regresado para decir ella es mejor o peor...(risas).... nadie ha regresado, yo  
 0144 siento que cuando uno duerme uno se muere, no siente, no piensa, no padece, nada,  
 0145 uno simplemente esta inerte y ya, llega un momento en el estado del sueño que .....  
 0146 despertar....pero que pasó en el sueño, que pasó durante el sueño... no se sabe

0147

0148 **La Entrevistadora:** ¿Tú crees que esos sentimientos encontrados durante tanto  
 0149 tiempo podrían estar afectando tu salud?

0150

0151 **La Entrevistada:** No se...(risas)... no sé, pero es ese mecanismo de defensa que  
 0152 tenemos, no podemos llorar por todos los pacientes, no podemos sufrir por todos los  
 0153 pacientes y los familiares, uno trata de ayudar porque está en este medio y trata de  
 0154 orientarlos, pero yo particularmente no me involucro... Generalmente yo me  
 0155 acerco, lo toco, no sé, le ofrezco algo, pero decirle bueno esto iba a suceder es como  
 0156 algo así como muy fuerte....Otro aspecto también que creo que influye es el trato  
 0157 con los familiares, pienso que nosotros y tengo que incluirme, no comprendemos  
 0158 mucho al familiar a veces y la actitud del familiar a veces también influye en  
 0159 nosotros, porque nosotros pensamos que nos están agrediendo pero tampoco  
 0160 pensamos que esa agresión también es por la angustia de tener a su familiar malito.

0161

0162 **La Entrevistadora:** ¿Te sentiste preparada para manejar esa situación?

0163

0164 **La Entrevistada:** Bueno si me hubiesen preparado hubiese sido más fácil,  
 0165 hubiese sido mejor.... Diferente..... mis hijos tienen preparación diferente con  
 0166 respecto a la muerte.... mi hijo pequeño me dice mami yo no quiero que te  
 0167 mueras.... papá yo me voy a morir, algún día yo me voy a morir.... porque eso  
 0168 forma parte de la vida, nacemos, crecemos, reproducimos y morimos... eso forma  
 0169 parte de la vida, se muere una hoja, se muere una flor, se muere... todos tenemos  
 0170 que morir y para darle paso a otros porque imagínate que todo viviéramos,  
 0171 imagínate cómo sería el mundo si todos los que desde hace miles de años estuvieran  
 0172 vivos, entonces tenemos que evolucionar.... hace poco nos tocó un primo que se  
 0173 mató en una moto y eso quedó totalmente destrozado y a mi hijo hasta una bursitis  
 0174 le dio, una neuritis intercostal... fue terrible y eso que.... uno no se termina de  
 0175 preparar, porque yo pienso que uno... ese dolor es muy fuerte entonces él me decía:  
 0176 ¿qué hago?...¿qué hago mamá con este dolor que siento?...¿qué hago con esta rabia,  
 0177 con esta impotencia, con estas ganas de salir corriendo que tengo?... Nada,...  
 0178 calmarte le decía yo.... Calmarte.... Hey!, hey!, lo que tú estás viendo es sólo el  
 0179 cuerpo, ya el alma.... ya él no siente... ya él no está.... es el cuerpo, lo que está  
 0180 aquí es el cuerpo, mas no su alma, su suspiro de vida ya se fue.... le decía yo.

0181

0182

0183 **La Entrevistadora:** ¿Cree usted que la parte espiritual religiosa es importante para  
 0184 manejar estos temas?

0185 **La entrevistada:** No soy muy religiosa, de hecho hay parte de mi familia que me  
 0186 dice que soy atea.... No, no... yo creo en Dios creó en su hijo y creo el Espíritu  
 0187 Santo.... lo que no creo en imágenes ni en nada de esas cosas, además que, en todo  
 0188 este tiempo, mi papá también murió hace unos años atrás, casi seis años después de  
 0189 que mi hermana, pero yo veía a mi papá enterrar a mi hermana todos los domingos  
 0190 y yo no lo dejaba sólo.... pero entonces yo decía yo tengo, yo no puedo enterrar a  
 0191 mi papá todos los domingos durante todo los años de mi vida...(risas)... porque eso  
 0192 sería.... si él en algún lado está, si su alma en alguna parte está no va a estar  
 0193 tranquila y yo no voy a poder vivir tranquila tampoco y además yo tengo familia....  
 0193 entonces hay que manejar eso y no es que no me haga falta mi papá... pero hay que  
 0194 manejar esas cosas

0195

0196 **La Entrevistadora:** ¿Cómo ves usted al ser humano?

0197

0198 **La Entrevistada:** ¡Todo!.... claro... estamos aquí por algo, si hay un Dios que  
 0199 nos hizo por algo estamos aquí... por algo.... Yyyy.... Tenemos que dar lo mejor  
 0200 de nosotros mientras estemos aquí, compartiendo.

0201

0202 **La Entrevistadora:** ¿Cree usted que la parte religiosa espiritual es muy importante  
 0203 para manejar esas cosas?

0204

0205 **La Entrevistada:** (Risas)... lo que pasa es que yo no soy muy religiosa... es lo  
 0206 que te digo yo pienso que... si hay un Dios y qué, bueno, en él hay que creer,  
 0207 porque él nos pone lo que debemos vivir bueno o malo, pero así como que....¿como  
 0208 un padre?... no.... mi hijo pequeño le gusta ir al Iglesia, no se lo critico, tampoco se  
 0209 lo prohíbo, si él quiere ir a la Iglesia, vaya a la Iglesia, nosotros en semana Santa  
 0210 nos vamos a la playa y ellos van a la iglesia todos los día, vayan a la Iglesia.... yo  
 0211 pienso que todos somos individuales y que cada quien tiene su forma de pensar y  
 0212 actuar, entonces, a él le gusta pues vaya, o sea, no voy a ser yo quien le va a  
 0213 decir.... tampoco voy hacer una madre castradora, que tiene que ser lo que yo digo,  
 0214 no, yo tengo mi manera de ver la vida y de sentir las cosas y bueno... él cree en  
 0215 muchas cosas de esas, en José Gregorio Hernández, en toda esas cosas... él a veces  
 0216 me dice: ¿es malo mamá? ....No porque si tú crees... nosotros le ponemos todo el  
 0217 corazón, toda la energía a lo que creemos y eso no va hacer el milagro y yo pienso  
 0218 que somos energía y la energía es la que nos hace los milagros porque en alguna  
 0219 ocasión alguien que escribió dijo que si teníamos fe como un granito de mostaza  
 0220 moveremos montañas.... entonces es así.

0221

0222 **La Entrevistadora:** ¿La institución donde trabajas te ha brindado herramientas de  
 0223 apoyo para manejar tus propios duelos o para ayudar a la demás persona a superar  
 0224 sus duelos?

0225

0226 **La Entrevistadora:** Para nada, yo creo que aquí eso hace mucha falta.... quizás  
 0227 antes había como mayor sensibilidad por parte del equipo de salud pero ya no, eso  
 0228 se acabó.... aquí el personal está más por lo que va a cobrar, aquí no se imparte un  
 0229 taller de manejo de duelo, de nada, aquí nada... estamos a acéfalos en ese sentido.

0230 Creo que a la falta de vocación, los médicos son de escritorio y habló de los  
 0231 médicos porque de todo el que llega a la parte de la dirección es un médico, y  
 0232 normalmente es médico de acá mismo... entonces.... quizás ellos manejan su  
 0233 propio sistema pero aquí hay más personal y ellos no lo ven.... aquí el nivel médico  
 0234 es el nivel medico y los demás allá no lo ven, pero enfermería, ellos,... tienen  
 0235 como un poquito más de preparación sobre esto, por lo menos hacen talleres hacen  
 0236 congresos... no sé que se maneja ahí porque de verdad que nunca he ido pero por lo  
 0237 menos se ve que se preparan

0238  
 0239 **La Entrevistadora:** ¿No has asistido a esos talleres y/o Congresos porque no has  
 0240 podido o porque no te han invitado?

0241  
 0242 **La Entrevistadora:** Porque no me han invitado.... lo que pasa es que eso es  
 0243 importante porque un taller no puede ser para x o determinado personal un taller  
 0244 tiene que ser para todo el personal porque aquí nosotros todos somos importantes  
 0245 desde la señora que limpia hasta el director del hospital todos somos importantes,  
 0246 entonces si enfermería hace un taller de X, yo me imagino que debe invitar a todo el  
 0247 personal del hospital, médicos, camareras, todo el mundo tiene que ir y sobre todo  
 0248 con este tipo de información (refiriéndose a duelo y muerte) pero aquí no se hace  
 0249 nada de eso, aquí cada quien se maneja como puede y tiene sus mecanismos propios  
 0250 y logra acomodarlos a su vida...

0251  
 0252 **La Entrevistadora:** ¿Qué taller quisieras tú que te dictaran o que te dieran?

0253  
 0254 **La Entrevistada:** Sobre la muerte, manejo del dolor y del sufrimiento.... porque  
 0255 aquí se ve muchísimo, muchísimo y a veces uno trata de no decir, de no acercarse  
 0256 porque ¿qué le digo? ¿Cómo lo manejo?

0257  
 0258 **La Entrevistadora:** ¿Por quienes debería estar conformado un equipo para dictar  
 0259 un taller sobre manejo del duelo y de la muerte?

0260  
 0261 **La Entrevistada:** Mira por un psicólogo, un psiquiatra que son los que manejan  
 0262 mejor ese tema, persona que estén vinculadas... que se yo... a Tadeo... los  
 0263 sacerdotes que también tiene mucha información sobre eso y que pueden ayudar y  
 0264 eso es a todo nivel tanto para médicos como para enfermeras y para todo el  
 0265 personal de la institución.  
 0266

#### **4.4. PERSPECTIVA DE LA INVESTIGADORA**

Siempre he sentido un profundo respeto y una genuina curiosidad por todo lo que encierra la muerte como hecho inevitable de la vida; recuerdo que cuando tenía 6 años de edad murió mi abuela materna y el verla y estar cerca de su cuerpo sin vida (antes la preparación del cadáver y el velorio se realizaba en casa) despertó en mí sentimientos de tristeza, obviamente, pero también afianzaron la idea de que en algún momento de la vida, todos vamos a morir.

Como ser humano pienso que debemos familiarizarnos con la muerte como lo hacemos con la vida, porque al fin y al cabo la muerte es la última etapa de la vida. Como enfermera creo que se debe preparar a los estudiantes de ciencias de la salud sobre el que hacer ante el duelo y la muerte, como herramienta fundamental en el día a día de su quehacer laboral. Considero que solamente de esta manera, preparándonos, podremos brindar un cuidado idóneo a nuestros pacientes y a sus familiares, y a la vez evitaremos situaciones desagradables como no saber que decir ante la angustia del familiar o la mirada y las interrogantes del paciente terminal, situaciones estas que generan también en nosotros, como profesionales de la salud, muchos sentimientos encontrados como lo son: la impotencia, la tristeza, la angustia, el llanto, la huida, entre otros.

Cuando leo lo anteriormente planteado viene a mi memoria la primera vez que como enfermera enfrente la muerte de un paciente (ID: enfisema pulmonar), al que había atendido por varios meses ya que iba y venía con constantes recaídas. Mi guardia era la nocturna y el paciente había pasado el día en condiciones muy delicadas y como decía mi compañera de guardia “todos esperan la noche para morir”; y efectivamente así fue. Recuerdo que estaba rodeado de sus familiares esperando el momento y que yo no sabía qué hacer, ni que decir (solo oraba en silencio) y cuando falleció, me fui corriendo al cuarto de reposo a llorar, mi compañera de guardia se acercó y me dijo que no podía ponerme así porque si no, no servía para ser enfermera.

En tal sentido reafirmo que el duelo y la muerte son hermanos inseparables de la vida, queramos aceptarlo o no, y que forma parte de nuestro diario quehacer laboral, es un hecho real que como profesionales de la salud debemos asumir, en un intento por buscar las mejores estrategias que nos permitan abordar al paciente terminal y a sus familiares en todas las dimensiones del ser (físicas, psicológicas, social, cultural y espiritual), con el fin de brindar los cuidados que debemos y que nuestros pacientes se merecen.

## **CAPITULO V**

### **FENOMENOLOGÍA DE LAS APARIENCIA**

#### **(ESENCIA Y ESTRUCTURA)**

Esta tercera fase trata sobre la síntesis narrativa, la categorización, agrupación y codificación de la información de los sujetos participantes, durante las entrevistas realizadas, las cuales generaron aspectos importantes, interesantes y estimulantes para la comprensión del fenómeno de estudio.

Se elaboró la síntesis narrativa, con el objeto de identificar las similitudes entre las respuestas dadas por los actores sociales, se consideró los párrafos donde no estuviera presente repeticiones de los mismos, para obtener una visión integradora del fenómeno estudiado. Con respecto a la categorización de la información, se define: como un proceso de clasificar, conceptualizar o codificar con un término o expresión el contenido de cada unidad temática, que puede ser una frase un párrafo o un sector más amplio. **(76)**

Para llegar a la estructuración de las categorías, capture las estructuras del hecho, las organice a través de matrices de manera que pudieran ser contrastadas y así

emergieron las semejanzas y diferencias. Finalmente presento la estructuración de las categorías y subcategorías del fenómeno de estudio.

### 5.1. SÍNTESIS NARRATIVA

Basada en las interrogantes formuladas para el estudio, se presenta un resumen de los significados derivados de las entrevistas realizadas por la investigadora a cada uno de los informantes.

#### PRESENTACIÓN DE LA MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN Y CODIFICACIÓN

SUBCATEGORIA	CATEGORIA	CODIFICACION
Sufrimiento y tragedia Algo natural del ser humano Etapa final de la vida Tránsito a una vida mejor Pasar la página y abrir una nueva Fracaso de la acción medica	Percibiendo la muerte y el duelo del ser humano	PLMYEDDSH
Actitudes hacia la enfermedad  Creencias religiosas que permiten percibir el duelo y la muerte en un sentido positivo o al menos esperanzador	Entendiendo las creencias de los pacientes sobre el duelo y la muerte	ELCDLPSEDYLM
Proyección emotiva: temor, rabia, tristeza, llanto. Reacciones ante el duelo y la muerte: Confusión, Evasión, Frustración, Impotencia y Consuelo. Emociones de alegría por la Satisfacción profesional. Sentirse vulnerables ante su propia muerte	Comprendiendo sentimientos y emociones desencadenados por la muerte de sus pacientes	CSYEDPLMDSP
Establecen una relación amigable (Lazos afectivos) Identificación con el paciente Acercamiento	Acercamiento empático con el ser humano que sufre.	AECESHQS

Se ponen en lugar para comprenderlo (sienten dolor) Manifestaciones de cariño y apego con algunos pacientes.		
Formación de equipos interdisciplinarios para el buen manejo del duelo y la muerte  Formación académica del equipo de salud sobre el duelo y la muerte  Creación de redes de apoyo Relación de ayuda a la familia del moribundo Relación de apoyo con los compañeros de trabajo	Necesitando herramientas para aprender y entender el duelo y la muerte	NHPAYEEDYLM

## 5.2. TRIANGULACIÓN DE LAS CATEGORÍAS SURGIDAS

A continuación se presentan las coincidencias o intersecciones entre los significados emergidos, de la información aportada por los informantes claves. Para desarrollar el proceso de triangulación, se inició agrupando las categorías de acuerdo a las respuestas emitidas por los informantes claves en relación con el fenómeno de estudio.

### Coincidencias o Intersecciones Identificadas en las Categorías.

#### 1.- Percibiendo la muerte y el duelo del ser humano

COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES	
Médico Oncólogo (Araguaney)	 ya uno está tan acostumbrado a la muerte, que la veo natural (0024 al 0025)...pasando la página... (0101 al 0102) la muerte es un sufrimiento, es un duelo, es una tragedia... (0185 al 0188) a la vuelta de la esquina, de la vida, esta la muerte.. (0062)
Enfermera (Gardenia)	 La muerte es una etapa más, es terminar esta vida... (0064 al 0070) (0127) Se habla poco de muerte y duelo (0204)... si tu aceptas la muerte (0082) Porque a veces tú te pregunta ¿por qué este paciente? (0186 al 0190)
Enfermera (Girasol)	 la muerte es nefasta (0037) es algo fuerte (0039) Bueno a veces me siento muy cargada...fulanito falleció... (0124 a la 0127)
Enfermera (Lirio)	 la muerte en primer lugar es algo natural (0028 al 0030) (0176) reaccionar ante el duelo o ante la muerte (0055 al 0057)
Médico Psiquiatra (Tulipán)	 Para mí la muerte es cambiar de esta escena... (0047 al 0048) ... la muerte deja un vacío (0132 al 0134)
Médico Ginecólogo (Olivo)	 la muerte es un atributo innegable de la condición de ser viviente (0037 al 0039) concebimos la muerte como algo inevitable (0070 al 0074) la muerte es el fracaso de la acción médica (0048 al 0052)

2.- Entendiendo las creencias propias y de los pacientes sobre el duelo y la muerte.

<b>COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES</b>	
Médico Oncólogo (Araguaney)	 ...hay pacientes que no, que lo lleva muy bien, o sea la actitud que asuman ante la enfermedad es muy importante (0038 al 0042) el paciente que se quiere morir... (0043 al 0045) El paciente que no sea practicante por decirlo así, siempre en estos momentos termina aforrándose... (0175 al 0177) La religión te ayuda a entender.... (0182/0183) claro que sí, tarde o temprano eso me va cobrar una factura...(0131 al 0133)
Enfermera (Gardenia)	 Yo pienso que la parte espiritual si es muy importante...(0123 al 0124) ...esa fe, esa creencia que tú tiene en Dios, en Jesús, en el Espíritu Santo te ayuda a aceptar que tarde o temprano tú, tu hijo, tu esposo, tu mamá, tu papá, se tienen que ir.. Ves? (0092 al 0095)
Enfermera (Girasol)	 ...trato de hablarles de Dios, porque siento que ellos lo necesitan. (0135 al 0136) Yo creo que siempre van como que mezclándose todos esos sentimientos y nosotras los vamos...esteee... como ocultando, porque no sabemos qué hacer con ellos.(0109 al 0111)
Enfermera (Lirio)	 ...nosotras como enfermeras no nos cuidamos porque nosotras nos llenamos de los duelos de todos (0190 al 0193) Independientemente de la religión que profese cada persona, yo pienso que es muy importante en esta etapa, porque los va a fortalecer... tiene que ver que hay dos planos, que hay un plano espiritual... (0233 al 0243) será por eso nos la pasamos con tantos achaques(0255 al 0257)
Médico psiquiatra (Tulipán)	 Hay algo en la psique que mueve muchas cosas... tú ves al paciente deprimido como sucumbe rápido ante la enfermedad... (0012 al 0016)
Médico Ginecólogo (Olivo)	 se nos educa para la vida, se nos educa para la vida no para la muerte (0032)

3. Comprendiendo sentimientos y emociones desencadenados por la muerte de sus pacientes.

<b>COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES</b>	
Médico Oncólogo (Araguaney)	<p>✚ Allí hubo mucho sufrimiento y frustración... (0085 al 0088) ...el hecho de ver a tu paciente recuperado y saber que tú has hecho algo por él, eso te llena mucho de satisfacción. (0124 al 0126)</p>
Enfermera (Gardenia)	<p>✚ Bueno yo abrazaba a su mamá y a su tía y lloré y lloré y lloré... (0038 al 0042) había muerte cerebral y bueno su mamá, su papá, su hermanita y bueno tú los abrazas, lloras"...(0048 al 0049) nos decía la enfermera no puede llorar... pero, siiii, tú te llevas a veces eso para la casa y lloras y te angustias (0219 al 0225)</p>
Enfermera (Girasol)	<p>✚ ...pero Dios porque te la llevaste si estaba aún joven... (0050 al 0052) Fíjate lo que yo pienso: ¡ay!... espero no estar cuando fallezca... (0025 al 0030) saber o conocer que estamos como que de paso.. (0116 al 0122) es más, ellos también empiezan "quien se lo dice" "yo no se lo digo" "díselo tú"... se esconden, ... (0145 al 0147)</p>
Enfermera (Lirio)	<p>✚ yo no sé que sentí...o sea, como te digo, como una tristeza... pase días muy triste (0047 al 0049) A veces nos ponemos, ah! ok se murió, ¿quién se lo va a decir?... (0219 al 0221) me ha servido para saber que a mí me gusta mi profesión (0329 al 0336)</p>
Médico psiquiatra (Tulipán)	<p>✚ (0253) Mira...sentimientos... primero la tristeza, a veces un poco de rabia... (0248 al 0050) La satisfacción cuando tú logras arrancar de las manos de la muerte una vida.. (0051 al 0054) le tenemos miedo a nuestra muerte...(0227 al 0229)</p>
Médico Ginecólogo (Olivo)	<p>✚ la señora se me murió en el acto operatorio...;yo salí llorando de pabellón... salí llorando de pabellón!</p>

	...(0165 al 0170) alguien de tu generación, se murió... el temor... el temor de morir, el temor a la muerte (0178 al 0185)
--	--

#### 4. Acercamiento empático con el ser humano que sufre.

<b>COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES</b>	
Médico Oncólogo (Araguaney)	 entonces me siento a veces como abatido, con mucha preocupación.... y a la vez intentas darle fuerzas... tú sabes que el paciente va a fallecer, sabes que el paciente va a morir.... lo llenas de fuerzas, de optimismo...de que.... esos días que le queden los logre vivir a plenitud... (0027 al 0034)
Enfermera (Gardenia)	 yo viví mucho el duelo porque si me afectó, una niña de 12 años... (0045 al 0047) Siempre la recuerdo porque ella pidió ayuda, que no quería morir...sabes que no puedes hacer más nada... (0014 al 0017)... tienes que pasar por eso para saber lo que está sufriendo la otra persona porque es duro...es duro... de alguno u otro modo tú te involucras... tú te involucras. (0142 al 0147)
Enfermera (Girasol)	 Siempre a uno lo enseñan... no familiarizarse tanto con los pacientes... (0020 al 0024) ...me vi como que ese núcleo familiar como que era el mío y entonces bueno cuando murió como que te quieres apartar para no verlos llorar...(0014 al 0019)
Enfermera (Lirio)	 uno siente esa muerte, pero yo no sé porque se torna tan difícil ese acercamiento,.... no hay palabras de consuelo para ese familiar... (0163 al 0166)
Médico Psiquiatra (Tulipán)	 eso en la vida profesional me ayudó a mí, me ha ayudado a entender mejor a alguien que esté en la misma situación (0136 al 0138)
Médico Ginecólogo (Olivo)	 yo le hice a la mamá una cesárea post mortem y saqué al muchacho vivo,

	¿comprendes? ...son cosas que lo conmueven a uno.... cesárea post mortem (0152 al 0158)
--	---

### 5. Necesitando herramientas para aprender y entender el duelo y la muerte.

COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES	
Médico Oncólogo (Araguaney)	✚ Yo pienso que no estamos preparados para hacer frente a esas situaciones de duelo y muerte... definitivamente (0094 al 0095)
Enfermera (Gardenia)	✚ Desde los primeros años se deben preparar a los estudiantes, no solamente de la vida, como no, pero la muerte también y cómo enfrentarla (0251 al 0254) A mi parecer creo que nos hacen falta talleres, convivencias...(0244 al 0250) se ha perdido ese compañerismo entre los compañeros de trabajo, yo creo que no hay amor, no hay cariño(0255)
Enfermera (Girasol)	✚ En un buen equipo, para mí, debería estar presentes un sacerdote, bueno dependiendo de la religión de la persona (0212 al 0215)...no se ve entre compañeros, ahora no, antes había cómo más familiaridad... (0096 al 0098)
Enfermera (Lirio)	✚ ...se debe preparar al equipo de salud para el manejo del paciente o de los familiares cuando vivencian procesos de duelo (0214 al 216) ...¡Aja!...pero donde está la sensibilidad para mí, mi cuidado para mí...eso no se ve y entonces eso nos hace trabajar mal... nos hace falta preparación para enfrentarnos a esas situaciones y poder brindar un buen apoyo... (0201 al 0209) Me sentí muy mal porque en ese duelo que yo tuve, ninguna de mis compañeras me acompañó (0099 al 0103)
Médico psiquiatra (Tulipán)	✚ Es un tema que debe tratarse (muerte y duelo), que debe hablarse con toda libertad y dar la libertad a los muchachos para que hablen... (0232 al 0235) yo nunca tuve

	un espacio, en ninguna asignatura donde yo pudiera hablar de la muerte (0230 al 0231)
Médico Ginecólogo (Olivo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ hay que insistir en la formación para el manejo de estas situaciones en los profesionales de la salud (0300 al 0307)</li> </ul> <p>Son muy poca la gente que maneja el duelo, son muy pocas la gente que se dedica al estudio del duelo (0219 al 0226)</p>

### Coincidencias o Intersecciones de los Agentes Externos.

<b>COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES DE AGENTES EXTERNOS</b>	
Trabajadora Social (Orquídea)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ uno no acepta la muerte y no acepta la muerte de otra persona (0051 al 0055) Yo pienso que sí es muy importante la parte espiritual... (0190 al 0194) A veces, yo no sé, es como que me tranco, no sé si llorar (0116 al 0118) A veces digo no vuelvo, no vuelvo, yo no tengo nada que hacer aquí (0074 al 0077)</li> <li>✚ Yo no quería volver, yo no quería nada, porque estaba muy apegada a él... (0107 al 0111) debería existir una consulta con un especialista llámese psiquiatra.... porque a veces uno lo que necesita es eso, expresarse.... que te escuchen.... (0142 al 0151) debemos tomar en cuenta es a su familiar, está ahí pero nadie se acerca sino que se esconden y no le dicen (0082 al 0086) pero el cuerpo, verdad, va pasando como quien dice su factura... (125 al 132)</li> </ul>
Trabajadora Social (Rosa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Pensamos en la muerte y meditamos mucho (0046 al 0050)... si teníamos fe como un granito de mostaza moveremos montañas... entonces es así. (0217 al 0218) De dolor....de tristeza... de impotencia, y es como te dije en una ocasión uno aprende a valorar la vida cuando vive entre muertos... (0107 al 0113 yo me acerco, lo toco, no sé, le ofrezco algo.. (0152 al 0153)</li> <li>✚ uno se pone en lugar de los familiares y es bastante fuerte (0118 al 0119)... Si enfermería hace un taller X; yo me imagino que debe invitar a todo el personal del hospital, médicos, camareras, todo el mundo tiene que ir... (0244 al 0248) nosotros y tengo que</li> </ul>

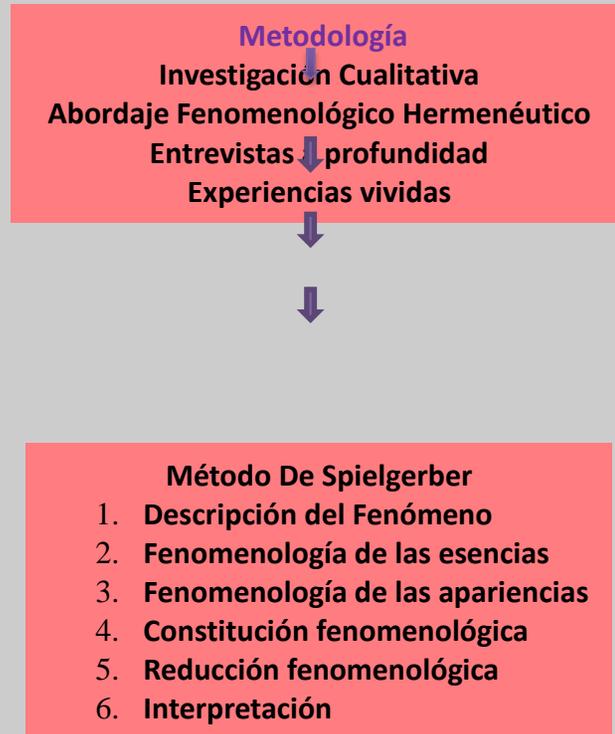
	incluirme, no comprendemos mucho al familiar y la actitud del familiar a veces también influye en nosotros (0154 al 0158)
--	---

### **5.3. ESTRUCTURACIÓN DE LAS CATEGORÍAS**

A continuación la integración e interrelación de las categorías emergentes mediante la representación gráfica de las mismas.

# Diagrama Epistémico

Significado de las vivencias de los médicos y las enfermeras sobre el duelo y la muerte



Generar una aproximación teórica reflexiva sobre el significado que tiene para los médicos y las enfermeras sus vivencias sobre el duelo y la muerte.



## **CAPITULO VI**

### **CONSTITUCIÓN DE LOS SIGNIFICADOS**

Una vez organizada la información e identificada las semejanzas y diferencias se facilitó la constitución de los significados, qué los sujetos de estudio tienen con respecto al fenómeno. A partir de las intersecciones que resultaron de las percepciones de todos los informantes del estudio, en un intento de aproximación a la comprensión y conformación de la estructura que emerge del fenómeno, así se procedió a constituir el fenómeno a modo de descripción sustentado en los significados representativos del fenómeno (Fase IV).

Posteriormente se realizó la triangulación, utilizándose para este estudio el “Método de Triangulación de Fuentes”, donde se comparan una variedad de datos provenientes de diferentes fuentes de información: informantes claves (médicos y enfermeras), agentes externos e investigadora.

La triangulación es una técnica de análisis de la información, esta consiste en recoger, analizar y describir datos, para compararlos y contractarlos entre sí. La triangulación nos permite la validez de las impresiones; amplía el ámbito de los constructos desarrollados en la investigación, además consiste en determinar las

intersecciones o coincidencias a partir de las diferentes percepciones y fuentes de información de varias apreciaciones del mismo fenómeno. Se puede decir que la triangulación se utiliza para denominar la combinación de métodos, grupos de estudios, entornos locales y temporales y perspectivas teóricas diferentes al ocuparse de un fenómeno. (77)

**TRIANGULACION (Análisis de Resultados)**

Categorías	Subcategorías	Narrativa de la Entrevista	Autores que abordan los hechos narrados	Describiendo y Comprendiendo el Fenómeno
<p align="center"><b>Percibiendo la muerte y el duelo del ser humano</b></p>	<p>Sufrimiento y tragedia</p> <p>Algo natural del ser humano</p> <p>Etapa final de la vida</p> <p>Tránsito a una vida mejor</p> <p>Pasar la página y abrir una nueva</p> <p>Fracaso de la acción medica</p>	<p>La muerte es nefasta!, y más si la muerte es impactante por un accidente o algo así de imprevisto.. es algo fuerte” (Girasol)</p> <p>“Nos han enseñado desde pequeño que la muerte es un sufrimiento, es un duelo, es una tragedia ¿entiendes? y yo creo que por tal motivo como fuimos creado así lo aprendimos desde pequeñitos, vivimos en una sociedad que lo ve de esa manera” (Araguaney)</p> <p>“La muerte es una etapa más, es terminar esta vida y es como una continuidad de que va haber una vida mejor, que así, yo lo veo así, que así como tú estás nueve meses en el vientre de tu mamá, donde todo es perfecto, la luz, ese medio que tú estás protegido allí, que estás dependiendo de tu mamá para poder sobrevivir, esa es una vida con todo lo que eso involucre, esta vida que es un poco más dura, que es un poco más cruda y la otra, así lo veo yo, dónde va haber más paz, más perfección, menos dolor” (Gardenia)</p> <p>“Yo pienso que la muerte en primer lugar es algo natural, es sorprendente porque esa persona ya no va a estar con nosotros, pero es algo natural porque todos vamos para allá” (Lirio)</p> <p>“ya uno está tan acostumbrado a la muerte, de repente uno la ve tan</p>	<p>La muerte es la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre, símbolo de la finitud humana, sufrida de forma impotente y pasiva: no está en manos del hombre poder evitarla con ella terminan los procesos biológicos fundamentales, pero también las relaciones sociales del hombre. <b>(26)</b></p> <p>La muerte es universal, pero los modos de morir en el seno de cada sociedad difieren sustancialmente. Los procesos sociales que acompañan el morir son radicalmente distintos y también la consideración social del hecho de morir. En la cultura occidental, el sentido del morir y sus procesos rituales, simbólicos y sociales que acompañan el morir son radicalmente distintos. <b>(78)</b></p> <p>La muerte, es por tanto, un acontecimiento que afecta a todo el ser del hombre. Asimismo es un episodio de la vida, nada menos que el episodio final y enigmático, dotado también de máxima dignidad. <b>(26)</b></p> <p>El modelo biomédico y el enfoque rehabilitador que las instituciones sanitarias propugnan influyen en la visión negativa que los profesionales de la salud tienen de la muerte.<b>(79)</b></p> <p>Rhodes-Kropf, realizo un estudio donde investiga las percepciones de la muerte de estudiantes de medicina, se evidencia que desde ese momento los futuros médicos se sienten bastante afectados por la muerte de sus pacientes: “la</p>	<p>Las personas entrevistadas perciben el proceso de morir y muerte relacionado con la ausencia de vida. Para ellos, la aceptación de la muerte es algo que no se da, no aceptan, ni aceptamos la muerte.</p> <p>Consideran que por este hecho de la no aceptación de la muerte, no se habla de ella, así mismo piensan que el hecho de aceptarla o no y de la manera en que vivas influirá en la forma en que mueras, de igual manera creen que deja un vacío y que constituye un fracaso de su accionar como proveedores de salud. En la era del mundo globalizado aceptar la muerte es un acontecimiento que esta fuera de los estándares patentados, el culto a la belleza, a la vida, al bienestar, lo ahogan y lo esconden dentro de sus entrañas.</p> <p>Para la sociedad occidental como creencia religiosa (influencia judeo cristiana) la muerte es un cúmulo de sentimientos negativos y desagradables que genera angustia, tristeza, dolor, sufrimiento y que no sabe distinguir entre buenos de malos, jóvenes de ancianos, ricos de pobres; simplemente representa</p>

		<p>cerca como que la veo natural” (Araguaney)  “Para mí la muerte es cambiar de esta escena..., yo sé que allá arriba hay uno que te espera” (Tulipán)  “La muerte es un atributo innegable de la condición de ser viviente por el hecho de que ya sabemos que el ser humano nace, crece, se desarrolla y muere; nace, crece, se desarrolla, vive y muere”... (Olivo) “que tiene una lesión renal incompatible con la vida, que tiene una lesión mental cerebral incompatible con la vida o está en vida vegetativa, indudablemente concebimos la muerte como algo inevitable y si esa muerte ocurre, automáticamente nosotros ponemos en juego, que te dijera yo,... ponemos en juego elementos,... elementos que te llevan a ti aceptar como un hecho inevitable y lógico la muerte de ese ser viviente que va a ser para él un descanso, un descanso de su angustia que vive, si la percibe”... (Olivo)  “A nosotros nos cuesta mucho aceptar que a la vuelta de la esquina, de la vida, está la muerte” (Araguaney)  “La muerte deja un vacío, es algo que te va a dejar siempre un vacío porque la persona ya no va a estar con uno, por eso cuesta tanto aceptarla” (Tulipán)  “Se habla poco de muerte y duelo, yo pienso que se habla muy poco de eso, será porque no la aceptamos” (Gardenia)</p>	<p>mayoría de los estudiantes consideraron que han recibido apoyo insuficiente por parte de los médicos para hacer frente a estas difíciles emociones. Los estudiantes pensaron que el sistema médico hace caso omiso de sus emociones y evita el debate sobre la muerte”(80.)  Considerar la muerte como un evento negativo puede asociarse al hecho que a partir el siglo XVIII, la concepción de esta para el médico, cambio; se empezó a percibir como un enemigo al cual se podía someter; desde esa época él era capaz de estar en lugares donde había gran cantidad de moribundos por diferentes enfermedades y no se contagiaba ni moría; de allí viene parte del poder que culturalmente se le ha otorgado al médico sobre la muerte. Por lo tanto, cuando el médico no logra vencer a su oponente, pueden generarse sentimientos de culpa y de no haber hecho todo lo que se debía hacer para evitar que el enfermo muriera. Y Si dentro de la educación médica, la expresión de los sentimientos del médico no está contemplada, ignorarlos, es una alternativa válida (10)  Kubler y Kessler señalan que todos los miedos del ser humano, tienen su origen en el miedo a la muerte y si aprendemos a mitigar ese miedo podremos enfrentarnos a todos los demás miedos con mayor tranquilidad (81) Debemos reinventar la experiencia de muerte y descubrir que hay formas positivas y negativas de morir. (82)  Para Jaspers el sufrimiento deriva de la</p>	<p>un aspecto de la vida que desesperadamente queremos evitar. En consecuencia, si no aceptamos nuestra muerte, mucho menos aceptaremos la muerte del otro. De igual manera las concepciones y creencias que tengamos de la muerte repercutirán en la forma como actuemos ante ella y en como la vivenciamos cuando nos llegue.   Este hecho se relaciona con lo planteado anteriormente sobre la falta de preparación académica que conciente al individuo sobre la muerte y el duelo como parte de la vida. Aunado a esto la cultura imperante en nuestra sociedad capitalista, que desvirtúa la concepción de la muerte como un suceso aparte de la vida, del que no vale la pena hablar. El hecho de no encontrar autores que aborden este punto (a pesar de la exhaustiva búsqueda) reafirma lo antes planteado.   Comprendiendo estos elementos, podemos inferir que lo referido por los miembros del equipo de salud, nos muestran de cierta manera, la inclusión de la muerte en sus vidas como algo natural y cotidiano. Ver morir a las personas cada día, de todas las edades, condiciones sociales y creencias religiosas, hace</p>
--	--	--	---	---

		<p>“Para nosotros los médicos, creo que así lo ve la mayoría de los que trabajamos en salud, la muerte es el fracaso de la acción médica y es una visión muy pragmática y egoísta porque tenemos que aceptar que la muerte es un atributo también de la vida” (Olivo)</p> <p>“Si tu aceptas la muerte, la manera como tú vives, eso va a marcar, a mi parecer, la manera como tú te vayas, en paz o no... así lo veo yo” (Gardenia)</p> <p>“Pensamos en la muerte y meditamos mucho, reflexionamos, cuando vemos a la persona que sufre, nosotros sufrimos, pero es como que se apagó la luz, paso un lapso y después se olvida, como que después eso no va a volver a pasar, a pesar de que estamos conscientes de que eso es continuo, pero si se desconecta, no se piensa más en el asunto, es como asunto olvidado.... de verdad que es impresionante”. (Rosa)</p> <p>“Sigo en esto trabajando, sencillamente reflexionando sobre la situación... más nada, todo los días como que pasando la página.... abriendo la página nueva, porque si no terminas tu deprimido aquí...enfermo, ante tantas situaciones”. (Araguaney)</p> <p>Reflexionar en aquello que pueda pasar nos puede ayudar mucho, es como,... no sé,... planear, planificar de que manera nosotros podemos</p>	<p>consciencia del hombre acerca de su finitud, por lo que la realización de la existencia de la humanidad está ligada al tiempo. (37)</p> <p>Todos los que trabajamos en el área de la salud hemos sufrido diversas pérdidas en nuestra propia vida, esto conlleva a que sintamos una especie de aprensión con respecto a pérdidas pendientes, por ejemplo la de nuestros padres, nuestros hijos o nuestras parejas. (3)</p> <p>Los estudios han demostrado que el miedo a la muerte se manifiesta con particular intensidad entre los médicos y las enfermeras. (83)</p> <p>La OMS en el año 2003 refiere que: El equipo interdisciplinario de salud podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), sólo si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés (34).</p> <p>Se da por hecho que el avance de la medicina va a hacer posible mantenernos saludables y vivos. Por ello, existe un sentimiento de que siempre hay algo que hacer y que evite, que posponga, que haga desaparecer la muerte. Esto tiene como consecuencia que la muerte del enfermo sea asumida como un fracaso profesional por el equipo sanitario y por la sociedad. (84)</p> <p>Kraus afirma que la construcción de nuevos escenarios de vida se basa en la comprensión de las pérdidas y aunque ni la obviada, ni el dolor, ni la</p>	<p>integrar el fenómeno igualitario e inevitable de la muerte en la labor diaria de estos profesionales, sin embargo subyace también en esos planteamientos, la afectación del ser.</p> <p>Los participantes en el estudio plantearon que el pensar en las vivencias sobre el duelo y la muerte, les permite reflexionar sobre estos hechos, pero que a la vez “pasan la página” y siguen adelante. Afirman no saber cómo van actuar cuando vuelvan a vivenciar situaciones de duelo y muerte.</p> <p>Los participantes en el estudio reflexionan sobre aspectos relacionados con la no aceptación de la muerte como un hecho real y ante esta disyuntiva se generan interrogantes que cuestionan sus creencias religiosas.</p>
--	--	--	---	---

		<p>reaccionar ante el duelo o ante la muerte, sin embargo considero que es muy inespecífico, aunque tú lo planees tú no sabes de qué manera puedes reaccionar”. (Lirio)</p> <p>“Bueno a veces me siento muy cargada y llegó a mi casa y como que reflexiono y entonces me hecho un baño y trato de vivir mi realidad, le cuento lo que me pasó a mí esposo o a mi mamá... ay mamá usted sabe me pasó esto, el paciente fulanito falleció... me desahogo con ellos, contándoles” (Girasol)</p> <p>“Uno no acepta la muerte y no acepta la muerte de otra persona, entonces ahí se experimenta es que habrá pasado, porque esta persona tiene que pasar por esta situación, porque Dios le hará esto a ellos si es una persona joven o es una persona adulta, indiferentemente de la edad que tenga pero sus familiares están sufriendo y uno ahí, de una u otra manera, se involucra con ellos”. (Orquídea)</p> <p>“Porque a veces tú te pregunta ¿por qué este paciente?, ¿Por qué Dios?, como por ejemplo el muchacho que te conté, un muchacho joven de 22, 23 años, eso fue hace tiempo, con una herida por arma de fuego por un atraco, deportista, sano, con un niño bello, pequeño, recién casado, y bueno tú te preguntas ¿por qué a él? entonces tú ves cónchale, no es justo,</p>	<p>aceptación de la muerte impliquen que sea fácil cohabitar con el vacío, la reflexión puede atenuar las heridas de ese nuevo espacio, de ese, con frecuencia, inasible modo de estar en la vida. <b>(85)</b></p> <p>El duelo es sobre todo un proceso dinámico de reconstrucción, reorganización y transformación <sup>(33)</sup>. Pone en marcha una cosmovisión personal, la construcción de los significados se organiza alrededor de un conjunto de creencias que determinan la percepción que tenemos de los acontecimientos vitales y orientan nuestra conducta. <b>(33)</b>.</p> <p>El trabajo de duelo es un proceso psicológico complejo de deshacer los lazos contraídos y enfrentarse al dolor de la pérdida. <b>(86)</b></p> <p>Freud compara la melancolía con el duelo en sus escritos de "duelo y melancolía". Ambas son reacciones ante la pérdida de un ser amado. En el duelo, la pérdida, trae grandes desviaciones en la conducta normal. Pero no se considera una conducta patológica. Esto es muy importante porque todas las personas que sufren pérdidas afectivas atraviesan un proceso de duelo y es inevitable sentir tristeza ante este acontecimiento. En el duelo la pérdida es real, o sea que se pierde un objeto del mundo externo y se sabe cuál es, la persona comienza con conductas anormales (pero no es patológico), se supera con el paso del tiempo. Hay una menor productividad y el mundo queda pobre y vacío. Se provoca un estado de</p>	
--	--	--	---	--

		<p>no es justo... bueno yo siento eso” (Gardenia)</p>	<p>ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, autorreproches, autodenigración, insomnio, productividad inhibida. La persona siente un vacío interno. De igual manera el mismo autor nos dice que tras el deceso, los muertos, se llevan con ellos la escucha, esa zona tan prodigiosa que existe sólo en algunas almas y que cuando se acaba hace que el vacío se convierta en una vivencia muy dolorosa. <b>(86)</b></p> <p>Galindo afirma que la paz interior del moribundo, como manifestación de aceptación del punto final de su existencia, tiene largo antecedente de un vivir virtuoso, de estar reconciliado consigo mismo, con los demás y con el Dios de su creencia, a quien se entrega confiado en su benevolencia. Esto significa que se llega a la muerte dignamente, porque se ha vivido con dignidad. <b>(26)</b></p> <p>Se ha percibido que el reclamo de solidaridad en pacientes angustiados no discrimina la jerarquía del miembro del equipo de salud que la transmite y que muchas veces una palabra de consuelo a tiempo por cualquier miembro del equipo vale tanto como el más efectivo medicamento. <b>(87)</b></p>	
--	--	---	---	--

**TRIANGULACION (Análisis de Resultados)**

Categorías	Subcategorías	Narrativa de la Entrevista	Autores que abordan los hechos narrados	Describiendo y Comprendiendo el Fenómeno
<p align="center"><b>Entendiendo las creencias propias y de los pacientes sobre el duelo y la muerte</b></p>	<p>Actitudes hacia la enfermedad</p> <p>Creencias religiosas que permiten percibir el duelo y la muerte en un sentido positivo o al menos esperanzador</p>	<p>“El paciente que se quiere morir, se va a morir, hágale lo que le haga, sea un tumor pequeño, sea curable, y el paciente que quiere vivir, vive... son cosas aquí impresionantes” (Araguaney)</p> <p>“Hay algo en la psique que mueve muchas cosas, de hecho sabemos que el sistema inmunológico es el que lleva la batuta en esto... no?... y todo lo que es cuadro de ansiedad, depresión, angustias influye mucho en la evolución de las enfermedades y tú ves al paciente deprimido como sucumbe rápido ante la enfermedad” (Tulipán)</p> <p>“A nosotros se nos educa para la vida, se nos educa para la vida no para la muerte”(Olivo)</p> <p>“Y lo otro es que nosotras como enfermeras no nos cuidamos porque nosotras nos llenamos de los duelos de todos y llega un momento en que no es la mejor manera de drenar eso, porque no estamos preparadas, no hay vía de escape y cuando explotas, explotas con el que menos debes, con el paciente o con los familiares y a veces hasta con tus colegas”(Lirio)</p> <p>Yo creo que siempre van como que mezclándose todos esos sentimientos y nosotras los vamos...estee... como ocultando...porque no sabemos qué</p>	<p>Las creencias son una fuerza muy poderosa dentro de nuestra conducta. Nuestras creencias pueden determinar la inteligencia, la creatividad, las relaciones y nuestro grado de éxito y felicidad. Pueden tener un efecto muy significativo sobre nuestras vidas y también sobre nuestra salud <b>(10)</b>.</p> <p>De igual manera Chopra, refiere que en un estudio de cuatrocientas curaciones espontaneas de cáncer, encontró que todos los pacientes tenían solo una cosa en común: haber cambiado sus actitudes antes de que ocurriera la remisión, haber encontrado alguna forma de mantener la esperanza, el valor y la actitud positiva <b>(88)</b>. La mejor manera de entender el comportamiento de los demás seres humanos es atribuyéndoles creencias y deseos. <b>(89)</b></p> <p>Pero las creencias no se dan en individuos aislados sino en sujetos integrantes de grupos sociales. Es allí donde cumplen diversas funciones dando estructura a las imágenes del mundo y formas a la acción social. <b>(89)</b></p>	<p>Las personas entrevistadas, dada la experiencia vivida le confieren cierto poder a los pacientes en su recuperación.</p> <p>Esto quizás se deba a que la visión que se tiene hoy en día del continuo salud/enfermedad, está más dirigida hacia lo holístico, a ver al ser humano en todas sus dimensiones, biológica, física, social, espiritual y mental. En tal sentido, prácticamente todos los trastornos y sus posibles curaciones guardan una estrecha relación con la parte psicosomática del ser, en la idea de que suponen una continúa interacción entre la mente y el cuerpo.</p> <p>También afirman que lo espiritual/religioso es muy importante para hacer frente a las situaciones de duelo y muerte, tanto para el paciente, como para la familia y para ellos mismos.</p> <p>Decimos entonces, que independiente de la época en que se viva o del lugar del mundo donde estemos, el hombre entiende que la muerte no es</p>

		<p>hacer con ellos. (Girasol)</p> <p>“Ves gente que llega con lesiones muy pequeñas, aparentemente de muy buen pronóstico y sucumben ante la enfermedad porque se deprimen, porque no superan ese trauma... y hay pacientes que no, que lo lleva muy bien, o sea la actitud que asuman ante la enfermedad es muy importante” (Araguaney)</p> <p>“Pero de alguna manera esa fe, esa creencia que tú tiene en Dios, en Jesús, en el Espíritu Santo te ayuda a aceptar que tarde o temprano tú, tu hijo, tu esposo, tu mamá, tu papá, se tienen que ir.. Ves?... entonces pero que te da esa fortaleza, que te da esa luz, que te da el supuestamente entender eso, que tú tengas esa creencia esa fe en ese ser supremo” (Gardenia)</p> <p>“Independientemente de la religión que profese cada persona, yo pienso que es muy importante en esta etapa, porque los va a fortalecer y que la persona, el familiar no solamente ponga su empeño en la parte humana, que es solamente el médico el que lo va a salvar, que no puede dejarlo morir, él tiene que ver que hay dos planos, que hay un plano espiritual y uno netamente humano y que tiene que pensar que por muchas cosas que haga el médico que se esmere y nosotras las enfermeras esmerarnos por brindar esos cuidados para que el paciente salga, no solamente está en manos de nosotros, nosotros podemos colaborar con nuestras acciones verdad, pero a la final quien decide es Dios ” (Lirio)</p>	<p>Un sistema de creencias es un conjunto de conceptos generales que gobiernan nuestra visión del mundo y nuestra actividad en él. No son conceptos sueltos sin relación alguna entre ellos, se trata más bien de toda una trama que da lugar a las pautas de interpretación de las futuras experiencias. . (89)</p> <p>La religión tiene una fuerte influencia en la concepción de la muerte y aunque tengan profesiones que implican un contacto cercano con esta al hablar de ella sus creencias personales son fundamentales. (90)</p> <p>Con relación a las creencias espirituales y religiosas es importante destacar que se deben considerar tanto en nuestros pacientes que están en fase terminal como en los familiares de los mismos y en nosotros mismos. Podríamos ayudarlos en su preparación para la muerte y así acompañarlos y hacerles más fácil el transitar por este sendero.(55)</p> <p>Galindo afirma que los valores religiosos juegan un papel fundamental, por sus aportes al fortalecimiento de la esperanza, a la confianza en Dios y al restablecimiento de la paz en el mundo del afecto.(26)</p> <p>En la última etapa de la vida de los seres humanos tiene importancia, la espiritualidad pues favorece la capacidad del ser humano en</p>	<p>solamente pura corporalidad hay algo que trasciende, como el alma o el espíritu. En tal sentido sabemos que la religión cumple un papel muy importante en cuanto a despejar las incógnitas que se suscitan en torno al saber que sucede cuando morimos.</p> <p>Ahora bien, las ciencias de la salud brindan una explicación para la muerte, desde lo corporal: la muerte se produce por el deterioro o cese de actividad de uno o varios sistemas de órganos; pero esta razón no es suficiente para muchos, puesto que no tiene en cuenta lo emocional o mental que hace parte del cuerpo que dejó de funcionar.</p> <p>En el entendido que nosotros, antes de ser profesionales de la salud somos seres humanos y cada uno de nosotros podemos tener alguna creencia religiosa o espiritual que se integra a los conocimientos de nuestras disciplinas y que influye en la visión de la muerte.</p> <p>Por lo que la dimensión espiritual como parte implícita en el ser humano debe considerarse en la asistencia sanitaria, debe ir de la mano con lo emocional, lo social, lo cultural y lo físico, sobre todo</p>
--	--	--	--	---

		<p>El paciente que no sea practicante por decirlo así, siempre en estos momentos termina aferrándose a algo y a lo primero que se aferra es a Dios... La religión te ayuda a entender muchas de las reacciones y de la situación de tu paciente (Araguaney)</p> <p>Yo pienso que la parte espiritual si es muy importante y que ayuda muchísimo a manejar estos pacientes más cuando el paciente es creyente de Dios. (Gardenia)</p> <p>“Yo pienso que sí es muy importante la parte espiritual, independientemente de que puede ser alguien que nunca creyó en Dios, nunca creyó en nada, pero en esos momentos es como que.... cómo te diría.... como una luz y necesita que le hablen de Dios.... si es muy importante.” (Orquídea)</p> <p>“En alguna ocasión alguien que escribió dijo que si teníamos fe como un granito de mostaza moveremos montañas.... entonces es así.” (Rosa)</p> <p>“o sea, siempre les pongo a Dios, la parte religiosa, aunque no soy muy religiosa pero si tengo mis principios católicos, entonces trato de hablarles de Dios, porque siento que ellos lo necesitan” (Girasol)</p> <p>“claro que sí porque imagínate uno vive en un estado de opresión.... yo pienso que por cuestiones.... porque tienes un trabajo, porque tienes una responsabilidad, porque tiene unos hijos que mantener y bueno ya no queda de otra y llega un momento en que tú lo olvidas.... pero el cuerpo, verdad, va pasando como quien dice</p>	<p>elevarse a la trascendencia como forma de superar o mitigar el sufrimiento. (91)</p> <p>La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica plantea que los estudios demuestran que los pacientes que se sienten apoyados espiritualmente tienen una mejor calidad de vida. Los pacientes y sus familiares deben sentirse cómodos al pedir apoyo espiritual. (92)</p>	<p>cuando se trata de situaciones que lleven implícito la finitud de la vida.</p>
--	--	--	--	---

		<p>su factura... es cuando presentas de repente una alergia, la atención disparada y tú dices y por qué si yo estoy bien, yo me siento bien”... (Orquídea)</p> <p>“tiene que afectarte, te disminuye el sistema inmunológico y será por eso nos la pasamos con tantos achaques, pero siempre se lo atribuimos a otras cosas”.....(Lirio)</p> <p>“claro que sí, tarde o temprano eso me va cobrar una factura... de alguna manera... qué hago yo generalmente para..... yo me refugio mucho en mi trabajo, pero a veces si salgo, hago algo distinto” (Araguaney)</p>		
--	--	--	--	--

**TRIANGULACION (Análisis de Resultados)**

Categorías	Subcategorías	Narrativa de la Entrevista	Autores que abordan los hechos narrados	Describiendo y Comprendiendo el Fenómeno
<p align="center"><b>Comprendiendo sentimientos y emociones desencadenados por la muerte de sus pacientes</b></p>	<p>Proyección emotiva: temor, rabia, tristeza, llanto.</p> <p>Reacciones ante el duelo y la muerte: Confusión, Evasión, Frustración, Impotencia y Consuelo.</p> <p>Emociones de alegría por la Satisfacción profesional.</p> <p>Sentirse vulnerables ante su propia muerte</p>	<p>“Pero Dios porque te la llevaste si estaba aún joven y la queremos tanto, tanto que teníamos que darle...y entonces sientes esa molestia como con Dios...yo soy muy creyente pero sentí ese disgusto con Dios”(Girasol)</p> <p>“Mira...sentimientos... primero la tristeza, a veces un poco de rabia al pensar porque le está sucediendo esto sí es una persona que podía dar un poquito más, que podía vivir un poco más” ( Tulipán)</p> <p>“A veces, yo no sé, es como que me tranco, no sé si llorar, no sé si hacerme la ignorante...no sé...es como una cosa que me abraza...hay mucho sufrimiento porque es como que no puedo. (Orquídea)</p> <p>“Ante eso como que... yo no sé que sentí...o sea, como te digo, como una tristeza y a la vez...no,...no sé, no te sé explicar que es lo que se siente. Pero si me afecto...pase días muy triste” (Lirio)</p> <p>“Allí hubo mucho sufrimiento y frustración, que es lo que ocurre igualmente con mucho pacientes, a veces te frustras, porque quieres hacer algo y sabes que no puedes.. ” (Araguaney) “Yo operé a la señora todo fue muy bien desde el punto de vista de la técnica operatoria, de la</p>	<p>Los sentimientos son contenidos emocionales específicos de poca a mediana carga energética, declara que las emociones como el eje central sobre el que gira el ser humano. Otros lo definen como la acción y el efecto de sentir o sentirse. (25)</p> <p>En una relación muy estrecha como la del trabajador de la salud y el enfermo éstas tienden a pasar por el hilo de cualquier posible comunicación y a “contagiar”, de modo que el profesional se encuentra, casi sin darse cuenta, dentro de las emociones del enfermo, y esto crea malestar, confusión, frustración y dolor..(27)</p> <p>Ante este estado emocional el equipo de salud puede ser vulnerable a utilizar la despersonalización como un mecanismo defensivo, las actitudes frías, impersonales e incluso despectivas a los usuarios, es una forma de tratar de poner distancias entre ellos y los problemas vivenciales de los pacientes. (27)</p> <p>Estudios demostraban que los médicos responden a su ansiedad y a la falta de preparación con mecanismos de defensa inadecuados, sobre todo con cólera</p>	<p>Los discursos de las personas participantes en el estudio coinciden en afirmar que se sentían incapaces de poder ayudar al paciente y que este hecho generaba sentimientos de llanto, tristeza, enojo, rabia.</p> <p>Las vivencias de duelo y muerte en nuestras áreas asistenciales tocan nuestras fibras más internas que nos conmueven y generan sentimientos tan profundos que, queramos o no, los reconozcamos o no, nos afectan.</p> <p>Expresaron también sentirse impedidos y no saber qué hacer ante situaciones de duelo y muerte con sus pacientes, lo que les produce mucha frustración.</p> <p>De igual manera los participantes en el estudio refirieron querer eludir esas vivencias de duelo y muerte, así mismo sienten miedo ante el hecho de informar a los familiares el fallecimiento del paciente...De nuevo plantean</p>

		<p>rapidez con que anduve, pero la señora se me murió en el acto operatorio por una anemia aguda, con una bolsa con sangre, bolsas de soluciones electrolíticas, todo previsto y cuatro chorros, cuatro chorros con sangre por los cuatro extremos de la mesa, ¿oíste?... y la madre se me murió, ¡yo salí llorando de pabellón, salí llorando de pabellón!.. ante lo inerte que me sentía como profesional, ...(fascie de tristeza)... ¡en momentos en que se me desprendía la vida de una madre!”(Olivio) “A veces digo no vuelvo, no vuelvo, yo no tengo nada que hacer aquí,... porque uno coloca su barrera y lo hace, porque si no, yo pienso que uno no seguiría trabajando, cambiaría de trabajo o se iría de reposo” (Orquídea)</p> <p>“A veces nos ponemos, ah! ok se murió, ¿quién se lo va a decir?... ¡yo! , a mí me da miedo... ¿pero porque yo?... bueno que se lo diga fulano (a) que tiene la cara así de grande, que es más fuerte, que no le tiene miedo a nada” (Lirio)</p> <p>“Fíjate lo que yo pienso: ¡ay!... espero no estar cuando fallezca...espero no estar en ese momento... ¡huida!...de hecho si estoy quizás lloro con el familiar... bueno te fuiste fulano... esa despedida interna que le das... son momentos de mucha tristeza... me acerco a dar consuelo... los abrazo, pero... ¿qué les puedo decir ya?...bueno mamita ya</p>	<p>y con actitudes negativas, cuando se enfrentan con pacientes en situación de duelo anticipado y/o terminal. <b>(9)</b></p> <p>Los profesionales sanitarios, presos de su propio entorno cultural, tienen también miedo a la muerte, a veces más que los propios enfermos. <b>(56)</b></p> <p>Si la tristeza al revelarnos la muerte nos entristece todavía más, al mismo tiempo suaviza este descubrimiento, haciéndonos comprender que somos mortales porque vivimos, tenemos una historia con un pasado, un presente y un futuro. <b>(94)</b></p> <p>En los casos de duelo y muerte el enfermo vive emociones fuertes, como miedo, ansiedad, angustia, rabia, melancolía, tristeza, depresión y agresividad. <b>(27)</b></p> <p>Acompañar enfermos que se enfrentan a su final nos aterra, pues nuestra relación con la muerte está verdaderamente empobrecida. <b>(91)</b></p> <p>Los profesionales de enfermería, deben modificar o suprimir sus propios sentimientos para conseguir que los pacientes se sientan cuidados y seguros, independientemente de lo que ella sienta. <b>(95)</b></p> <p>En el extremo opuesto, podrán situarse los enfermeros que decidan</p>	<p>sentir mucha tristeza.</p> <p>Los participantes en el estudio refirieron que las vivencias de duelo y muerte los hacen reflexionar acerca de su propia vida y de sentirse vulnerables ante el hecho de su propia muerte o la muerte de sus seres queridos</p> <p>A pesar de querer eludir estas situaciones de duelo y muerte, expresaron también el hecho de que se acercan a dar consuelo, acogimiento necesario, dar apoyo al familiar pero que no saben que decir ni que hacer.</p> <p>A pesar de tantos sentimientos encontrados referidos por los entrevistados, ante las vivencias de duelo y muerte, también manifestaron haber vivenciado momentos agradables que los llenan de satisfacción.</p>
--	--	---	---	---

		<p>descanso...heee...ya hiciste lo que tu pudiste como hija o como mamá...la recompensa de Dios para tí...o sea siempre trato de darle eso a manera de consuelo, hiciste todo cuanto pudiste, ya Dios se lo quiso llevar” (Girasol) “Generalmente yo me acerco, lo toco, no sé, le ofrezco algo” (Rosa) “Bueno yo abrazaba a su mamá y a su tía y lloré y lloré y lloré... era una niña preciosa llamada Ana...y lo que pasa es que tu allí tienes que...o sea...en ese momento tú te confundes con el familiar porque si tú dejas aflorar todo, verdad?, tu lloras en ese momento, tú abrazas” (Gardenia)</p> <p>“Y...y...el hecho de ver a tu paciente recuperado y saber que tú has hecho algo por él, eso te llena mucho de satisfacción”. (Araguaney) “La satisfacción cuando tú logras arrancar de las manos de la muerte una vida. Más que la satisfacción profesional que indudablemente que sí... es eso... ver a esa persona viva, y si es un niño, un muchacho joven, la satisfacción es mucho más, porque es alguien, cónchale con su vida por delante” (Tulipán)</p> <p>“A veces cuando llegas a la casa y tú te has enfrentado a eso, pareciera que quieres abrazar más a tu mamá, a tu papá, a tus hermanos, por lo menos esa vez que ese paciente lo compare con mi hermano que también tenía 16 años, sientes como que quieres más a tu familia y a la</p>	<p>eludir la situación estresante simplemente con la evitación, aquí el ausentismo será el gran protagonista, sin embargo estos comportamientos irán acompañados de sentimientos de frustración, miedo y vergüenza.</p> <p>Sin embargo existe toda la trascendencia de un sentimiento de respeto y de compasión frente al dolor y la muerte que hace que se compartan las experiencias de sufrimiento entre el personal de salud, el enfermo y sus familiares. <b>(96)</b></p> <p>Los pacientes reconocen que los enfermeros trabajan emocionalmente, y eso es lo que esperan de ellos, que muestren alegría y felicidad, y que sepan enfrentarse a sentimientos extremos, independientemente de lo que como personas puedan sentir. <b>(95)</b></p> <p>La alegría natural es el resultado del trabajo creador, de la obra realizada que nos llena de puro gozo. Esta actividad de cuerpo y espíritu unidos en el quehacer, proporciona un sentimiento agradable de alegría intenso y firme. <b>(94)</b></p> <p>Sin embargo, los profesionales de Enfermería en general se suelen mostrar satisfechos con los aspectos intrínsecos de su trabajo, concretamente con la atención a los pacientes. <b>(97)</b></p>	
--	--	---	--	--

		<p>vez me ha hecho saber o conocer que estamos como que de paso y que mañana o pasado nos vamos a enfrentar a la muerte, tanto de nosotros o de algún familiar"... (Girasol) "Cuando vienen y te dicen que alguien de tu generación, se murió de un infarto uno lo rechaza automáticamente, porque uno ve en la muerte de su amigo que se murió de un infarto, en la muerte de su amigo que se murió de un accidente cerebrovascular, uno se ve retratado.... ¡pude haber sido yo!... y entonces por ahí viene otro de los atributos relacionados con la muerte, el temor... el temor de morir, el temor a la muerte"(Olivo)</p> <p>"Todo este tiempo me ha servido para saber que a mí me gusta mi profesión definitivamente (risas) y que me ha cambiado mucho, pienso que era más rebelde antes y las vivencias con mis pacientes me han acercado más, porque si bien el paciente sufría, yo no me detenía a ver ese sufrimiento, ni a pensar sobre la muerte, de hecho yo pensaba que enfermería era solamente actuar y no, no es solamente actuar, es ver lo que está sintiendo el paciente, enfermería es ir más allá de decir no hay esto o no se puede hacer, es buscar, es cuidar para que esa persona se sienta satisfecha y yo también como enfermera" (Lirio)</p> <p>"De dolor.....de tristeza... de</p>	<p>La experiencia de una pérdida importante no sólo nos roba nuestras posesiones, nuestras capacidades o nuestros seres queridos, sino que también suele minar las creencias y presuposiciones que habían sido hasta ese momento los ladrillos que sustentaban nuestra filosofía de la vida. (33)</p> <p>La percepción del duelo y de la muerte y la resolución adecuada o inadecuada del mismo esta medida por elementos subjetivos y por el proceso de socialización que brindara a cada persona pautas para reaccionar frente al dolor de las perdidas en la vida. (43)</p> <p>En nuestra sociedad están establecidos los derechos de las personas en duelo. Así puedo citar, entre otros, el derecho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-A ver el cuerpo y a afligirse junto al lecho de muerte inmediatamente después del desenlace, si esta es su voluntad.</li> <li>-A esperar para sí una asistencia profesional adecuada y respetuosa, tanto física como emocional, en el momento de la muerte de su ser querido.</li> <li>-A una explicación adecuada de la causa de la muerte del ser querido, así como a obtener respuestas relativas a la enfermedad, las intervenciones de tratamiento y los</li> </ul>	
--	--	--	--	--

		<p>impotencia, y es como te dije en una ocasión uno aprende a valorar la vida cuando vive entre muertos..... porque estar aquí es fuerte, es muy difícil yo creo que quien trabaja aquí en este medio y específicamente en el oncológico debe tener mucha sensibilidad porque si no, no se lo aguanta, no se lo soporta, o sea tiene que aprender, aprender mucho... mucho.... porque aquí uno ve cada cosa..... aunque uno aprende... uno aprende a manejar estos sentimientos”...(Rosa) ...”es más ellos también empiezan “quien se lo dice” “yo no se lo digo” “díselo tú”... se esconden, bueno voy a salir, como que se arman de valor respiran profundo y van”...(Girasol) “un arrollamiento una niña preciosa y en ese momento bueno ya no había más nada que hacer, había muerte cerebral y bueno su mamá, su papá, su hermanita y bueno tú los abrazas, lloras”...(Gardenia) “le tenemos miedo a nuestra muerte, no nos preparamos para nuestra muerte, nos preparamos para salvar gente, para salvar vidas y yo no sé para qué más, pero mi muerte no la tengo prevista” (Tulipán) “en la manguita y había un docente que nos decía “ la enfermera no puede llorar”... ves... “la enfermera no puede llorar”, y no, yo siempre discrepe de eso, porque si somos seres humanos y es una de las cosas que el familiar ve..... pero, siiii, tú te llevas a veces, eso para la casa y</p>	<p>fracasos del mismo. A pesar de estos derechos, la mayoría de los profesionales de la salud les resulta muy doloroso encarar las explicaciones a los familiares. <b>(78)</b></p> <p>Los médicos y las enfermeras enfrentan la muerte todos los días, aunque muchos de ellos no pueden aceptarla verdaderamente ni elaborar lo doloroso que les resulta encararla a diario en su profesión<b>(55)</b>.</p>	
--	--	---	---	--

		lloras y te angustias.” (Gardenia)		
--	--	------------------------------------	--	--

**TRIANGULACION (Análisis de Resultados)**

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Narrativa de la Entrevista</b>	<b>Autores que abordan los hechos narrados</b>	<b>Describiendo y Comprendiendo el Fenómeno</b>
<b>Acercamiento empático con el ser humano que sufre.</b>	<p>Establecen una relación amigable (Lazos afectivos)</p> <p>Identificación con el paciente</p> <p>Acercamiento</p> <p>Se ponen en lugar para comprenderlo (sienten dolor)</p>	<p>“Siempre a uno lo enseñan que uno tiene que ser...no familiarizarse tanto con los pacientes, pero siempre, siempre pega,.....depende también hay pacientes que son más... que uno establece como más vínculo, más empatía y si uno va desarrollando con ellos todo el transcurso de su enfermedad, la evolución de su enfermedad, hasta que fallecen, por supuesto que te vas a encontrar como en un....Guuao...algo que te va hacer como que retumbar”.(Girasol)</p> <p>“Yo me acuerdo, yo allí también viví con esa familia yo viví mucho el duelo porque si me afectó, una niña de 12 años, no tenían cama en</p>	<p>La empatía (<i>Einfühlung</i>) –un concepto que Husserl escribe a veces entre comillas, para delimitarlo de su interpretación psicológica– constituía la alteridad humana a través la identidad. Viendo en otro a un semejante, lo reduzco a fin de cuentas a mí mismo. Por eso, cuando sentimos al otro tenemos la impresión de haber captado su esencia misma de una manera directa, indubitable y total. Supone entonces, la capacidad de aceptar y apreciar la vida afectiva de otros, manteniendo a la vez el sentido del propio yo para que se produzca una experiencia cognoscitiva. <b>(98)</b></p> <p>La empatía es mucho más que un reflejo, porque va asociada al</p>	<p>Los participantes en el estudio, expresan que a pesar de que en su formación biomédica se les enseña que no se deben familiarizar ni encariñar con los pacientes, esto no se da en la realidad de la práctica diaria, ya que se generan lazos afectivos por el continuo contacto, no solo con el paciente sino también con sus familiares.</p> <p>Este hecho hace que esas vivencias de duelo y muerte en las unidades de cuidados por el equipo de salud, los involucre tanto física como emocionalmente ya que quieren o no, se produce una relación afectiva con el paciente y sus</p>

	<p>Manifestaciones de cariño y apego con algunos pacientes.</p>	<p>pediatría y fue a tener allá y tú te identificas con frecuencia, ¡mi hija, puede ser mi hija!” (Gardenia)  “Si uno siente el duelo, porque uno siente el dolor por el paciente, claro, no igual a lo que el familiar está sintiendo, pero uno siente esa muerte, pero yo no sé porque se torna tan difícil ese acercamiento, si te acercas pero es como.... no sé... como que no hay palabras de consuelo para ese familiar, yo no sé, lo siento así” (Lirio)  “Yo no quería volver, yo no quería nada, porque estaba muy apegada a él. Cuando regreso, que tuve que pasar por las áreas donde él estaba bueno, donde quiera estaba llorando y lo veía, hasta que bueno, poco a poco y dije no, no puedo esconderme tengo que enfrentar esto, la única manera de superarlo es yendo todos los días, poquito a poquito hasta que el dolor merme, vaya pasando... es fuerte... es muy duro”...(Orquídea)  “O sea te toca ver gente que llega a tus manos llenas de vida y verlos partir.... eso a uno le toca y uno sufre...a mí me afecta mucho el paciente. Siento a veces desesperanza.... tú quieres siempre hacer algo, quieres ayudar y, y no puedes... entonces me siento a veces como abatido, con mucha preocupación.... y a la vez intentas darle fuerzas... tú sabes que el paciente va a fallecer, sabes que el paciente va a morir.... lo llenas de fuerzas, de optimismo...de que....</p>	<p>sentimiento, y parte de un axioma fundamental: “Yo podría ser tú.” Ser capaces de situarnos en semejante tesitura anímica, condición inalcanzable para cualquier primate, es imprescindible para poder comprender a otra persona en toda su dimensión humana.(98)  La empatía se describe como un proceso neutro de relaciones interpersonales de comunicación. Fenichel lo define como la “concientización” de dos actos: a) una identificación con la otra persona, y (b) la conciencia de los propios sentimientos después de la identificación, y de esta manera una toma de conciencia del paciente, es decir, del objeto de los sentimientos”. (10)  Los profesionales de la salud cultivan la empatía. Es decir que comparten hondamente y comprenden el estado psicológico momentáneo de otra persona que sufre. (Lugo Elena) (99)  Por lo tanto, los profesionales de la salud cuando cuidan a la persona y su entorno, deberán saber no implicarse de manera tal que esta relación los afecte personalmente, pero esto no debe impedir que sepamos cuáles son nuestras responsabilidades desde el punto de vista ético que conlleve a la profesionalidad del cuidado.(58)  De los síntomas derivados del estrés</p>	<p>familiares y en consecuencia se experimentan sentimientos ambivalentes como lo son el querer estar ahí pero a la vez querer alejarse para no verlos sufrir, porque como seres humanos nos duele el dolor del otro y surgen sentimientos de cariño por ese compartir diario de momentos de alegrías y tristezas. No debemos olvidar el hecho de que, de los miembros del equipo de salud, el que pasan más tiempo con los pacientes es el personal de enfermería, por tal motivo es lógico pensar, tal como lo plantean algunos autores mencionados, que sea éste personal el que se involucre afectivamente con los pacientes ya que su relación es más cercana y prolongada.  Los entrevistados expresaron sentirse afectados cuando el paciente fallese, de igual forma manifestaron que el tener que volver a trabajar, después de la muerte del paciente, era una experiencia “fuerte”. Debemos entender que en situaciones tan delicadas como lo son las vivencias de duelo y muerte, los miembros del equipo de salud están envueltos diariamente en ese mar de emociones que genera el hecho de tener que enfrentarse al paciente en fase terminal, se producen lazos afectivos que los</p>
--	---	--	--	---

		<p>esos días que le queden los logre vivir a plenitud.... que comparta con su familia ...¿verdad?... pero igualito tú sabes que va a morir, que va a fallecer,” (Araguaney)</p> <p>“Siempre la recuerdo porque ella pidió ayuda, que no quería morir, que no podía respirar... entonces son cosas que de verdad salen de tu control y eso te marca como enfermera, de que sabes que no puedes hacer más nada y que irremediamente.. a ella se le aproxima la hora de la muerte” (Gardenia)</p> <p>“Recuerdo mucho como una de las cosas más conmovedoras que llegue hacer, me llegó una mamá con una eclampsia convulsiva a pabellón y entonces estaba en grave sufrimiento fetal el bebé y yo le hice a la mamá una cesárea post mortem y saqué al muchacho vivo, ¿comprendes?...No sé qué pasó después... no me preguntes... pero son cosas que lo conmueven a uno.... cesárea post mortem” (Olivo)</p> <p>“Tú tienes que pasar por eso para saber lo que está sufriendo la otra persona...porque es duro...es duro... y imagínate... cuando eran anemias drepanocíticas... yo revivía lo de mi sobrino y entonces bueno, no puedes dejarlo aguantar dolor, había que tratarle el dolor, no es dependencia, es que está en plena crisis dolorosa... y de alguno u otro modo tú te involucras... tú te involucras” (Gardenia)</p>	<p>que Álvarez Gallego y Fernández Ruiz encuentran más comunes, tenemos: Emocionales: Distancia afectiva enfermero-paciente, irritabilidad, rencor, incapacidad de concentración, baja autoestima, deseo de abandonar el trabajo. <b>(100)</b></p> <p>Los problemas en el trabajo pueden manifestarse en absentismo, huelgas, abandono del puesto de trabajo, del empleo, movilidad de un puesto a otro, jubilación anticipada etc., pero también como hemos ido viendo en problemas de salud y bajas laborales por enfermedad <b>(101)</b></p> <p>En el trabajo diario, la enfermera está expuesta a situaciones desagradables y molestas, muchas de las cuales son aún hoy en día temas tabú para la sociedad actual, como pueden ser el sufrimiento y la muerte. <b>(95)</b></p> <p>Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía indigna, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. <b>(102)</b></p> <p>La experiencia del duelo nos hace difícil ser o sentirnos útiles con la persona que lo experimenta, el profesional de la salud puede sentir frustración y enfado, de igual manera puede estar tan incómodo siendo testigo del dolor de la otra</p>	<p>afectan y que, dependiendo del nivel de apego, de sus características personales, de la concepción que se tenga de la muerte, entre otras, desarrollaran un proceso de duelo.</p> <p>Así mismo las personas entrevistadas refirieron sentir desesperanza, deseos de ayudar y no poder hacerlo y esto los hace sentirse sin fuerzas, sin ánimos y preocupados, también expresaron que estas situaciones los marcan y los conmueven como profesionales de la salud.</p> <p>Lo planteado por estas personas, evidencian una clara afectación del ser ante estas situaciones de enfrentamiento con la muerte y de la cantidad de sentimientos emergentes que pudiesen generar consecuencias tales como problemas, no solamente de salud, sino también de ausentismo laboral, ya que como lo plantean los autores: “una de las conductas del duelo es la evitación de lugares que recuerden al fallecido”.(103)</p> <p>Así también expresaron que el hecho de haber experimentado en su vida personal pérdidas muy significativas, les permitía poder comprender mejor a los pacientes y sus familiares</p>
--	--	--	---	---

		<p>“ También he tenido familiares en la UCI y eso de verdad es bastante fuerte, y uno entonces... uno como que traspola esa información, lo que ha vivido y uno se pone en lugar de los familiares y es bastante fuerte” (Rosa)</p> <p>“Eso en la vida profesional me ayudó a mí, me ha ayudado a entender mejor a alguien que esté en la misma situación o peor okey y que yo te puedo decir en este momento que si hay dolor por la pérdida” (Tulipan).</p> <p>“cuando trabajaba en cirugía de hombres, un niño de 16 años, también viendo el núcleo familiar, el papá, la hermana preocupada, me vi que yo era la hermana y el muchachito era mi hermano que también tenía esa edad 16 años, y el papa preocupado, la mamá...o sea me vi como que ese núcleo familiar como que era el mío y entonces bueno cuando murió como que te quieres apartar para no verlos llorar, yo abrace a la hermana, la hermana me abrazó y llore y viví mi duelo.” (Girasol)</p>	<p>persona, que este malestar le puede llevar a hacer más breve la relación<b>(3)</b></p> <p>Trabajar con personas en duelo nos puede hacer conscientes también, a veces de manera dolorosa, de nuestras propias pérdidas. Esto suele ocurrir si la pérdida que experimenta la persona es similar a pérdidas que hemos sufrido en nuestra propia vida. <b>(3)</b></p> <p>El tratamiento de las personas en duelo ha de surgir de la compasión basada en el reconocimiento de la vulnerabilidad normal de todos los seres humanos, delante de la pérdida. <b>(3)</b></p> <p>“una de las conductas del duelo es la evitación de lugares que recuerden al fallecido”.<b>(103)</b></p>	
--	--	--	--	--

**TRIANGULACION (Análisis de Resultados)**

<b>Categoría</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Narrativa de la Entrevista</b>	<b>Autores que abordan los hechos narrados</b>	<b>Describiendo y Comprendiendo el Fenómeno</b>
<b>Necesitando herramientas para aprender y entender el duelo y la muerte</b>	<p>Formación de equipos interdisciplinarios para el buen manejo del duelo y la muerte</p> <p>Formación académica del equipo de salud sobre el duelo y la muerte</p> <p>Creación de redes de</p>	<p>“Creo que se debe preparar al equipo de salud para el manejo del paciente o de los familiares cuando vivencian procesos de duelo, yo pienso que se pudieran hacer talleres, donde se incluyan a todos los miembros del equipo de salud” (Lirio)</p> <p>“Es un tema que debe tratarse (muerte y duelo), que debe hablarse con toda libertad y dar la libertad a los muchachos para que hablen, que no sea una clase magistral, una conferencia, que muchas veces se queda en la filosofía, no, no, no.... como una asignatura pero más vivencial, más práctica...okey... en</p>	<p>El paciente terminal es un tema de rechazo, impregnado de ignorancia, que carece de sustentación académica. Los profesionales de la salud no han aprendido ni debatido durante la carrera, sobre el complejo tema del manejo de la agonía y finalmente de la muerte. No tienen un criterio formado para actuar proporcionalmente de acuerdo con sus conocimientos científicos y psicológicos, con la seguridad y el profesionalismo indispensable para el cuidado del paciente en estado terminal. (102)</p> <p>Worden J. William refiere que el duelo representa una desviación del</p>	<p>Los entrevistados manifestaron que existe la necesidad de educar académicamente a todo el personal que labora en las áreas asistenciales, para así poder tener las herramientas conceptuales necesarias que les permitan poder brindar una atención de calidad cuando la situación lo requiera.</p> <p>De igual manera expresaron la necesidad de una consulta para los miembros del equipo de salud que los oriente en el manejo de la parte emocional/psicológica, ya que el acercamiento continuo con</p>

	<p>apoyo</p>	<p>el sentido de que cada quien pueda expresarse” (Tulipán)          “Yo soy médico y educador, pero nosotros nunca hemos educado a nuestros muchachos cómo deben comportarse ante el ser que sufre, que está en peligro inminente de muerte y cómo transmitirle a la familia esa situación. Y hay que insistir en la formación para el manejo de estas situaciones en los profesionales de la salud, hay que difundir la experiencia, difundir el conocimiento de manera que mayor gente esté preparada para eso”...(Olivo)          “A mí nunca me prepararon pa’ yo morir, yo nunca tuve un espacio, en ninguna asignatura donde yo pudiera hablar de la muerte y el duelo”. (Tulipán)          “Desde los primeros años se deben preparar a los estudiantes, no solamente de la vida, como no, pero la muerte también y cómo enfrentarla, en los primeros años y debería ser en todas las carreras que tengan que ver con ciencias de la salud, no solamente en enfermería” (Gardenia)          “Yo pienso que debería existir una consulta con un especialista llámese psiquiatra.... pero no el psiquiatra o el psicólogo o el orientador que te digan “a no, usted lo que está es deprimido tómese estas cuatro pastillas”.... sino una persona, así como estamos tú y yo, que te oiga..... porque a veces uno lo que</p>	<p>estado de salud y bienestar e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo se necesita un período de tiempo para que la persona en proceso de duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. (3)          Los profesionales sanitarios son cada días más hábiles en el manejo de aparatos y en la utilización de técnicas complejas, pero a menudo se sientes desprovistos y desarmados de cara a la angustia y soledad del moribundo e incapaces de establecer una relación de ayuda con él. No han sido preparados para ello (9)          Es necesario que existan más profesionistas interesados y enfocados en tratar el tema de la muerte, ya que cuando medicamento existe un pronóstico reservado, el paciente puede sentirse abandonado y angustiado por el destino que le espera, además de que sus familiares no cuentan con herramientas para enfrentar adecuadamente la situación. (43)          El hecho de involucrarse con el moribundo, fuerza a la enfermera a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte. Es necesario contar con un grupo de apoyo que le permita a ella ventilar estos sentimientos. Su serenidad, criterio ético y madurez ante la muerte, son abono para el aporte humano que le brinda al moribundo. (102)</p>	<p>situaciones de duelo y muerte genera en ellos emociones y sentimientos de difícil manejo.           Por otro lado, coinciden en afirmar que no están preparados para enfrentarse a situaciones de duelo y muerte, así como el hecho de que esas situaciones les afectan.           Lamentablemente, en la mayoría de las carreras de ciencias de la salud, los pensum de estudios no se incluyen asignaturas, ni electivas relacionadas con temáticas referidas a la muerte y el duelo, por tal motivo estos profesionales no reciben una preparación al respecto, por lo que no cuenta con las herramientas conceptuales ni vivenciales necesarias que les permitan tomar conciencia de sus propias creencias y actitudes frente a la muerte.           En tal sentido es lógico pensar que éste hecho genere estrés por la afectación psíquica y emocional del profesional de la salud por la incompetencia del manejo del duelo y la muerte de sus pacientes.</p>
--	--------------	--	---	---

		<p>necesita es eso, expresarse.... que te escuchen.... te descargaste y ya, continuaste la vida más tranquila, mas chévere. O que te orienten, porque también a veces uno se confunde... ¿verdad?... mira Orquídea eso no es así, espérate un momentico, por ese camino no, porque por ese camino tal cosa.... mira, vamos hacer esto o puedes hacer esto..." (Orquídea)</p> <p>"Si enfermería hace un taller X; yo me imagino que debe invitar a todo el personal del hospital, médicos, camareras, todo el mundo tiene que ir y sobre todo con este tipo de información (refiriéndose a duelo y muerte) pero aquí no se hace nada de eso, aquí cada quien se maneja como puede y tiene sus mecanismos propios y logra acomodarlos a su vida" (Rosa)</p> <p>"Yo pienso que no estamos preparados para hacer frente a esas situaciones de duelo y muerte... definitivamente" (Araguany)</p>	<p>Es necesario que los miembros del equipo de salud dispongan de instrumentos conceptuales que les permitan analizar por si mismos las implicaciones éticas de su propia práctica, como también su propia implicación existencial en su profesión, lo que redundara en el resguardo de su salud mental. <b>(9)</b></p> <p>Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también contar con un apoyo. Debe invertirse tiempo en el apoyo del personal. La enfermera necesita disponer de tiempo para discutir la práctica clínica <b>(104)</b></p>	
--	--	---	---	--

**TRIANGULACION (Análisis de Resultados)**

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Narrativa de la Entrevista</b>	<b>Autores que abordan los hechos narrados</b>	<b>Describiendo y Comprendiendo el Fenómeno</b>
<p align="center"><b>Necesitando herramientas para aprender y entender el duelo y la muerte</b></p>	<p align="center">Creación de redes de apoyo</p>	<p>“Es como si nosotras las enfermeras no fuéramos personas también, eso es lo que veo a veces de los demás, que no nos ven como seres humanos sino que “usted es enfermera y usted tiene que actuar y usted tiene que cuidar y usted tiene que ser sensible”...;Aja!....pero donde está la sensibilidad para mí, mi cuidado para mí...eso no se ve y entonces eso nos hace trabajar mal, nos hace tener enemistades, nos hace que choquemos en cualquier momento y es tanto el estrés y los roces, que a veces no te provoca ir a trabajar, porque trabaja uno muy mal. Yo creo que nos hace falta preparación para enfrentarnos a esas situaciones y poder brindar un buen apoyo.” (Lirio)</p> <p>“A mi parecer creo que nos hacen falta talleres, convivencias, que se salga un poco de esa monotonía que hay en los centros asistenciales</p>	<p>Es necesario contar con un grupo de apoyo que le permita al equipo de salud ventilar sus sentimientos. La serenidad, criterio ético y madurez ante la muerte, son abono para el aporte humano que se debe brindar al moribundo. <b>(102)</b></p> <p>Creemos que si desde las aulas no se incluye el tema de la muerte desde un contenido global y ordinario, no se estará enseñando a vivir completamente <b>(105)</b>.</p> <p>Un grupo de educadores de la Universidad Autónoma de Madrid defiende la inclusión en las escuelas el tema de la muerte, como ya sucedió con la educación sexual, porque aprender a entender la muerte es lo más propio y universal que nos sucede a los seres humanos.<b>(105)</b></p> <p>Para ofrecer un cuidado de enfermería humanizado, los</p>	<p>Refirieron también el hecho de que no están preparados para hacer frente a situaciones de duelo y muerte, que nunca recibieron durante su formación académica herramientas conceptuales que les permitan manejar, de forma asertiva, estas situaciones.</p> <p>Perciben que no son “cuidadas” dentro del ámbito laboral, que son muchas las exigencias pero que nadie se preocupa por el bienestar psicológico/emocional del personal y que esto genera situaciones estresantes que los afectan.</p> <p>Por otra parte plantean que existen muy pocos profesionales expertos en el manejo del duelo y la muerte, de igual manera, expresaron también, la necesidad de</p>

		<p>llámense públicos o privados. Tú estás viviendo diariamente pacientes con enfermedades terminales, pacientes que te fallecen. Bueno...vamos a organizarnos, vamos a ver de qué manera se pueden traer personas que sean especialistas en manejar todo lo que sea la parte del duelo, como enfrentarlo okey, para ir como sensibilizando y no solo es la enfermera sino la parte del médico y también los camilleros y las camareras, es bien importante” (Gardenia)</p> <p>“Son muy poca la gente que maneja el duelo, son muy pocas la gente que se dedica al estudio del duelo.... no consigue médicos que hayan escrito libros sobre el significado de la muerte, los médicos escribimos libros que tienden al mantenimiento de la salud y de la vida, no de cómo comportarnos ante la muerte” (Olivo)</p> <p>“En un buen equipo, para mí, debería estar presentes un sacerdote, bueno dependiendo de la religión de la persona si son evangélicos un pastor, si son testigos de Jehová su ministro y así...un psicólogo para que maneje la parte emocional y por supuesto el médico y la enfermera especialistas en el área”... (Girasol)</p>	<p>enfermeros deben comprender la enfermedad, el sufrimiento y la muerte como experiencias vividas por seres humanos. <b>(106)</b></p> <p>Los universitarios no han aprendido ni debatido durante la carrera, sobre el complejo tema del manejo de la agonía y finalmente de la muerte. No tienen un criterio formado para actuar proporcionalmente de acuerdo con sus conocimientos científicos y psicológicos, con la seguridad y el profesionalismo indispensable para el cuidado del paciente en estado terminal. <b>(102)</b></p>	<p>conformar equipos, con un personal interdisciplinario especialistas en manejo de situaciones de duelo y muerte para la atención al paciente.</p>
--	--	--	--	---



		<p>“Otro elemento importante, que yo creo, es que se ha perdido ese compañerismo entre los compañeros de trabajo, yo creo que no hay amor, no hay cariño” (Gardenia)</p>	<p>Dentro de los factores y conductas de protección ante el duelo tenemos que tener compañía de la pareja, de los hijos, de otros familiares, de amigos, de vecinos, de compañeros de trabajo, entre <b>otros</b>, es importante. <b>(111)</b></p> <p>No tenemos posibilidad de ayudar a otros a morir si no enfrentamos nuestra propia muerte, aunque sea como un ensayo, con toda su carga emocional de frustración, miedo e incertidumbre. <b>(112)</b></p> <p>El amor que genera la comprensión y apoyo de los demás, se convierte en un agente sanador que permite afrontar el dolor de la pérdida. <b>(113)</b></p>	<p>de salud, no están preparados para hacer frente a sus propios duelos, tampoco están preparados para ayudar en el acompañamiento del duelo a sus compañeros de trabajo. Esto trae como consecuencia sentimientos de inconformidad, de tristeza y de desamor en el miembro del equipo de salud que vivencia un proceso de duelo y por otra parte genera sentimientos de incomodidad e impotencia en los compañeros de trabajo. Comprendemos, entonces, que las relaciones de apoyo entre profesionales de la salud son importantes para la provisión de cuidados emocionales y físicos.</p>
--	--	--	---	--



## **CAPITULO VII**

### **INTERPRETACIÓN DEL FENOMENO**

En este capítulo realizó la quinta fase del diseño de investigación propuesto a través del método de Spiegelberg. Cuento con los datos suficientes para hacer la interpretación que me permitió comprender la realidad del estudio sobre el fenómeno y así poder generar una aproximación teórica reflexiva sobre el significado que tienen para los médicos y enfermeras, sus vivencias sobre el duelo y la muerte.

En relación a la categoría emergente percibiendo la muerte y el duelo del ser humano, los informantes participantes de este estudio en sus discursos plantean la muerte como ausencia de la vida. Por lo que puedo interpretar que esta percepción no sólo está relacionada con el fracaso de la institución o de los profesionales de la salud, sino que puede estar ligada con la idea que revela un carácter de finitud, o sea que todo se acaba. El nacimiento y la muerte forman parte de dos extremos del ciclo de la vida, pues todo lo que inicia, cumple con su trayectoria y se acaba. Este punto de vista se asemeja al modelo cartesiano de Descartes, en que el cuerpo es una simple máquina. Donde la muerte, en ese enfoque médico biologicista y fragmentario, representa un daño irreparable del cuerpo que no vuelve a funcionar, de hecho uno de

los participantes expreso que para él, el ser humano era una máquina perfecta. Para la mayoría de los informantes el tema de la muerte representa algo difícil de abordar, ya que demostraron limitaciones al responder sobre el tema.

En esta investigación la conducta asumida por los informantes del estudio ante el tema de la muerte, consiente o no, es la de evasión. En tal sentido y tomando en consideración el contexto histórico/social que nos arropa, lamentablemente, en nuestra sociedad del siglo XXI lo que impera es la negación de la muerte que reafirma una conducta evasiva y de rechazo hacia todo lo relacionado con este tema. Yo me pregunto: ¿será que la crisis de valores que padecemos en la actualidad, nos impide darle la consideración en nuestras vidas a la muerte como hecho real?; porque a pesar de todo, la muerte forma parte de nuestra existencia, “morir es un atributo también de la vida” refirió uno de los entrevistados.

Este elemento constituye un factor decisivo en la formación que hasta hoy día, han recibido los miembros del equipo de salud, ya que es dentro de esta cultura que el profesional de la salud es formado, es decir para preservar la vida y luchar contra el gran enemigo, la muerte, porque como lo manifestó uno de los entrevistados: “la muerte es el fracaso de la acción medica”. Por consiguiente la muerte puede ser negada por el profesional, que interpreta como un fracaso de su trabajo de salvar vidas. Y cuando ya nada se puede hacer, incluso después de haber utilizado todas las herramientas tecnológicas que nos ofrece el siglo XXI, sin importar el sufrimiento del

paciente y de sus familiares, nos alejamos y a la vez pueden generarse sentimientos de culpa por no haber hecho todo lo posible para que el paciente no muriera.

El momento de la muerte del paciente suscita, con frecuencia, en nosotros los profesionales de la salud, infinidad de emociones, pues la ocurrencia de este evento nos remite a nuestra propia finitud. En los médicos y las enfermeras de este estudio, la muerte del paciente despertó sentimientos de impotencia y frustración. Asimismo tristeza ocasionada por el rompimiento del vínculo que habían establecido con su paciente y familiares. Consecuentemente, en esos largos tiempos de hospitalización de los pacientes es comprensible que los profesionales establecen una relación de vínculo y confianza con ellos. Interpreto que en la vida profesional de los médicos y las enfermeras se establecen relaciones cercanas con los pacientes próximos a morir y sus familiares, aspecto que se correlaciona con el impacto emocional que genere en ellos, el hecho de sentir que es poca la ayuda que pueden brindar al paciente moribundo y a los familiares en el manejo de su duelo, por no sentirse preparado para enfrentar esta situación.

Con relación a las creencias espirituales y religiosas es importante destacar que se deben considerar tanto en nuestros pacientes que están en fase terminal como en los familiares de los mismos y en nosotros mismos. En algunos de los informantes de este estudio, la muerte no sólo está asociada a la corporalidad, hay algo más allá:

alma o espíritu. Saber que sucede con ella después de la muerte del cuerpo, es una tarea que cumplen las religiones, en tal sentido, podríamos ayudarlos en su preparación para la muerte y así acompañarlos y hacerles más fácil el transitar por este sendero. Esta mirada podría ser beneficiosa tanto para el cuidado del cuerpo, de la psique y del alma (o espíritu) del moribundo, como también para los familiares que transitan duelos por la pérdida de sus seres queridos y para los profesionales de la salud continuamente sumergidos en estas vivencias.

Según la categoría emergente necesitando herramientas para aprender y entender el duelo y la muerte, los médicos y las enfermeras, participantes del estudio, refieren que en su formación académica no fue proporcionado contenidos que abordara el tema de la muerte exclusivamente. En la mayoría de las escuelas y facultades hay mayor énfasis en la preparación de estos profesionales en la promoción y mantenimiento de la salud del ser humano y a los aspectos técnicos y prácticos de su quehacer profesional. Sin embargo, hay poco énfasis en la preparación para el manejo de las emociones y en la sensibilización para poder identificar ese duelo constante entre la vida y la muerte.

## CAPITULO VIII

### APROXIMACIÓN TEÓRICA

*Por favor sé gentil conmigo, porque estoy haciendo mi duelo.  
El mar en el que nado es solitario y las costas parecen estar lejanas.  
Cuando intento enfrentar cada día ondas de dolor empañan mi alma.  
Acompáñame y comparte mis lágrimas, siéntate manteniendo silencio que me dé calor.  
Respeto en que tramo de mi viaje estoy, y no en dónde tú supones que debería estar.  
Necesito tu soporte y tu comprensión, no hay modo bueno o malo para hacer el duelo,  
yo tengo que encontrar mi propio camino.  
Por favor: dime que vas a ser capaz de caminar a mi lado.*

*JILL B. ENGLAR*

En este capítulo expondré la construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica que resulta de integrar en un todo coherente y lógico los resultados de la investigación. Es preciso resaltar, que este proceso de producción intelectual, iniciado desde las interrogantes planteadas en el problema a investigar, mantuvo una sinergia interactiva a través de todo el recorrido investigativo.

Siguiendo las etapas del método de Spiegelberg, estructuré un esquema organizado de manera secuencial conduciendo al alcance de la última etapa que fue la interpretación del fenómeno, cabe señalar que durante este proceso utilicé la epojé o suspensión de juicios, obteniéndose una teoría descriptiva sobre el significado que tienen para los médicos y enfermeras, sus vivencias referidas al duelo y la muerte.

## **8.1. TEORÍA EMERGENTE**

Los médicos y las enfermeras asumen conductas diferentes, pero a la vez comunes, cuando se enfrentan a situaciones de duelo y muerte en sus pacientes, como lo son la evasión, el aparentar desentenderse de la situación de duelo y muerte cuando se está sucediendo y el miedo a la muerte ante la inminencia de su propia muerte.

La actitud hacia la muerte afecta la percepción que tengamos de la vida, el significado y el sentido de la experiencia del vivir. No queremos sentirnos próximos a la muerte y nos angustiamos ante la pérdida de la vida. No damos cabida al sufrimiento, parece que permanentemente anhelamos el disfrute inmediato y el goce sin límites. Pero el sufrimiento, el dolor y la muerte están presente entre nosotros, por más que pretendamos negarlos.

Morir no es un cambio accidental en la vida humana, sino un proceso irreversible. Más allá del hecho biológico, la muerte y el morir pueden observarse como un proceso personal, una experiencia fenomenológica donde el ser humano vivencia lo que le es propio en un estado dinámico, de transformación y movimiento hasta el cese de la conciencia.

Es sólo a través de las vivencias de pérdidas, de la enfermedad grave, del fin de la existencia de los otros y de los procesos de duelo a lo largo de nuestras vidas,

como, únicamente, nos acercamos a la muerte. Pensamos siempre en la muerte del otro, a pesar de que es lo más seguro que tenemos en la vida, porque forma parte de la misma. La muerte puede tener un sentido trascendente según los ideales o creencias de las personas.

Cuando una persona vivencia en su presente el fallecimiento del alguien muy cercano, el característico estado emocional y sobre todo, la emergencia de las percepciones específicas sobre el difunto, favorecerán la reaparición de todas esas creencias culturales arrastradas desde los albores de la humanidad, asentadas y fomentadas por el pensamiento mágico. Pudiera entenderse la explicación mágica individual de los procesos de duelo que será reafirmada y transmitida culturalmente. Esto se verá favorecido, además por la presión del imaginario colectivo, es decir, que muchas personas previamente habrán sufrido idénticas experiencias de pérdidas, llegando a las mismas conclusiones, lo que ha podido originar unas creencias colectivas de la realidad relacionadas con la muerte. Es por eso que muchas personas que acaban de sufrir una pérdida hablarán con el fallecido estando absolutamente convencidas de que les escucha, notaran su presencia a su lado y la interpretaran o bien como peligro o como guía. Lo que lleva consigo que sentirán que es preciso seguir ritos funerarios y de duelo. Es por ello, que en el sistema de creencias las creencias religiosas son fundamentales, porque reavivan la esperanza y ayudan a la aceptación de la muerte y a creer en la existencia del alma.

Todos los seres humanos tienen diferentes concepciones sobre el duelo y la muerte, relacionadas con el contexto histórico/social que les ha tocado vivir y a las experiencias a lo largo de sus vidas, las creencias forman parte del ser y éstas permiten vivir en el mundo con un sentimiento de mayor confianza y seguridad. Las creencias modelan el comportamiento ya que dependiendo de lo que se piensa sobre un determinado hecho, así será la conducta ante ese hecho.

La creencia de que la actitud (positiva o negativa) que asume el paciente ante la enfermedad es un elemento importante en su recuperación, por ello hechos mentales en el que la relación de creer o juzgar es la que unifica, ordena y da sentido a la relación con los objetos del hecho creído. La esperanza y una actitud positiva desempeñan funciones claves en la capacidad de un paciente para afrontar la enfermedad.

De igual manera, la creencia de que el estar constantemente enfrentándose a estas situaciones tan estresantes como lo son las vivencias de duelo y muerte, en algún momento de la vida traerá consecuencias que se reflejarán tanto en su salud física como mental, invitan a plasmar la inminente necesidad de disponer de instrumentos conceptuales que permitan analizar las implicaciones éticas de la propia práctica, como también la propia implicación existencial en los profesionales del área de la salud.

Otro elemento que se entrelaza a lo planteado anteriormente es que el hecho de vivenciar continuamente esas situaciones, sin estar preparado para ello, hacen que se generen mecanismos inadecuados para “drenar” ese cúmulo de sentimientos y se traduce en experiencias desagradables dentro del área laboral. Los sentimientos que causan en los miembros del equipo de salud el duelo y la muerte son contradictorios porque de la pena o el dolor por el apego emocional, se entremezclan el alivio por el fin del sufrimiento del moribundo y la vez se generan sentimientos de satisfacción/impotencia por haber podido o no ayudarlo en los momentos finales.

Ante la cercanía de una muerte inminente los profesionales de la salud se sienten indefensos y carentes frente a la mirada desolada del moribundo que les impide establecer una relación de ayuda con él, debido a no estar preparados para ello. Institucionalmente se tiende a sostener que los pacientes con enfermedad en fase terminal están excluidos de todo cuidado, y esta premisa lleva a la implementación de estrategias que no responden a las necesidades de cuidados concretos que son tan importantes en esos momentos para los pacientes.

Las estrategias de atención y el acompañamiento a los pacientes y sus familias se implementan eficientemente cuando los médicos y las enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos asumen responsablemente su compromiso y transitan juntos el camino hacia la superación. Con ellos se integran otros miembros con funciones complementarias (ministros de fe, nutricionistas, terapeutas físicos, voluntarios, etc.).

El camino de integración reconoce la necesidad simultánea de proveer el cuidado al otro y necesitar a su vez ser cuidado, en un proceso dinámico que adquiere características peculiares para cada uno.

El ser humano necesita del cuidado para vivir, ya que el hombre sin cuidado dejaría de ser humano. El cuidado es más que una conducta necesaria para sobrevivir, es un acto de compasión, solidaridad y comprensión, una actitud, representa una actitud de ocupación, preocupación, de una relación empática con el otro. Por esta razón se puede decir que el cuidado es considerado por la humanidad como algo necesario para que perdure la especie. Esta consideración permite comprender que el modo de existir, es fundamental para la salud física y mental del individuo.

Los pacientes en fase terminal y sus familiares no están preparados para transitar por ese camino misterioso, doloroso y desconocido que conlleva los procesos de duelo y muerte, de igual manera los miembros del equipo de salud tampoco están preparados para ayudarlos (ni para ayudarse mutuamente) de manera efectiva, porque en el proceso de formación académica, se produce una ruptura entre el continuo vida y muerte. En tal sentido se hace necesario abordar los cuidados del paciente desde un punto de vista, no solo integral, sino también considerando al paciente como un ser único e individual.

Por tal motivo, es necesario que los médicos y las enfermeras dispongan de herramientas conceptuales que fundamenten su desempeño profesional y les permitan analizar las implicaciones éticas de su propia práctica, así como su trascendencia existencial en la profesión; es decir, la autorreflexión para analizar las dimensiones de su persona, clarificar sus emociones e integrar sus sentimientos cuando el vaivén de su barca naufrague en el océano de la muerte y el duelo.

Estas reflexiones permiten plantear, que el duelo y la muerte para los médicos y las enfermeras es vivido de una manera única e individual por cada uno de ellos, a pesar de que existen elementos comunes, tales como: la evasión y los sentimientos divergentes manifiestos, por lo difícil de asumir la muerte propia como fenómeno inherente a la vida (angustia existencial), el sistema de creencias respecto al duelo y la muerte y la falta de formación profesional, en lo teórico y práctico, para ayudarse a sí mismo como ser humano cuidador y ayudar al otro en el acompañamiento del duelo y/o a tener una muerte digna, son hechos que emergen en la cotidianidad de estos profesionales de la salud.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kubler-Ross, E. **Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados.** México: Debolsillo. 2006
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). **Censo Nacional de Población y Vivienda...** Disponible en:  
[http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com\\_content&view=category&id=96&Itemid=50#](http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=96&Itemid=50#) 2011
3. Worden, J. W. **El tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia.** Barcelona-España: Ediciones Paidós Ibérica. 1997.
4. Barrantes, G. **El duelo en la Adolescencia.** En: **Adolescencia y Juventud en América Latina.** Donas, Solum. Compilador. Mendoza, Argentina: Editorial LUR 2001
5. Bárbara, M. **Paciente Terminal y Muerte.** Barcelona. España: Ediciones Doyma. 1987.
6. Watson, Jean. **I Congreso Venezolano de Cuidado Humano en Salud.** Colegio de Abogados Salón Centenario. Fecha: 3 al 4 de abril. (2001)
7. Heidegger, Martin. **El ser y el tiempo.** Argentina: Fondo de Cultura Económica. 3ra Reimpresión, traductor José Gaos, 1991.
8. Dreyfus, H. **Ser-en-el-mundo.** Chile: Cuatro vientos. P 48. 2003.
9. Gómez, Sancho, M. **El Hombre y el Médico Ante la Muerte.** Madrid. España: Ediciones Arán. 2006
10. Álvarez, T. Luisa M. **Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos 2009 – 2011.** Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina. Maestría Medicina Alternativa. Bogotá, Colombia. 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4149/1/luisamarcelaalvareztobos.2011.pdf> (12/11/2011).
11. Rodríguez de L, M; Nietzsche, E.; Teixeira, J. **Reflejos de la formación académica en la percepción del morir y de la muerte por enfermeros.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jan/mar; 14(1):181-8. Available from: Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a21.htm>

12. Pereira, I., Sardiñas, O., Cervera, L. y Rangel L., **Algunos problemas éticos en el manejo del enfermo terminal en la atención primaria de salud** Instituto Superior de Ciencias Médicas. "Carlos J. Finlay". Policlínico Comunitario Docente Centro Camagüey. **Archivo Médico de Camagüey 2000;4(3)** ISSN **1025-0255.** Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2000/v4n3/321.htm>
13. Tocci, N. **El cuerpo humano como huella de vida ausente desde una perspectiva axiológica.** Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Venezuela. 2010
14. López, B. Cira de. **Conocimiento y Prácticas del Personal de Enfermería Sobre Duelo por Muerte Perinatal en Madres Adolescentes.** Tesis Magíster. Universidad de Carabobo. Valencia. 2000
15. Carmona, Z. **Rol de Ayuda del Personal de Enfermería Percibido por las Madres Adolescentes en proceso de Duelo por Aborto.** Tesis Magíster. Universidad de Carabobo. Venezuela. 2000
16. Lozano, T. **Percepción del manejo del duelo por parte del personal de enfermería.** Tesis Magíster. Universidad de Carabobo. Venezuela. 2004
17. Heatom, John y Groves, Judy, **Wittgenstein para principiantes.** 9Tr. Daniela Rodrigues gesauldi), Buenos Aires, Argentina: Editorial Era Naciente. Documentales ilustrados, 2012.
18. Bruner, Jerome. Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid, España: Ed. Alianza. 1991
19. Gadamer, Hans Georg. **Hermenéutica clásica y hermenéutica Filosófica.** Salamanca España: Editorial Sígueme. 1992.
20. Marisela Hernández H. **Apuntes sobre fenomenología hermenéutica en investigación construccionista.** Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento, Universidad Simón Bolívar. Caracas. 2000.
21. Real Academia Española. **Diccionario.** 22 Edición. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>, 2012.
22. Damasio, Antonio. **Y el cerebro creó al hombre. ¿Cómo pudo el cerebro generar emociones, sentimientos, ideas y el yo?** Barcelona, España: Destino, 2010

23. Martin Heidegger, **Beiträge zur Philosophie**, Vittorio Klostermann, Frankfurt del del Meno, Disponible en: <http://www.quedelibros.com/libro/5212/Contribuciones-A-La-Filosofia.html>. 1994. p.21.
24. Castilla del Pino, Carlos. **Teoría de los sentimientos**. Barcelona. España: Tusquets. 2005
25. Lange; J. **El libro de las emociones. Siento...Luego Existo**. Psicología Personal. Disponible en: [http://books.google.co.ve/books/about/El\\_libro\\_de\\_las\\_emociones.html?id=v87VIKUmbzcC&redir\\_esc=y](http://books.google.co.ve/books/about/El_libro_de_las_emociones.html?id=v87VIKUmbzcC&redir_esc=y). 2001
26. Galindo, G. **Ethos Vital y Dignidad Humana**. Colección Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. 2004. Pag.111
27. Sandrin, L. **Como afrontar el dolor**. Bogotá, Colombia: Ed. Paulinas. 2002. pág. 129
28. Roberto Madoery. **Sección de Eméritos. Hospital Privado S.A – CMC**. Edición Especial. Disponible en: <http://www.experienciamedicahp.com.ar/edicionespecial/pdf/14.pdf>. 29/11/12
29. Heidegger, Martín **El Ser y El Tiempo**. Tercera Reimpresión Argentina: Fondo de Cultura Económica. 1991.
30. Maglio, Francisco. **La Medicina la Vida y la Muerte**. Disponible en; <http://www.latinsalud.com/articulos/00428.asp>. fecha 09/03/2007
31. García, Luís. **La Muerte desde la mirada de la historia. El tema de la Muerte**. Revista De Historia N° 21 Vol. XL Julio Diciembre. 1965. Valencia Venezuela. 2003
32. Levi-Strauss, Claude **El pensamiento salvaje** 15 Reimpresión. México: Fondo de Cultura Económica. 2006
33. Neimeyer, R. A. **Aprender de la Perdida**. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós Ibérica, 2002.

34. Organización Mundial de la Salud **REVISTA SALUD, TRABAJO Y AMBIENTE** Vol. 10 No. 36 Segundo Trimestre 2003. Disponible en: [www.cepis.org.pe](http://www.cepis.org.pe)
35. Stancati, T. **Diccionario Teológico Enciclopédico**. Navarra, España: Editorial Verbo Divino. 1995
36. Kubler-Ross, E. **La Muerte: un Amanecer**. Barcelona. España: Editorial Luciérnaga. 2008.
37. Jaspers, K. **Psicopatología General**. Buenos Aires, Argentina: Ed. Beta. 1977
38. Campos Ana Cecilia. **El método fenomenológico de Jaspers. La exploración de la subjetividad en la enfermedad y la muerte. El tema de la Muerte**. Revista de Historia N° 21 Vol. XL Julio Diciembre 2003 Valencia Venezuela
39. Worden, J. Willian. **El tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia**. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.1997
40. Savage, J. **Duelo por las vidas no vividas**. España: Luciérnaga. 1992.
41. Bracho, Cira, González, R. **Programa de Prevención y Asistencia de Embarazos en Adolescentes, en Salud del Adolescente**. Universidad de Carabobo. Venezuela. 1997
42. Defey, D. et al. **Duelo por un niño que muere antes de nacer**. Montevideo, Uruguay. Publicación Científica CLAP. N° 1086. 1985.
43. **Revista de la Sociedad Española de Tanatología**. N° 1.issn1579-8879 Disponible en: <http://tanatologia.org/seit/revista.html>
44. Ripoll, J. **El duelo**. Disponible en: ([http://donacion.organos.ua.es/info\\_sanitaria/proceso/el\\_duelo3.htm](http://donacion.organos.ua.es/info_sanitaria/proceso/el_duelo3.htm)), 1.997
45. Vásquez, Héctor. **El estructuralismo, el pensamiento salvaje y la muerte**, México: Fondo de cultura económica. 1982
46. Castañeda, A. **El Duelo en Pacientes y Familias En Situación de Urgencia y Cuidados Críticos**. Disponible en: [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp.texto=art33001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp.texto=art33001)

47. Petralanda, V., García, J. **Guías Clínicas**. Colombia. 2004
48. Freud S. **Duelo y melancolía**. En: **Freud S. Obras Completas**. Madrid. España: Editorial Biblioteca Nueva, (1981.)
49. Fernández, L. y Rodríguez, V. **Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria**. Disponible en: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002000300008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000300008&lng=es&nrm=iso). ISSN 1131-5768. 12/09/2012
50. Klein, M. **El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos**. 1940. **En Obras Completas**. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo. 1965. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/37731516/Melanie-Klein-Obras-Completas>. 02/07/2010
51. Lindemann E. **Symptomatology and management of acute grief**. **Am J Psychiatry**. Reimpreso en **Am J Psychiatry** 1994; 151.
52. Bowlby J. **Teoría de los Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida**. Madrid: Morata. 1986.
53. Organización Panamericana de la Salud. **Manual de Medicina del Adolescente**. Serie Paltex para Ejecutores de Programas N° 20. Washington D.C. 1992.
54. Lastra, A. **Qué bello es Vivir. Fran Capra (1946)**. Madrid. España: Ediciones Octaedro. 2004.
55. Yoffe Laura. **El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales**. Revista Psicología, Cultura y Sociedad. Buenos Aires. Argentina. Disponible en: [www.palermo.edu/cienciassociales/.../pdf/.../3Psico%2009.pdf](http://www.palermo.edu/cienciassociales/.../pdf/.../3Psico%2009.pdf) 25/11/09
56. Raja, R. **Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del Personal Sanitario ante la muerte**. Tesis Doctoral. Univ. de Cádiz. 2001
57. Vattimo, G. **Introducción a Heidegger**. Barcelona. España: Editorial Gedisa. 2006.

58. Duran, M. **El Dolor la Muerte y la Memoria**. En Libro: **Religión y Sociedad en España y los Estados Unidos**. Vol. 1. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid. 2004. Pág. 28.
59. Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Ginebra 52ª sesión. 16 de abril de 2004
60. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para la Profesión de Enfermería. 2005.
61. **Código de Deontología Médica**. Aprobado durante la LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de marzo de 1985. Disponible en: <http://www.telcomercado.com/Leyes/deontologia.pdf>
62. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Caracas – Venezuela: Ediciones Juan Garay. 2001
63. Leal, J. **La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación**, 2da. Edición. Venezuela. 2009.
64. Husserl E. **Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica**. México: Fondo de Cultura Económica. 1982, p.106.
65. Husserl, E. **Meditaciones cartesianas. Introducción a la fenomenología**. México: Ed. FCE. 1985.
66. Chávez, Pedro. **Historias de las doctrinas Filosóficas**. Tercera edición. México: Pearson Educación. 2004
67. Fernández, S. Fenomenología de Husserl: Aprender a ver. Disponible en: <http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/gargola/1997/sergio.htm>. 1997
68. Strenbert, Helen, Rinaldi, Dona. **Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative**. Philadelphia: Lippincott Company. 1995.
69. Martínez Echeverri, Leonor y Martínez Echeverri, Hugo **Diccionario de Filosofía**. Cuarta Edición. Colombia: Panamericana Editorial Ltda. 1998.

70. Ferrater Mora, José **Diccionario de Filosofía**. Barcelona-España: Editorial Ariel, S.A. Tomo I (A-D). 2001.
71. De la Cruz V, Antonio. **El giro hermenéutico de la fenomenología. De Husserl a Heidegger**. Revista de filosofía. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/index.html>. 2010
72. Buber Martín. **¿Qué es el hombre?**. Argentina: Editorial Fondo de Cultura Económica. Segunda reimpresión. Traductor: Eugenio Imaz. 1990.
73. Rodríguez, G., Gil, J., García, E., **Metodología de la Investigación Cualitativa**. Maracena. Granada: Ediciones Aljibe. 1996.
74. Muñoz, J. Atlas Ti V5. Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2005.
75. Salgado, A. **Investigación Cualitativa: Diseño, Evaluación del Rigor Metodológico y Métodos**. Universidad de san Martín de Porres. Lima. Disponible en: [www.scielo.org.pe/pdf/liver/v13n13/a09v13n13.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/liver/v13n13/a09v13n13.pdf). 2007
76. Martínez M. **Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa**. México: Ediciones Trilla. 2009.
77. Flick. U. **Introducción a la investigación cualitativa**. 2da. edición. Madrid España: Ediciones Morate. 2007.
78. Pacheco, G. **Perspectiva Antropológica y Psicosocial de la Muerte y el Duelo**. Revista cultura de los Cuidados. Pág. 30. Año VII. Numero 14. 2do Semestre. 2003. Disponible en: [rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1040/1/culturacuidados\\_14\\_05.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1040/1/culturacuidados_14_05.pdf) (02/01/2013)
79. Schmidt. Rio /Valle, J. **“Validación de la versión Española de la escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte” y del “Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte”:** Estudio comparativo y Transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. (Tesis doctoral). Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. ISBN 978\_84\_338\_4385\_2. 2007. Disponible en: [libro.ugr.es/bitstream/10481/1563/1/16729341.pdf](http://libro.ugr.es/bitstream/10481/1563/1/16729341.pdf) (13/11/2012).
80. Rhodes-Kropf, J., **“This is just too awful; I just can’t believe I experienced that. Medical Students’ Reactions to Their “Most Memorable” Patient Death**. Academic Medicine, 2005. **80**(7): p. 634-640.] (25/01/2013)

81. Kubler-Ross, E. Kessler, D. **Sobre el Duelo y el Dolor**. Barcelona España: Ediciones Luciérnaga. 2006.
82. Aries P, Armiño M. **El hombre ante la muerte**. Madrid: Taurus. 1987.
83. Morris D. **La cultura del dolor**. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1993.
84. Gómez, Sancho, M. **La Perdida de un Ser Querido. El duelo y el Luto**. Madrid. España: Ediciones Arán. 2004.
85. Kraus, A. **“El Vacío Como Vacío”**. Revista de la Universidad de México. <http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/4307/4307/pdfs/43kraus.pdf>. (10/01/2013).
86. Vargas S., Rosa E. **Duelo y pérdida**. Med. leg. Costa Rica [revista en la Internet]. 2003 Sep. [citado 2013 Ene 17] 20(2): 47-52. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=es).
87. González M., Ricardo. **La relación equipo de salud-paciente-familiar**. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2013 Ene 17] 32(3): Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300011&lng=es).
88. Chopra, D. **La Curación Cuántica**. México: Ed Grijalbo. 1994
89. Fierro U., Marco; Rueda Luisa, Abraham Jezmin; García Estefanía; Jaimes Luz A.; Atuesta Juana. **Psicosis y sistemas de creencias**. Rev. Colomb. Psiquiatr. [serial on the Internet]. 2003 July [cited 2013 Jan 17]; 32(3): 281-292. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502003000300007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000300007&lng=en).
90. Medeiros Do Nascimento, A., **A Estrutura da Representação Social da Mortena Interface com as Religiosidadesem Equipes Multiprofissionais de Saúde**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20(3). 2007. p. 435-443.
91. Peñacoba, D. **La Meditación Transpersonal en el arte de Morir**. 2011. Disponible en: [www.escuelatranspersonal.com/tesis/lo-transpersonal/la-meditacion-en-el-arte-de-morir.pdf](http://www.escuelatranspersonal.com/tesis/lo-transpersonal/la-meditacion-en-el-arte-de-morir.pdf) . (12/11/2012).

92. Sociedad Estado Unidense de Oncología Clínica 2318 Mill Road, Suite 800. Alexandria, VA22314. **Planificación de los Cuidados del enfermo con Cancer en Etapa avanzada.** Disponible en: [www.cancer.net/sites/cancer.net/files/vignette/Advanced\\_Cancer\\_Care\\_Planig\\_ESP.pdf](http://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/vignette/Advanced_Cancer_Care_Planig_ESP.pdf). 2011.
93. Manzano, G. Ramos, F. **Enfermería Hospitalaria y Síndrome de Burnout.** Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.16:197. 2000
94. Gurméndez, C. **Teoría de los Sentimientos.** España: Fondo de Cultura Económica. 1993.
95. López, S. **Implicación Emocional en la Práctica de la Enfermera.. Revista cultura de los Cuidados.** Pág. 174. Año IV. Numero 7 y 8. 1ro y 2do Semestre. 2000. Disponible en: [ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/cc\\_07-08\\_20.pdf](http://ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/cc_07-08_20.pdf) (13/01/2013)
96. Garrosa, E.; Moreno Jiménez, B; et al. **Variables Predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. Medicina y seguridad del trabajo.** (2005) Disponible en: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/1Eva-Vbs-predictoras-del-burnout.pdf>. citado 10/10/2012
97. Rivera, D. Cartagena, E. Reig, A. **Frustración Profesional en Enfermería.** Revista Enfermería científica. 68, 1987. Pág. 27-37.
98. Mădălina Diaconu. **Investigaciones Fenomenológicas**, vol. monográfico 2: Cuerpo y Alteridad (2010). **La Experiencia de la Alteridad Olfativa** Institut für Philosophie der Universität Wien, Austria.Pag 80. Disponible en: [http://www.uned.es/dpto\\_fim/InvFen/InvFen\\_M.02/pdf/05\\_DIACONU.pdf](http://www.uned.es/dpto_fim/InvFen/InvFen_M.02/pdf/05_DIACONU.pdf) (16/01/2013).
99. Lugo, Elena. **En torno del dolor y el sufrimiento. Revista Argentina de cirugía cardiovascular.** Vol. II N° 3. Septiembre-Octubre-Noviembre. 2004. Versión On Line. Publicación trimestral. Fecha consulta: 11/11/2011
100. Álvarez, E. Fernández, L. **El Síndrome de Burn-out o el desgaste Profesional.** Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatra. Numero 39.1991

101. Rivera, D. Cartagena, E. Reig, A. Romá, M. Sans, I. **Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la Provincia de Alicante.** Universidad de Alicante. Edición electrónica Espagrafic. 1993. Disponible en: [rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4376/1/Reig\\_Ferrer\\_Estrés\\_laboral.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4376/1/Reig_Ferrer_Estrés_laboral.pdf). (10/01/2013)
102. Uribe C. **La Enfermera ante el paciente Moribundo.** Revista de Enfermería. Disponible en: [www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5302-enfermera.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5302-enfermera.htm). (16/01/2013).
103. Tizón, J. Pena, **Pérdida, Duelo. Vivencias, Investigación y asistencia.** Barcelona. España. 2004.
104. Wesley, R. **Teoría y Modelos de Enfermería.** 2da. edición. México: McGraw-Gill/Interamericana.1997.
105. Jara. O. **Entender la Muerte.** Enero N° 6. Babad. Disponible en:<http://www.babab.com/no06/muerte.htm>. 2001
106. Beltrán, O. **Afrontar una Enfermedad Grave.** Universidad de la Sabana. Artículo Electrónico. Colombia. 2010 Disponible en: [Aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1740/2324](http://Aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1740/2324). (17/01/2013)
107. Rinpoche Sogyal **El Libro de los tibetanos de la vida y la muerte.** Editado por: Patrick Gaffney y Andrew Harveys. Argentina, Chile, Colombia, España, México y Venezuela: Ediciones Urano. 1992
108. Iosu C., Eraso. **Las pérdidas y sus duelos.** Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona. En: Anales 3. Vol. 30. 2007. Suplemento Electrónico. Disponible en: [http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple30\\_3.htm](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple30_3.htm). pág. 163.
109. Rodríguez P., Ángel Y. **Al final de la vida humana.** Colección de folletos TER. Ediciones Trípode. 2008. Pág. 20
110. Barrera, A., Águila, N., **Enfoque del equipo de salud frente al paciente terminal y su familia.** Valdivia. 2002.Disponible en: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Valdivia%202002/Enfoque\\_del\\_equipo\\_de\\_salud.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Valdivia%202002/Enfoque_del_equipo_de_salud.pdf)

111. Besora, M. Inmaculada. **Duelo**. Portal Electrónico Enfermera Virtual. Barcelona 2009. Disponible en: <http://www.infermeravirtual.com/es-es/situaciones-de-vida/duelo/informacion-relacionada.html#>. Fecha: 23/07/2011
112. Jiménez L., Gustavo; Judith L. Leaf, **Sin miedo a la muerte. Una mirada budista sobre el encuentro con la muerte**. Editorial Maitri, Santiago, 2004, 204 p.», *Polis* [En ligne], 8|2004, mis en ligne le 05 septembre 2012, consulté le 18 janvier 2013. Disponible en: <http://polis.revues.org/6194>
113. Rojas, S. **El manejo del duelo**. Barcelona, España: Ediciones Granica. 2005.
114. Laplanche, J. **Vida y Muerte en Psicoanálisis**. Buenos Aires, Argentina: Edición Amorrortu. 1987
115. Freud, S. **Consideraciones de actualidad sobre la vida y la muerte**. 1915. En: **Obras Completas**. Tomo II. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. 1973.
116. Bowlby, J. **La Pérdida Afectiva. Tristeza y Depresión**. Barcelona, España: Paidós, 1990.
117. Russell, B., **Los Problemas de la filosofía**. 1912. En: **Obras Completas**. Vol. II, Cap. XII, Madrid: Ed. Aguilar. 1973. págs.: 1122-1128
118. Macellari, Giorgio. **La muerte: un bien incurable. Desde el arte de morir hasta la eutanasia**. Madrid: Cooperación Editorial. 2002. Pág. 26
119. Santana Da Silva, L. **O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005
120. Echegoyen, Olleta Javier. **Historia de la Filosofía**. Vol. 3: Filosofía Contemporánea. Editorial Edinumen. Disponible en: <http://www.e-torredabel.com/Historia-d-la-filosofia/Filosofiacontemporanea/Sartre/Sartre-Fnomenologia.htm>. 11/09/2012

# **A N E X O**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste la enfermera Zoraida Carmona, profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Carabobo y estudiante del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo. Entiendo que la entrevista formará parte de la investigación, no lucrativa, centrada en el ***SIGNIFICADO DE LAS VIVENCIAS DE LOS MEDICOS Y LAS ENFERMERAS SOBE EL DUELO Y LA MUERTE-***

Este estudio es un requisito para optar al título de Doctora en Enfermería. Entiendo que seré entrevistada en la oficina de la investigadora, en mi hogar o en el sitio que convengamos, donde yo me sienta mejor, en el horario que me convenga y será grabada dicha entrevista. Se me realizarán preguntas relacionadas con mi experiencia como personal de la salud vivida tras la muerte de pacientes y familiares; no existen respuestas correctas ni incorrectas, es sólo mi opinión y mi experiencia. Es de mi conocimiento que la investigadora puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, para obtener más información o para mostrar la evolución de los resultados obtenidos, o bien para invitarme a la presentación de la investigación.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha

dicho que mis respuestas a la preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna. También se me ha informado que tanto si participo como si no lo hago, o si me rehúso a responder alguna pregunta, no se verán afectados los servicios de salud pública o social que yo o cualquier miembro de mi familia podamos requerir.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que la Lic. Carmona es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante en el mismo. La Lic. Carmona puede ser localizada mediante una llamada telefónica al número 0414-4128283..

---

*Firma de la entrevistada*

---

*Firma de la entrevistadora*

**Fecha:**    /    /