

NECESIDADES DE FORMACIÓN EN EL EQUIPO DE PROFESIONALES DE MEDICINA  
Y ENFERMERIA, FRENTE AL MANEJO DE EPISODIOS DE MUERTE DE PACIENTES  
EN LA U.C.I., HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS DE LA CLINICA JUAN N CORPAS



---

NUBIA SÁNCHEZ SUSPE

OBTANDO PARA EL TITULO EN MAESTRIA EN EDUCACIÓN

---

DOCENTE ASESOR: LUZ SNEY CARDOZO

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE HUMANIDADES

MAESTRIA EN EDUCACION

Bogotá D.C. 2016

Nota de aceptación

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado

Bogotá, 2016

***Dedicatoria***

*Con intenso amor a mi esposo e hijos, por su apoyo y ayuda incondicional.*

*A mis compañeros de la Clínica Juan N Corpas*

### ***Agradecimientos***

*Quiero agradecer a todas aquellas personas que de una u otra manera, me  
Colaboraron en la motivación y realización de esta investigación.*

*A la Dra. Luz Sney Cardozo, por haber sido un pilar fundamental en la culminación de esta  
investigación, al brindarme sus conocimientos y experiencias*

*A Consuelo Preciado, por el apoyo incondicional que me brindo hasta el último momento.*

## Glosario

**Acaecimiento:** Acción de suceder un acontecimiento.

**Cáncer.** Es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo

**CIE:** Clasificación internacional de enfermedades

**Distancia:** Prolongamiento artificial de la agonía al que en ocasiones se llega por el recurso abusivo a tecnología médica avanzada.

**DSM:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

**Falla Renal:** Trastorno que afecta a los riñones y que provoca una disfunción de los mismos para eliminar residuos y no puede mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos en el organismo.

**Inerme:** Que está desprovisto de armas para defenderse

**Politraumatismos:** Asociación de múltiples lesiones traumáticas producidas por un mismo accidente y que suponen, aunque solo sea una de ellas, riesgo vital para el paciente.

**Rumiaciones:** Pensamientos nocivos que no dejan de rondar por nuestras cabezas, es decir, se aparecen una y otra vez dando lugar a un sentimiento de frustración.

**SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida por el virus de inmunodeficiencia humana. Enfermedad infecciosa, que se transmite por vía sexual o sanguínea.

**Tanatología:** Es una disciplina científica que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud y buscar su transcendencia. También se encarga de los duelos derivados de pérdidas significativas que no tengan que ver con la muerte física o enfermos terminales.

**Trastorno mental:** es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental

**UCI:** Unidad de cuidados intensivos

## **Resumen**

La presente investigación, fue realizada en la clínica Juan N Corpas, con el objetivo principal de analizar e identificar las necesidades de formación en el equipo de profesionales de la salud, frente al manejo de episodios de muerte en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, esto con la finalidad de optimizar la atención brindada tanto a los pacientes, familiares y la comunidad frente a este suceso. El diseño metodológico se fundamentó en el paradigma hermenéutico y enfoque cualitativo, para lo cual se realizó entrevista semiestructurada a una muestra intencional a profesionales integrantes de las unidades de cuidados intensivos, urgencias y hospitalización, posteriormente se efectuó el respectivo análisis e interpretación de la información, dando evidencia de la necesidad de formación del equipo de salud en relación con los temas de muerte y duelo. Para ello se presenta una propuesta académica a tener en consideración.

**Palabras clave:** Muerte, duelo, profesional de la salud, educación.

### **Abstrac**

The current research was done in Clínica Juan N Corpas with the main goal to analyze and identify the training needs in the professional health team when they handle death episodes in the intensive care unit with the target to improve the attention offered to the patients, family members and the community in this kind of situation. The methodological design was based on the hermeneutical paradigm and qualitative approach. For this purpose was developed a semi structured interview to an intentional sample of professionals who were part of emergency and intensive care units. Later was developed the respective analysis and interpretation that showed evidence the lack of training of the health team related to death and mourning topics. For this, it is presented an academic proposal for your consideration.

**Key Words:** Death, duel, health professional, education.

## Tabla de Contenido

Glosario .....	5
Resumen .....	7
Abstrac .....	8
Tabla de Contenido .....	9
Introducción.....	11
Capítulo I .....	13
1.1. Definición de la Situación a Investigar .....	13
<u>1.1.</u> Línea de Investigación. ....	13
1.2. Exploración de la situación .....	14
1.2.1. Institución que respalda la investigación.....	14
1.2.2. Antecedentes Legales .....	15
1.2.3. Antecedentes Teóricos .....	17
1.2.4. Formulación del problema de Investigación.....	32
1.2.5. Pregunta de Investigación.....	35
1.2.6. Objetivos .....	35
1.2.7. Justificación.....	36
1.2.8. Marco Teórico .....	41
Capítulo II .....	65
2.1. Diseño Metodológico.....	65
2.1.1. Paradigma epistemológico.....	65
2.1.2. Enfoque de Investigación.....	66
2.1.3. Población y Muestra .....	66
2.1.4. Técnica e instrumento de recolección de datos .....	67
Capítulo III.....	71
3.1. Trabajo de Campo.....	71
3.1.1. Recolección de la información .....	71
3.1.2. Organización de la información .....	71
3.1.3. Categorización.....	72
3.1.4. Análisis de la información .....	74
Capítulo IV.....	75

4.1. Hallazgos .....	75
4.1.1. Discusión y análisis.....	75
Categoría - La muerte .....	75
Vivencias en relación con la muerte .....	76
Quien comunica la muerte de un paciente.....	78
Reacciones frente a la muerte de un paciente .....	79
Categoría – El Duelo.....	81
Categoría - Necesidades de formación .....	86
¡Ya se empezó!.....	88
Conclusiones .....	88
Recomendaciones.....	89
Propuesta preliminar académica para el abordaje de los procesos de morir, la muerte y el duelo para profesionales de la salud. ....	90
Referencias.....	93
Anexos.....	97
Anexo No. 1. Datos Estadísticos.....	97
Anexo No. 2. Instrumento de recolección de información.....	120
Anexo No. 3. Formato declaración de voluntario .....	123
Anexo No 4. Transcripción de Entrevistas .....	127
Transcripción Entrevista G.20150921073645.....	127
Transcripción Entrevista G. 20150921073921 .....	128
Transcripción Entrevista G.20150921080150.....	133
Transcripción Entrevista G. 20150921081548 .....	138
Transcripción Entrevista G. 20150921100030 / 20150921102000 .....	142
Transcripción Entrevista G. 20150921100129.....	146
Transcripción Entrevista G.20150921103432 .....	151
Transcripción Entrevista G.20150921112731 .....	156
Transcripción Entrevista G. 20150921114149 .....	160
Transcripción Entrevista G. 20150921120342 .....	165
Anexo No. 5. Matriz de análisis.....	168

## **Introducción**

A pesar de que se reconoce que algún día se ha de fallecer, se evade en lo posible este tema y se afronta solo cuando se pierde a alguien cercano, se mira la propia muerte como algo que sucederá en futuro remoto. La idea de la muerte suele provocar un abanico de reacciones emocionales, pero la más frecuente es el temor.

La muerte aparece como una condición de la vida ya sea hacia el final del ciclo vital del hombre como una muerte natural, en la infancia como un suceso inesperado, pero cuando es acaecida de forma intempestiva por politraumatismos a consecuencia de accidentes de tránsito, o derivada de actos de violencia, es una experiencia traumática para los que deben de sobrellevar la pérdida y el inicio de la aceptación ante la muerte del ser querido y su proceso de duelo que se desarrolla en un periodo de tiempo corto para algunos y para otros más largo, en el que se pueden presentar excepciones donde se convierte para el doliente en una patología de manejo psiquiátrico.

Por lo anterior, esta investigación pretende identificar las necesidades de formación del equipo de profesionales de medicina y enfermería, frente al manejo de episodios de muerte de pacientes en la unidad de cuidados intensivos de la clínica Juan N Corpas y presentar una propuesta educativa en tanatología con el ánimo de optimizar la atención brindada a los pacientes, familiares y la comunidad.

Es por esta razón que la investigación se ha enmarcado en la línea de educación y sociedad de la Universidad Militar Nueva Granada, bajo el paradigma hermenéutico, con corte cualitativo que permite rastrear y comprender las falencias en la formación del grupo de profesionales de la salud estudiado, respecto a cómo afrontar los sucesos de pérdida de vidas de pacientes a los cuales atendían y el posterior enfrentamiento de los familiares ante su duelo

Para efecto de ello, en el primer capítulo se exponen los resultados de la revisión de antecedentes relacionados con tasas de mortalidad a nivel nacional, local e institucional; así como las aproximaciones teóricas referentes al concepto de muerte y duelo, las manifestaciones tanto físicas, afectivas, cognitivas y conductuales que se pueden presentar en adultos, las fases del duelo y la contextualización de estos temas a nivel educativo.

En el segundo capítulo se plantea la fase de diseño de investigación, donde se describe el tipo de estudio realizado y se detalla la metodología que permitió cumplir los objetivos propuestos, posterior a esto en el tercer capítulo se describe el plan de acción para la recolección, organización y categorización de la información, para posteriormente en los capítulos IV y V, realizar el análisis e interpretación y extrapolar las conclusiones y finalmente generar las recomendaciones y propuesta académica en Tanatología.

## **Capítulo I**

### **1.1. Definición de la Situación a Investigar**

#### **1.1.1. Línea de Investigación.**

Mediante la Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 3909 del 20 mayo de 2010, inicia el proceso de desarrollo de la Maestría en Educación, de la Universidad Militar Nueva Granada, que busca formar docentes en educación, que sean líderes en el direccionamiento de proyectos investigativos, interdisciplinarios, proyectados a desarrollar los contextos educativos y pedagógicos que contribuyan a solucionar los problemas que se presentan en el momento actual, donde la educación es inclusiva para todos, en el marco de los acuerdos de paz que buscan dar fin a los conflictos armados del país.

Para dar cumplimiento a estas finalidades, como se menciona en (UMNG, 2016) la Maestría en Educación direcciona las investigaciones de sus estudiantes en tres líneas: Docencia Universitaria, Educación y Sociedad, Liderazgo y Gestión en Educación, para que a su vez, estos trabajos de investigación se profundicen bajo uno de estos enfoques, buscando desarrollar proyectos que impacten y den respuesta a problemas educativos de su entorno profesoral, educativo, pedagógico y a la vez lo cualifiquen como un docente líder con valores éticos, de justicia, de solidaridad entre otros y comprometidos en la formación de sus estudiantes.

En la línea de profundización de Educación y Sociedad el estudiante realiza un análisis de la situación actual de la educación en los diferentes ámbitos de formación, culturas, los individuos a formar, con la finalidad de revisar la pertinencia de los contenidos académicos que pueden influir en las competencias de los futuros profesionales y así identificar debilidades y fortalezas que le permitan presentar propuestas en búsqueda de la excelencia académica y que

Contribuyan a la construcción de individuos con valores de formación en un mundo en continua evolución,

Dado lo anterior, esta investigación se rige bajo la línea de Educación y Sociedad, buscando rastrear las falencias en la formación del grupo de profesionales de la salud de la Clínica Juan N Corpas, de las áreas de hospitalización, urgencias adultos y pediatría, cirugía y cuidados intensivos, respecto a “cómo afrontar los sucesos de pérdida de vidas de pacientes a los cuales atendían y el posterior confrontamiento de los familiares ante su duelo”, a la vez indagar cómo influyen en ellos como profesionales de la salud estos acercamientos y si la formación académica recibida durante sus estudios los apoya para enfrentar estas situaciones dolorosas e impactantes o por el contrario expresen que deben recibir formación al respecto para así ser diligentes y brindar un apoyo con calidez y oportunidad.

## **1.2.Exploración de la situación**

### **1.2.1. Institución que respalda la investigación**

La institución donde se llevó a cabo la investigación, fue la Clínica Juan N. Corpas, institución de salud privada y acreditada de carácter docente-asistencial, que abrió sus puertas el 1º. de marzo de 1976, fundada por el Doctor Jorge Piñeros Corpas, con la finalidad de ser un pilar en la formación de médicos y enfermeras, provenientes de la Fundación Universitaria Juan N Corpas, en pregrado y posgrados, fundamentada en los principios de medicina familiar integral y objetivos orientados hacia la promoción de la salud, prevención y rehabilitación de la enfermedad, en diferentes especialidades como medicina interna, cirugía, ginecología, cuidado crítico, ortopedia, pediatría y otras subespecialidades médicas.

En cuanto a la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Juan N Corpas, empezó a funcionar el 28 de febrero del año 2000, bajo la dirección del doctor Carlos Mauricio Villamizar y con el apoyo hasta la fecha de 6 médicos con especialización en cuidado intensivo, 4 enfermeras jefes, 4 terapistas respiratorias, 12 auxiliares de enfermería, todos ellos con experiencia o especialización en cuidado crítico. 1 nutricionista, 1 patinador y personal de servicios de apoyo diagnóstico.

En la actualidad esta área se encuentra a cargo del doctor Mario Alejandro Villabon. En esta unidad se atiende alrededor de 40 a 50 pacientes mensuales, con patologías neurológicas (accidentes cerebro vasculares, infecciones neurológicas, polineuropatías -guillan Barre, etc.), pos quirúrgicos de diferentes especialidades, medicas (infartos agudo de miocardio, desequilibrios hidroelectrolíticos, etc.), renales, ginecológicas (hipertensión inducida por el embarazo, patologías asociadas) entre otras.

En esta unidad de cuidados intensivos, Se cuenta con una tasa de mortalidad que varía de acuerdo a la severidad de las patologías que se presentan, arrojando un índice de 6 a 8 pacientes promedio fallecidos al mes.

### **1.2.2. Antecedentes Legales**

#### **Ley 23 de 1981**

Por la cual se dictan las normas en materia de ética médica.

En el Título 1., Capítulo I, En la declaración de principios, se constituye:

“El fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica. 1°. – La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre

y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

### **Ley 911 de 2004**

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

El título I, De los principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería, capítulo I, se enmarca en Dos artículos que sostienen:

“El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2º, los principios éticos de Beneficencia, No- Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica - profesional de la enfermería en Colombia” (Ley 911, 2004)

Al igual que hace referencia al acto de cuidado de enfermería como:

“ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas” (Ley 911, 2004)

### **Normatividad Institucional de la Clínica J N Corpas**

*AH-PR-08-VI Manejo del paciente fallecido.*

Inicia desde la información a los familiares del fallecimiento del paciente, por parte del médico tratante o médico familiar del servicio, hasta la entrega del cadáver en la sala de paz

*AH-IN-29-VI. Arreglo del cadáver.*

Detalla las actividades a realizar para arreglar el cadáver, instalarlo en la camilla y posterior traslado a la sala de paz.

### **1.2.3. Antecedentes Teóricos**

Para el desarrollo de esta investigación, se llevó a cabo la exploración de antecedentes, en relación a los conceptos de muerte y duelo, lo que permitió dar cuenta de aquellos aspectos

relevantes que se han venido trabajando a lo largo de la historia, en las diferentes culturas y especialmente en Colombia.

### **Un recorrido por la historia**

La muerte y el dolor hacen parte de la vida del ser humano a lo largo de la historia de la humanidad, la filosofía, la teología, la antropología, la literatura y el arte han plasmado y se han ocupado de estos temas en todas las culturas.

Para realizar esta disertación sobre el duelo y la muerte se debe indagar de manera retrospectiva desde la mitología, el pasado y las creencias de diferentes pueblos e ir avanzando en una línea de tiempo hasta la actualidad, lo que permite vislumbrar la evolución posible de ese imaginario social. Morín (1974) expresa:

“No podemos comprender la humanidad de la muerte mas que comprendiendo la especificidad de lo humano. Solamente entonces podremos ver que, como el util, la muerte afirma al individuo, lo prolonga en el tiempo como el util en el espacio, se esfuerza igualmente por adaptarlo al mundo, expresa la misma inadaptacion del hombre al mundo, las mismas posibilidades conquistadoras del hombre con respecto al mundo”. (p. 22)

Desde esta dualidad del hombre acepta o rechaza de manera abierta la posibilidad de fallecer, ya que al reconocerlo acepta que no es finito y por lo tanto, acepta que llegara el día en que él será quién ha de fallecer y serán sus familiares sus dolientes.

En cuanto a la mitología griega, se personifico a la muerte con el dios Thanatos, quien lleva consigo a los hombres que mueren tranquilos en un acto sutil, en el último siglo con el resurgimiento de las teorías freudianas toma nuevamente importancia el relacionar del dios Thanatos con el dios Eros, en las pulsiones humanas de la vida y la muerte, donde la pulsión es

tomada como una respuesta del individuo a los acontecimientos que se le presentan de forma súbita, que surge del interior de su propio organismo y que no puede evadir, para Freud la pulsión, “no actúa como una fuerza de choque momentánea, sino siempre como una fuerza constante. Puesto que no ataca desde afuera, sino desde el interior del cuerpo, una huida de nada puede valer contra ella”. Freud (1914 p, 114).

También se encuentra que en la mitología romana Mors es el dios de la muerte, se le asocia con Marte el dios romano de la guerra; en la mitología egipcia, Anubis es el dios de la muerte, quien se le representa como un hombre con cabeza negra de chacal, por ello los egipcios asociaron el color negro a la descomposición de los cuerpos, la oscuridad y la muerte, a la vez que se le asocia con la fertilidad de la tierra y la resurrección. Demonología 1 (2012).

Se evidencia también que en Centroamérica, la mitología azteca, sobresale Mictlantecuhtli, cuyo nombre significa “Señor de Mictlan”, soberano del inframundo azteca, era el principal dios de los muertos, a su reino van aquellos que mueren en forma diferente a la guerra, en parto, en el agua o sacrificio. Para los mayas, Ah Puch, Yum Kímil es el principal dios maya de la muerte y ostenta el título de “Amo de la muerte”. Najera (2004)

Por otra parte, en la mitología celta, Morrigan, es la diosa de la muerte, la guerra y la destrucción, pero también la diosa del sexo, el amor y la fertilidad, es una diosa ininteligible; en el hinduismo Yama o Yamaraja, es el “señor de la muerte” y el encargado de juzgar las almas. Cuando una persona fallece, en cuestión de 4 horas con 40 minutos, el cadáver no se puede incinerarse antes de ese tiempo, su alma se presenta ante Yama y su escriba Chitragupta, quien lleva un registro de todas las acciones del fallecido y dispone su destino final en el inframundo; en

el budismo es tomado también Yama con una connotación, es un dharmapala, es un dios iracundo, que juzgaba a los muertos y presidía los Narakas o infiernos/purgatorios, en el ciclo de la muerte y el renacimiento.

Del mismo modo, en la mitología china, se encuentra a Yama, llamado “Yan”, es el dios de la muerte, el juez de los muertos y el gobernador del Diyu, que es el infierno temporal chino donde se paga el karma; desde la mitología turco- mongólica, Erlik es el dios de los muertos y señor del inframundo, al cual se le ofrecen sacrificios con animales negros para aplacarlo y que no tome cadáveres y esclavice sus almas Para la cultura yuruba, se tiene dos máximas, 1) Hay dos muertes, la física y la espiritual. 2) El ser humano tiene los siguientes aspectos: Ori (el alma), Ará (cuerpo físico) y Emí (“aliento” o energía vital). Así Iku, es el encargado de la muerte de Ará, manteniendo el equilibrio entre los nacimientos y fallecimientos de los seres humanos. Demonología. 2 (2012).

Cabe precisar que en Colombia, los Zenúes, enterraban a sus muertos en bóvedas profundas, con ollas, tinajas con chicha y maíz, piedras de moler; Los Quimbayas incineraban a sus muertos y posteriormente los colocaban en vasijas de oro, agregando a estas diferentes joyas, si eran guerreros sus armas y provisiones. Toro (2002 p 21).

Para los cristianos, se debe recorrer un camino para llegar a la salvación, Jesucristo es la salvación, la redención, muere por amor a la humanidad, por ello los que mueren y creen en Dios, por la Gracia Divina se salvaran e irán al paraíso a la prometida vida eterna y sus pecados serán perdonados. Pero para los místicos o personas muy evolucionadas la muerte es un trascender en la evolución del ser y la energía. Álvarez, (2002, p 10).

En la tradición hipocrática no se recomendaba el trato con enfermos incurables y terminales, porque era presentar un desafío a una pena que los dioses habían impuesto a un mortal. Con el influjo de la cultura cristiana las cosas cambiaron y nacen los hospitium, Saunders (2011), como casas de albergue a enfermos con enfermedades terminales y no terminales donde se les daba consuelo y alimento, con la finalidad de brindarles calidad de vida, donde no padeciesen dolor. Sus síntomas fueran atenuados, donde estuviesen rodeados de sus familiares para así morir con dignidad.

Desde la antigüedad, (Aries, 1983) el hombre ha buscado dar confort al enfermo antes de su muerte, lo que ha motivado a investigar desde diferentes saberes: antropología, medicina, religión y arte, creando un caleidoscopio de enfoques desde diferentes culturas y/o sociedades.

En Europa, durante el S. IV, aparecieron instituciones cristianas inspiradas en los principios de la caridad evangélica, a las que se dio el nombre de hospitales y hospicios, que eran lideradas por comunidades religiosas. Los primeros hospices que surgen en Francia en 1842, son fundados por Allí Mme Jeanne Garnier. (Montes de la Oca Lomeli, 2006).

Estos centros hospitalarios siguieron en evolución continua hasta llegar a ser las instituciones de hoy en día, las cuales cuentan con tecnología de punta, con la finalidad de suministrar lo mejor de la medicina a aquellos que acuden a sus instalaciones. Se encuentran en estas instituciones servicios especializados desde neonatología, pasando por las diferentes especialidades hasta cuidados paliativos.

Evidentemente la muerte es uno de los imaginarios de mayor relevancia en la historia de la humanidad. Desde el hombre de las cavernas hasta la crio preservación o criogenia generados por

la tecnología de la sociedad moderna ninguno ha podido escapar a su angustia existencial. “Para el hombre occidental el tema de la muerte se ha transformado en una tanatofobia, simplemente porque intenta agotar su realidad en la Razón, olvidando que el cemento primigenio de la muerte son los imaginarios”. Mora-García (2003). El mismo autor describe que Platón, en el Fedón, cuando hace referencia al tema de la muerte no se refiere a ella como un ser per se, sino como un ser per accident, es decir, la muerte no es un punto de llegada sino una parte del proceso de la generación del ser. El ser per se es la inmortalidad, todo ser per accident desaparece, mientras el ser per se es inmortal. Por ello lo que le preocupa al hombre al referirse al problema de la muerte, no es la muerte en si misma sino la inmortalidad. Mora-García (2003. P 75).

Por consiguiente, la muerte puede presentarse como un evento transitorio y doloroso, por ser algo desconocido, pero a la vez se vuelve algo problemático porque lleva al hombre a analizar cuál será su destino final, al respecto O’Callaghan, señala

” Con la muerte se da comienzo a una posible plenitud inmortal que el hombre anhela profundamente (o a un vacío imperecedero, que teme con todo su ser), y por el otro lado la misma muerte parece mofarse de este deseo y promesa. Con todo, el destino último del hombre, su inmortalidad, la que sea, es el horizonte que da sentido a su vida terrena y mortal, y por ende a su muerte”. (O’Callaghan, 2009)

La Real Academia Española define la muerte como la cesación o término de la vida, mas técnicamente, incapacidad para mantener la homeostasis. Bernat, en el informe presentado a la Comisión Presidencial en Estados Unidos expresa en 1981, donde se definió la muerte como “el cese del funcionamiento del organismo como un todo, comprendería la perdida permanente del

funcionamiento cardiovascular y la pérdida total y permanente del funcionamiento del encéfalo completo”.

Refiriéndose a la muerte Dinola (2006), se puede aseverar que el ser humano normalmente pretende vivir, como si nunca fuese a fallecer, hace una negación a este proceso como lo llamo Freud, al percibir la existencia de esta, cuando observa su cercanía al concurrir a los funerales de un familiar o allegado, es el momento en que advierte la existencia de la muerte, es cuando analiza que es también va a fallecer, que no es eterno o inmortal, va a morir en cualquier momento futuro de su existencia.

Para Aries, la muerte más antigua estaba domada, pero "encontrar desde Homero a Tolstoi la expresión constante de una misma actitud global ante la muerte no significa que le reconozcamos una permanencia estructural extraña a las variaciones propiamente históricas", y añade "la actitud antigua en queja muerte está a la vez próxima, familiar, y disminuida, insensibilizada, se opone demasiado a la nuestra en que causa tanto miedo que ya no osamos decir su nombre". Por eso, agrega, "el llamar a esta muerte familiar la muerte domada, no quiere decir que este término fuera antaño salvaje y que luego la muerte ha sido domada, sino que por el contrario hoy se ha vuelto salvaje mientras que antes no lo era y así la muerte más antigua estaba domada"(p, 32).

Así desde la prehistoria hasta al tiempo presente, el hombre debe afrontar este misterio de la muerte, algunos tendrán tiempo para prepararse a este evento; otros lo enfrentaran de forma imprevista y catastrófica, por ello al acompañar a los pacientes y familiares en este momento y brindar un apoyo de manera el profesional de salud, ayuda a paliar los sentimientos de dolor, Saunders (2011, p 8), expresa:

“Trabajar en cuidados paliativos requiere una perspectiva que valore integralmente a la persona, y que considere la enfermedad terminal como un proceso biológico y a la vez biográfico, y la muerte no como un fracaso, sino como un misterio. Solo desde ahí se puede aspirar a comprender y dar respuesta a la complejidad del camino por el que pasan los enfermos. Al acompañar a los pacientes, el profesional se aproxima a un espacio donde el conocimiento adquirido y el modelo biomédico aprendido son útiles, pero se hacen más necesarios los recursos y experiencias que ayuden a atender y acompañar el sufrimiento”.

Los avances de la medicina desplazan al médico del ámbito del hogar del paciente y se traslada a los Hospices y hospitales para ejercer sus labores desde el ámbito hospitalario. Montes (2006, p3),

“Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia médica, ya que no se podía hacer nada por ellos. Los médicos anteriores atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar. La mayoría de las personas morían en casa. Los vivos estaban familiarizados con los muertos y con la idea de su propia muerte. La muerte era un hecho de vida cotidiano y como tal, era vivido con naturalidad”.

En los inicios del siglo XIX, el médico adquiere notoriedad y se inicia una etapa de confianza así este, se fortalece con la surgimiento de instrumentos de diagnóstico, como el estetoscopio en 1818, que lleva a que la población a expresarle su confianza y tener la certeza de un diagnóstico de muerte real; “se calma así el miedo a la “muerte aparente” y el médico se convierte en el fiscalizador, el que comprueba y diagnostica la muerte de las personas”, Vértice, (2011, p 18). Y continua en el siglo XX, un auge de producción de equipos médicos, que permiten

prolongar la vida de los pacientes, mediante la implementación de ventiladores respiratorios, monitoreo cardíaco continuo, nuevos medicamentos que mantienen o aumentan la frecuencia cardíaca, respiratoria, el florecimiento de antibióticos de amplio espectro etc. Lo que conlleva a una prolongación de la existencia que la persona que está agonizando, por lo tanto ya no fallece en su casa de habitación, en su lecho rodeado de sus familiares y amigos, sino que lo acompañaran en esta etapa final los profesionales de salud, en una cama de hospital.

En los años 30, como resultado de los grandes avances en la medicina, se inicia un período de cambio que confina la muerte en los hospitales, y en la década del 50 esto se amplía aún más ya no solo fallecen los adultos sino que también fallecen niños hospitalizados por diferentes enfermedades. En los años 60, se concibe la muerte como algo que no tiene importancia, se convierte en un suceso tecnificado y programada. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, nacen así los cuidados paliativos, siendo pioneras dos profesionales claves en el surgimiento de esta ciencia: Cicely Saunders y Elizabeth Kübler Ross

Dado lo anterior, la enfermera y trabajadora social, Cicely Saunders, durante siete años trabajo con pacientes terminales y observo que estos recibían dosis de opiáceos cada cuatro horas, registrando sus necesidades sociales, emocionales y espirituales, diseño un modelo de atención. Este modelo fue adoptado por el hospital St. Lukes's, donde se capacito al personal que laboraba con este tipo de pacientes tras lo cual se transmitió a otras instituciones donde se aplicó y así surgió, uno de los modelos de cuidados paliativos para alivio del dolor de los pacientes terminales. La replicación de este modelo de atención en los hospice, conduce a que en 1961 la fundación del St. Christopher's Hospice tome posicionamiento de los cuidados paliativos que buscan proporcionar

una atención continua y de calidad a los pacientes crónicos y terminales y a sus familiares en el manejo del dolor y el duelo ante esta realidad, por parte de los equipos multidisciplinarios de estas instituciones en Inglaterra.

En cuanto a Estados Unidos se inicia la atención de los enfermos terminales, con la asesoría de la enfermera y médica Psiquiatra, Elizabeth Kübler Ross, quien con la ayuda de cuatro seminaristas, inicia una terapia con los pacientes que son aislados por su cuadro de enfermo terminal, les escucha, los acompaña, los observa, aprende directamente de ellos, toma notas de las sesiones con cada uno de ellos; logra poco a poco involucrar a estudiantes y luego a otros profesionales, donde se proponen diferentes modelos buscando la aproximación a las ansiedades y angustias de los pacientes en cada una de las diferentes etapas por las que cursa en el desarrollo del proceso de aceptación tanto del enfermo como de sus familiares del estado actual de salud por el que cursa y que dentro de poco tiempo ha de fallecer a causa de la patología que lo aqueja.

En 1969, publica su primer libro titulado Sobre la muerte y los moribundos, en donde describe detalladamente las cinco etapas o estadios psicológicos en los que cursa en paciente al enfrentar la noticia de padecer una enfermedad crónica, terminal, y los familiares de este, ante el evento de una muerte súbita, y cómo afrontar cada una de las etapas durante el manejo del duelo.

Cuando las experiencias de duelo y muerte se vivencian de cerca en el día a día del hacer de los integrantes de salud, estos enfrentan conflictos, se les enseña a conocer signos y síntomas de diferentes patologías, como instaurar manejos clínicos, de rehabilitación, de nutrición. etc., Sanz expresa “pero no nos han enseñado a identificar y conocer qué clase de paciente tiene la enfermedad. Desconocemos casi todo de la muerte y los moribundos, cómo comunicarnos con

ellos, cómo identificar sus preocupaciones y prioridades y cómo aliviar sus síntomas”; por ello cuando nos enfrentamos a esta situación, en la que debemos proporcionar al paciente una gama de cuidados paliativos y a la vez ayudar a las familias en la confrontación y manejo del duelo ya sea ocasionado por la misma enfermedad o por la muerte, como comunicar una mala noticia, como acompañar a un enfermo moribundo y asesorar al familiar, sobre la misma muerte y el duelo, la formación académica es escasa, se aborda en asignaturas como psicología y psiquiatría, en otras especialidades médicas la información es escasa o nula. Sánchez, (2000), médico colombiano expresa al respecto.

“Mucha gente atribuye a los médicos gran experiencia, fortaleza y sabiduría frente a la muerte. Hay pacientes que están in articulo mortis nos trasladan sus expectativas y temores con la esperanza de que sean compartidos, de escuchar palabras de aliento. Lo que la gente ignora es que los médicos, y en general los profesionales dedicados a atender enfermos, somos demasiado ignorantes sobre el tema de la muerte y no sabemos cómo comportarnos frente a ella, ni con la nuestra ni con la de otros. No sabemos qué decirle al moribundo ni tampoco como dar a los familiares la noticia del deceso. Cuando se nos muere un paciente quisiéramos que fuera otro el encargado de anunciarlo, olvidándonos que es nuestro deber compartir, los primeros, con lo deudos el duelo que apareja la llegada de la Parca” (p. 16-17)

El hombre en su afán de evitar llamar la muerte por su nombre, tiende a emplear sinónimos o personificaciones como parca, pelona, calavera entre otros apelativos, con la finalidad de suavizar la situación o buscando evitar el tema.

### **En Colombia ¿Cómo estamos?**

Colombia es un país con características propias que presenta diferentes ciclos en la transición epidemiológica. En los inicios del siglo XX el país tenía como principal causa de muertes factores de riesgo enfermedades de tipo infecciosa y parasitaria, que se reducen por la implementación de medidas preventivas y la modernización de las entidades hospitalarias y el surgimiento de especialidades de los integrantes de los equipos de salud, en los albores del siglo XXI las tasas de mortalidad se acrecientan por las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio y los cánceres, propias de las edades más avanzadas.

No obstante, las causas externas como los homicidios y accidentes de transporte terrestre aún se encuentran dentro de las principales causas de muerte producto de alienaciones sociales. Acosta & Romero (2014 p. 33), afirma: En Colombia, se encontró que

“los hombres fallecen por homicidios y otras causas externas contribuyen con una alta reducción en la esperanza de vida, a diferencia de las mujeres, donde el impacto es mínimo. Las muertes por homicidios, accidentes terrestres y otras causas externas tienen un alto costo social, ya que se concentran en los grupos de edad más jóvenes”.

Igualmente el aumento de enfermedades endógenas acaecidas por los influjos de la modernización, los cambios de los picos epidemiológicos, el aumento de enfermedades respiratorias debidas a la contaminación ambiental, las secuelas de la violencia y el aumento de muertes por accidentes de tránsito contribuyen a elevar las tasas de mortalidad del país.

En las estadísticas de MINSALUD, referente a las tazas de mortalidad se encuentra referenciados los siguientes datos, los cuales expresan cifras en las cuales se evidencia la disminución gradual de fallecimientos y los cambios graduales de patologías, en los albores del

siglo XX, las causas de fallecimiento las enfermedades de tipo infeccioso y parasitarias y en los inicios del siglo XXI son las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, el cáncer y ocurridas por causas externas los accidentes de tránsito y los homicidios..

Se evidencia que en Colombia la mortalidad general ha sido decreciente a través del tiempo. Aunque se comporta de manera similar por sexos, entre 2005 y 2011 el 57,40% (783.954) de las muertes fue de hombres y el restante 42,60%, (581.851) de mujeres. Así mismo, la brecha de desigualdad se ha mantenido constante, siendo entre un 34% y un 36% mayor la tasa de mortalidad ajustada por edad en los hombres que en mujeres MINSALUD. (2014, p69).

Entre 2005 y 2011, la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio; y aunque han seguido una tendencia descendente en el tiempo, pasando de una tasa ajustada 166,43 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, durante este periodo causaron el 29,69% (405.631). Las neoplasias y las causas externas constituyeron la segunda y tercera causa de muerte, aportando un 17,42% (237.930) y un 17,33% (236.679) del total de la mortalidad del periodo, respectivamente MINSALUD. (2014, p 72).

Ante este panorama, los profesionales de salud son quienes se encuentran en la primera escala de atención, para brindar apoyo emocional tanto al enfermo terminal como a los familiares de este, o ante a los dolientes de aquel que ha fallecido; de ahí la importancia para quienes laboran como primeros respondientes en el área hospitalaria, porque serán los que inicialmente responderán a cada uno de los interrogantes de los familiares en el comienzo del proceso de duelo.

Por ello, los profesionales de la salud al ser quienes se encuentran en primera línea, al prestar atención en los servicios de urgencias, hospitalización, unidades de atención a pacientes crónicos y brindan un apoyo importante al enfermo y sus familiares, durante el desarrollo de la

enfermedad en el ambiente hospitalario y/o domicilio, el dolor de la pérdida, los duelos que se presentan, compartiendo cada una las etapas por las cuales se deben enfrentar, como el abandonar de su rutina diaria por estar al lado del enfermo e inconscientemente, iniciar el camino para afrontar el “traumatismo de la muerte” Morín (2003, p. 32).

Cuando las experiencias de duelo y muerte se tienen cerca en el día a día del hacer de los integrantes de salud, estos enfrentan conflictos, se nos enseña a conocer signos y síntomas de diferentes patologías, Sanz (1997. p. 155 – 156) expresa “pero no nos han enseñado a identificar y conocer qué clase de paciente tiene la enfermedad. Desconocemos casi todo de la muerte y los moribundos, cómo comunicarnos con ellos, cómo identificar sus preocupaciones y prioridades y cómo aliviar sus síntomas”.

Entre tanto, en la investigación realizada por Fonnegra (1999), se extrapoló que el colombiano promedio no piensa ni le dedica tiempo a pensar en la muerte, que solo se hace referencia al tema cuando fallece alguien, no se habla de la propia muerte por ser “de mal agüero”, hablan menos los hombres que las mujeres sobre el tema, los católicos no practicantes que los practicantes. Se desconoce los derechos y deberes de morir dignamente, los cuidados paliativos en etapas finales de enfermedades crónicas y terminales.

Referente a los periodos de manejo del duelo de la pérdida de un ser querido, una tercera parte de los encuestados expuso que entre uno y dos años y las otras dos terceras partes que la pena es interminable. Con respecto a los niños se expresa que no es bueno hablarles sobre la muerte en la casa, pero si se debe tratar el tema en las aulas escolares, Fonnegra expresa:

“Estas y otras respuestas indican que la muerte y el morir son asuntos proscritos, tabúes para la mayoría de los colombianos, lo cual nos señala la urgencia de abrir un espacio y

educar respecto de los temas, ya que la reflexión sobre la muerte es también una reflexión sobre la vida” (p. 29).

En el estudio realizado por Rodríguez y et al, 2007, ” Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores”, en la que participaron 170 adultos mayores de la ciudad de Cali, Colombia, se extrapolan diferencias significativas entre los sexos, las mujeres temen y suelen aferrarse más a la vida por su papel de ser centros de sus familias; los estratos socioeconómicos se presentan por las diferencias culturales, los apegos y la posibilidad del accesos a tratamientos que les permiten extender su existencia, la preparación para el duelo, también es diferente; y en relación con la religión, a medida que avanza la vejez, las diferentes patologías que padece y la disminución o pérdida de la estabilidad física y en algunas ocasiones asociado a trastornos mentales, tiene un menor contacto religioso, para aquellos que mantienen su parte cognitiva y frente al cambio físico, enfermedad y muerte, la religión es una propuesta que varía de acuerdo con las prácticas individuales de cada individuo. Este estudio presento una propuesta ante estos miedos y temores expresados por los participantes:

“...se hace necesario preparar al adulto mayor para que pueda culminar satisfactoriamente sus últimos años de vida, que organice asuntos pendientes y que trate de vivir la vida de la manera más tranquila posible, mejorando así los procesos de adaptación a los duelos y disminuir la presencia de duelos patológicos que se generan ante situaciones inesperadas y mal elaboradas, considerando, como no podía ser de otra modo, la importancia del ciclo vital” (Rodríguez y et al, 2007)

En las épocas de duelo, es importante aceptar la tristeza, vivirla y sentirla, como parte fundamental de este proceso, debido a que este estado de ánimo aparta al doliente de lo externo y

lo lleva a entrar en un contacto más íntimo consigo mismo, donde evoca y evalúa las acciones tanto positivas o negativas en su relación con el otro, aflorando sentimientos de añoranza que poco a poco ayudaran a aceptar la perdida: “Como parte del trabajo de elaboración de un duelo, se recuerda, reconoce, extraña, acepta, cuestiona, añora, entiende, y comprende lo que está viviendo a raíz de esos ratos tristes que confrontan con la pérdida del otro amado” . Fonnegra &Jaramillo (2015. p 35). Cada una de las etapas del duelo debe ser vividas, para así lograr en un transcurso de tiempo esperado, aceptar la pérdida sufrida y continuar con el proyecto de vida planeado.

#### **1.2.4. Formulación del problema de Investigación**

En la clínica Juan N Corpas, cada día se desarrollan actividades con las cuales los integrantes de los equipos de salud dan lo mejor de su saber- hacer en aras de propender por el alivio y consuelo a los pacientes, brindar alegría al comunicar la noticia de la llegada de un nuevo integrante a una ansiosa familia, pero en otros casos serán portadores de la noticia del fallecimiento de un familiar y aquí se inicia una situación compleja tanto para el familiar del doliente y para el equipo de salud.

Los seres humanos no realizan preguntas por capricho, las hacen porque buscan dar respuesta a aquello que no es comprensible en un momento dado, ante el embate de una noticia no esperada y dolorosa, el ser humano busca alternativas con las cuales mitigar su dolor o sentimiento de culpa ante la realidad que afronta y el profesional de salud debe hacer frente, dar esta información y estar preparado para responder a cada uno de los interrogantes que se le formularan, cuando ejerce en la unidad de cuidado intensivo, urgencias o un servicio de hospitalización o cirugía.

En cada uno de estos servicios de las instituciones de salud se labora durante las 24 horas del día y es en una unidad de cuidado intensivo donde se afrontan continuamente los cambios sistémicos y dinámicos de cada uno de los pacientes que allí se encuentran y por ende se debe afrontar la pérdida de vidas por diferentes patologías como cáncer, falla renal, SIDA, fallas multisistémicas, recién nacidos con malformaciones no compatibles con la vida, entre otras causas, pero también se presentan fallecimientos como desenlace final de politraumatismos ocurridos accidentes de tránsito o violencia, muertes intempestivas por infartos que no se esperaban.

Inmersos en este panorama se encuentran los integrantes del equipo de salud de la clínica estudiada, quienes afrontan de forma directa, interviniendo mediante sus actividades de atención en los desenlaces de recuperación, mantenimiento y hasta último momento de cada uno de los pacientes que se encuentran en la unidad, pero así como el familiar afronta su pérdida, el profesional también la enfrenta, porque se ha luchado hasta el último momento por mantener la vida de ese ser humano y siente dolor, frustración y aunado a esta situación debe afrontar como expresar la noticia a los padres, esposo y/o esposa, hermanos o hijos y la reacción a esta, algunos quedaran mudos por unos instantes, otros gritaran de dolor, o estallaran en llanto... no hay un patrón de respuesta ante este parte médico, los cuales expresan su sentimiento de pésame a los dolientes, otros esperan algo distantes por si son requeridos, otros se alejan de la escena para continuar con las labores, así mismo es la enfermera quien recibe a los dolientes y los acompaña hasta donde se encuentra el cuerpo fallecido, alejándose prudentemente para que los familiares estén con él y a la vez para evitar preguntas acerca de lo ocurrido, quizá sin saber que decir para

aliviar o mitigar la pena que acongoja a los dolientes, algunas se identifican con ellos ya que se está pasando por etapas de duelo recientes. Caycedo (2007), expresa al respecto:

“Los médicos y el personal de enfermería no tienen la formación necesaria para hacer frente al hecho de que la vida es frágil y finita. El que los profesionales de la salud consideren la muerte un fracaso de sus esfuerzos profesionales no permite establecer relaciones abiertas y francas con los pacientes que se encuentran en la última fase de su vida”. (p.336)

Pero ante esta disyuntiva y como elegir las palabras adecuadas o apropiadas que buscan dar apoyo, o permanecer en silencio y alejarse, colocan al profesional de la salud en una balanza, porque se le prepara para promover y mantener la salud en equilibrio homeostático, pero no a comprender en que momento su actuar está encaminado a ayudar no solo al paciente agónico sino a la familia también para que enfrenten con dignidad la muerte y el duelo. (Carmona & Bracho, 2008).

Es necesario reconocer que al personal de la salud no se le educa para reconocer y percibir las emociones humanas ante el dolor y la muerte, que se manifiestan en el diario ejecutar de sus funciones en las áreas clínicas de hospitalización, urgencias y cuidados intensivos, más aún cuando debe enfrentar situaciones inesperadas ante familiares afligidos, muchas veces siendo percibidos ante una máscara de profesionalidad fría que lastima aún más, pero en el interior sintiendo frustración y congoja por ser incapaz de comprender y manejar las emociones y sentimientos propias ante la muerte y el dolor que acarrearán las pérdidas humanas y menos sobre llevar las de los demás. A la vez manejar la sensación de miedo que se percibe al no saber cuál

será la reacción del familiar ante la noticia, y el hallar la mejor forma de comunicarles el deceso del paciente a sus familiares.

Dado lo anterior y teniendo en cuenta que en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Juan N Corpas, se presentan fallecimientos por diferentes patologías y en diferentes grupos etarios, en donde no se evidencia que los profesionales cuenten con formación referente al tema de la muerte y el duelo.

#### **1.2.5. Pregunta de Investigación**

Esta investigación pretende indagar ¿Cuáles son las necesidades de formación en el equipo de profesionales de la salud, frente al manejo de episodios de muerte en pacientes de la U.C.I., hospitalización y Urgencias de la Clínica JUAN N CORPAS?

#### **1.2.6. Objetivos**

##### **Objetivo General**

Comprender las necesidades de formación en el equipo de profesionales de la salud, frente al manejo de episodios de muerte en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Juan N Corpas.

##### **Objetivos Específicos**

Analizar la influencia de la muerte de los pacientes en el quehacer profesional de los integrantes del equipo de salud de la unidad de cuidados intensivos.

Identificar las necesidades de formación relacionadas con los episodios de muerte.

Proponer un plan de formación que oriente al personal de salud en su saber hacer para afrontar la agonía y muerte de sus pacientes, así como ayudar en la etapa inicial del duelo de los familiares.

### **1.2.7. Justificación**

La muerte es un acontecimiento que suele afligir a familias, es un embate sorpresivo y doloroso, una pérdida, algo imprevisto y difícil de afrontar, ya sea ocasionado como el desenlace final de una enfermedad terminal o crónica, la muerte natural, la forma súbita que es para el profesional de salud un acaecimiento único, un misterio al cual se le busca una respuesta; el ser humano se siente inerme, aterrado y entra en un estado de angustia que inicialmente no le deja analizar lo que está sucediendo, pasando a un estado de incertidumbre, al respecto , Fonnegra (1999) expresa:

“Paradójicamente, debido a la cruda violencia que azota nuestro país, la muerte es el pan de cada día en las pantallas de televisión, en los medios informativos y en la vida cotidiana. Excluirla como tema de reflexión hace que no haya claridad en cuanto a valores y preferencias, y por eso llegado el momento final nos quedamos a la deriva, sin poder hacer respetar la autonomía y la posibilidad de decidir del moribundo y de sus familiares”. (p.27).

Así los dolientes se enfrentan a una experiencia que de acuerdo a como sean asumidas estas dos situaciones -dolor y muerte- se deriven secuelas de desesperanza que pueden evolucionar a duelos patológicos o llevarlos incluso a perder la fe en su ser Supremo.

Pese a que se admite que algún día hemos de morir, evadimos de manera consiente el tema por temor a nuestra propia muerte o la de un ser allegado, por ello se suele vivir como si fuera este suceso algo lejano. Este tema causa una serie de emociones, siendo la más frecuente el temor, el sentimiento de pérdida que ocasiona y el dolor que conlleva al seno de las familias; la muerte acaece en cualquier ciclo de la vida: cuando ocurre al final, se ve como la culminación de este ciclo, en los ciclos tempranos como algo inesperado e injusto, pero cuando ocurre por causas no

previstas o accidentales, enfermedades crónicas y terminales, se entra en conflicto y causa una experiencia traumática, para los que sobreviven.

Así pues, frente a una situación de sufrimiento causada por una enfermedad, un accidente o la muerte, se hacen presentes en el entorno de las familias generalmente preguntas como: “¿Por qué a mí?, ¿Por qué me está ocurriendo esto? ¿Que hice para merecer esto? ¿Por qué le ocurre esto a él/ella y no a mí?”, y otras muchas aseveraciones, que pueden llevar a diversas respuestas, pero en el entorno diario, se suele plantear hipotéticamente como enfrentar a estas situaciones por miedo a las respuestas o simplemente el no estar educados para este episodio cuando se debe enfrentarlo, ya que se desconoce que es el duelo, hasta que se experimenta, ante esta situación y su afrontamiento, Burgos (2013) manifiesta:

“El hombre se relaciona con la realidad en tres niveles fundamentales: las cosas, las relaciones interpersonales y Dios, y esa relación se establece a su vez, en dos direcciones: recepción e influencia. El hombre es afectado por el mundo que le rodea, pero a su vez, mediante su acción puede modificar ese mundo y transformarlo de acuerdo con sus deseos y necesidades”.

Cada integrante de una familia reacciona de un modo diferente y lo manifiesta de diversas maneras, algunos inclusive llegan a causar conflictos con los otros dolientes, siendo en algunas ocasiones a quienes brindaron los cuidados de salud. Orellana (1999)

En la actualidad, nos encontramos en una sociedad altamente tecnificada y en continua evolución en el campo de la medicina, la industria civil y militar, la informática y cibernética, los cambios educativos tanto en modelos, contenidos y objetivos que con llevo a una innovación en

los programas curriculares, lo que permite al estudiante ser más versátil y crítico al ritmo de estos avances tecnológicos y su aplicabilidad. Pero ¿realmente a los profesionales de la clínica se le enseñó todo aquello que necesitan?, Si se analiza desde las respuestas que se visualizan ante el dolor y la muerte por parte de aquellos que las sufren, no es así. En relación a esto Bonilla (2011) expone lo siguiente en su tesis.

“Durante las últimas décadas, la medicina ha experimentado un avance tecnológico sin precedentes, se han desarrollado sofisticadas técnicas de diagnóstico y tratamiento que han permitido revertir numerosas patologías, aumentando la sobrevida y mejorando la calidad de vida. Sin embargo de ello, el desarrollo de las medidas de soporte vital ha dado paso a problemas que hoy se deben afrontar, como el de mantener pacientes gravemente enfermos vivos, casi por tiempo indefinido, sin poderse establecer con certeza el pronóstico, en quienes la aplicación de tales técnicas termina siendo un acto de maleficencia, al favorecer la distancia, prolongando inútilmente el proceso de morir o aún peor, permitiéndoles sobrevivir con daños severos e irreversibles que comprometen su calidad de vida.(p,18)

Pero a pesar de los avances tecnológicos en la búsqueda constante por parte del hombre por prolongar la vida y minimizar el dolor, a los familiares de los pacientes hospitalizados en la clínica Corpas, se les hace participes en este proceso y se les permite realizar un acompañamiento permanente o cíclico, para que tanto estos como el mismo paciente, inicien la elaboración del proceso de pérdida y aceptación de manera paulatina en un futuro cercano del desenlace final, así se minimizara el dolor de la pérdida del ser querido y se facilitara la aceptación de la misma, o el resultado final tras padecer una enfermedad terminal o crónica; paralelamente los integrantes del equipo de salud brindan una atención integral al paciente, apoyándose en

tecnología de punta y en los conocimientos adquiridos durante su formación académica, lo que permite que la evolución diaria del paciente sea vista con optimismo o pesadumbre ante el desenlace final.

Cada día fallecen en las diferentes áreas de la clínica, niños, jóvenes, madres al dar a luz, adultos mayores, algunos por muerte natural, otros de forma traumática o tras un largo padecimiento y es el médico, la enfermera u otros profesionales del área de la salud (pilares de la atención), quienes deben enfrentar de la mejor manera posible el difícil momento emocional, tener que presenciar el fallecimiento del paciente como un fenómeno inevitable, luego de un periodo de esfuerzo y periódica en su práctica cotidiana, comunicar el deceso y brindar ayuda en este primer impacto a los familiares.

Esta vivencia emocional ante la muerte y el duelo también afectan a los integrantes del equipo de salud, que se hallan expuestos a este fenómeno, ya que repercuten en su desempeño laboral en su salud física, mental y emocional a corto, mediano o largo plazo. Palencia (2012), refiere al respecto, con base en una encuesta realizada a personal de salud del hospital de Morelos sobre los sentimientos y reacciones que enfrentan ante el deceso de un paciente:

“Un gran porcentaje de médicos y enfermeras comentaron que durante más de tres horas, en promedio experimentan emociones de frustración, enojo y tristeza sin saber cómo manejarlos. Por otro lado refirieron que las tres cosas que más les afectan al presenciar el fallecimiento de un paciente son: el miedo de su propia muerte, el temor a la muerte de sus seres queridos, el dolor de ver morir solos a los enfermos sin la compañía de sus seres queridos”. (p.10)

La muerte y el duelo son temas presentes y constantes, son reflejo de la vida misma, por ello, así como educamos en mantener la salud y la calidad de vida, debemos también hacerlo para confrontar la enfermedad, la muerte y el duelo por la pérdida sufrida, razón por la cual es importante diseñar una cátedra que contemple estos aspectos.

Debido a todos los sucesos que se mencionan anteriormente, se encuentra la necesidad de buscar alternativas para brindar mejor servicio a través de la humanización, razón por la cual se da un primer paso a esta investigación planteando los temas posibles a trabajar y posterior a esto se ofreció por parte de la institución un curso enmarcado en que es el ser humano, la calidad sobre la atención al final de la vida y como acompañar con dignidad al momento del fallecimiento de los pacientes, el cual dio evidencia de las falencias del personal de la institución frente al manejo del duelo y la muerte, lo cual reafirma la necesidad de realizar esta investigación y con ella ratificar los vacíos a nivel de formación profesional frente a los dos temas en referencia.

Por lo anterior y con la finalidad de dar soporte a esta investigación se efectúa encuesta como herramienta de diagnóstico en la clínica Juan N Corpas, con la previa autorización de la División de Investigación, aplicada a 72 profesionales de la salud egresados de diferentes facultades de medicina y enfermería del país, conformados por 44 enfermeras y 28 médicos de diferentes especialidades y servicios de la clínica Juan N Corpas, con el ánimo de validar aspectos relacionados con el manejo de la muerte de un paciente y el duelo de los familiares.

Los resultados arrojados, dieron evidencia que para la mayoría de los encuestados, hay diferentes posturas ante los familiares del deudo, tales como acercarse a ellos y ofrecer consuelo e información necesaria, para otros mantenerse alejados para evitar incomodar, pero estar dispuestos a responder las preguntas a que haya lugar.

En cuanto a los factores que contribuyen a no brindar apoyo a los dolientes se exponen el exceso de trabajo, la falta de conocimiento sobre el tema, el no saber hacerlo, el desgaste emocional, el estrés, el bloqueo ante la muerte, el sufrimiento y la deshumanización.

Frente a este aspecto, al indagar por la formación adquirida al respecto, algunos manifiestan que no ha sido suministrada por la academia, ni la institución, sino que ha sido obtenida bajo un interés personal por tenerla.

De esta manera se precisan los temas referentes a la formación que los encuestados consideran son fundamentales en dicha formación: como brindar apoyo a las personas que se encuentran en procesos de duelo ante el fallecimiento de un familiar para que puedan afrontar procesos de crisis y conflicto, así como la muerte y el duelo, como informar un diagnóstico negativo o la muerte de manera afectiva y adecuada, como manejar las propias emociones y sentimientos ante la muerte de sus pacientes. Se hace claridad en relación a que no solo médicos y enfermeras deben recibirla, sino que todo el personal de la clínica debe estar preparado para ello. (Ver anexo, tablas, gráficas y análisis de resultados)

Lo anterior, permitió conocer las actitudes y las respuestas de los profesionales ante la muerte y el manejo del duelo, las cuales fortalecieron las categorías que direccionaron y enriquecieron esta investigación.

### **1.2.8. Marco Teórico**

Es relevante para esta investigación tener claridad frente a aspectos tales como la muerte y el duelo, lo que permitirá interpretar de manera coherente y con el debido soporte teórico los hallazgos que se presenten. Para esto vale la pena preguntarse ¿qué es la muerte?, el misterio más

grande de la humanidad, es muy difícil encontrar una respuesta, pero la más sencilla “el fin de la vida”, solo sabemos que hemos de morir algún día y no hay retorno, por ello se le teme a este momento desconocido y solitario pues ocasiona angustia, temor y dolor.

### **1.2.8.1. Tanatología.**

Palabra derivada de los vocablos griegos Thanatos, muerte y logos, tratado, es la disciplina que estudia el proceso de la muerte, cuyo objeto es llegar al conocimiento de la muerte por sucesos.

La tanatología es también considerada como el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprensión, los sentimientos de culpa y pérdida, de los familiares, amigos y evitar la frustración del personal médico.

(Perusquia, 2004)

La tanatología es según Campione, citado por Perusquia (2004) “ciencia pero no una ciencia”, porque es también sabiduría y experiencia; y la define como un campo de reflexión, investigación multidisciplinario y unificado por la perspectiva de la muerte y del morir.

La tanatología, es una disciplina que busca comprender los fenómenos emocionales, miedos, actitudes o comportamientos que manifiesta un individuo cuando se acerca la muerte o cuando se presenta en un allegado, pero también atiende a aquellos que presentan pérdidas significativas de otra índole emocional, que le ocasionan dolor, Palencia (2012). Pero el termino tanatología nació en las ciencias exactas, con el microbiólogo Elias Metchnikoff, a principios del siglo XX, fue considerada, como una rama de la medicina forense cuya finalidad era tratar los cadáveres para determinar la muerte desde lo médico legal. (Dominguez Mondragón, 2009).

La tanatología o “la ciencia de la muerte” se fundamentó en el manifiesto en las experiencias de enfermos terminales, en las descripciones y observaciones que sobre ellos se realizan, para expresar un diagnóstico el cual permita plantear un plan de acciones a realizar y el manejo posterior del duelo de los familiares.

En el año de 1991 la Dra. Elizabeth Kübler Ross, escandalizada e indignada por el trato inhumano que reciben los enfermos en fase terminal y agónica, describe los fenómenos psicológicos que los acompañan y define a la Tanatología como “una instancia de atención a los moribundos”, por lo que se le considera la fundadora de esta ciencia. Es ella a través de su labor, quien hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad y para tal fin, crea clínicas cuyo lema es "ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas". Experiencias que plasma en sus libros, *La muerte un amanecer* (1982) y *Sobre la muerte y los moribundos* (1972).

Como ciencia humana Palencia expresa que la Tanatología “puede ayudar al personal de salud a conocer y comprender mejor el fenómeno de la muerte, para que puedan aceptarla y enfrentarla de una mejor manera sin tantos miedos y prejuicios”. Lo cual a su vez permitirá a este personal brindar una atención más cálida y humana al final de la vida y a la vez brindar apoyo a los dolientes.

En relación a lo anterior, es indispensable revisar el tema de la muerte y las concepciones que sobre ella se tienen.

### **1.2.8.2. La Muerte**

La muerte es entendida según Ferrater (2014) de dos maneras, en sentido ambiguo, como la designación de todo fenómeno en el que se produce un deceso y por otro lado el deceso humano.

Durante toda la historia, se ha venido preguntando frente al tema, pero se ha hecho en muchos casos difícil de interpretar e incluso de significar, se han llegado a hacer aseveraciones al respecto y se refieren múltiples connotaciones de la misma frente al campo en el que se trate.

“Morir no es un hecho bruto, nuestra sociedad ha querido comprender este fenómeno en distintas formas, buscando adjudicarle un significado. Ilustrativo de ello es el estudio que de la muerte ha hecho la ciencia, intentando descifrar la utilidad biológica de ésta. Por otra parte, la representación de la muerte y del más allá tiene siempre relación con la vida, con las formas de vivir en cada época y con las creencias ligadas a ella. Estas creencias buscan ser ordenadas a través de un sistema social, representado por el sistema jurídico, se aborda por ello brevemente la muerte desde esta perspectiva. Finalmente, no se puede hablar de muerte sin mencionar la búsqueda de un sentido de trascendencia, de forma que la religión ha cumplido también un papel importante en la búsqueda de un consuelo ante un hecho inevitable, dando su propio significado al hecho de morir” (Hernández 2006, p.3).

Por ello para comprender mejor el concepto de muerte demos una mirada desde las diferentes concepciones descritas por Palencia (2012)

#### **Concepción científica**

Cese de las funciones del órgano que regula las funciones del cuerpo humano. Es decir cuando el cerebro ya no tiene la capacidad de controlar el latido cardiaco, la respiración y la actividad de los diferentes órganos y sistemas.

### **Concepción filosófica**

Sócrates: “el que está muerto no es nada ni tiene sensación de nada, o bien, según dice, la muerte es precisamente una transformación, un cambio de morada para el alma de aquí a otro lugar” (De Azcárate, 1871).

Platón: Morir es solo abandonar el cuerpo; el alma es conocimiento y este es eterno. La muerte nos da la esperanza de encontrar una vida mejor que la nuestra De Azcarate (1871).

### **Concepción psicológica**

Freud (1917), (psicoanalítica): representa la tendencia o pulsión irreductible de todo ser vivo a retornar al estado inorgánico.

Maslow (psicología humanística): la muerte es la experiencia cumbre de transcendencia del ser humano.

Jung (psicología transpersonal): la muerte es el inicio del viaje del alma, hacia su renacimiento, que es un proceso de transmutación de la forma física a la espiritual.

Rogers: (psicología humanística): la muerte es la liberación de la conciencia individual, hacia la conciencia cósmica, viene a ser como un río que desemboca en las aguas del océano.

### **Concepción sociológica**

Sociología: el ser humano percibe la muerte de acuerdo con las creencias y valores de su cultura familiar y social.

Cultura Occidental: según sus ideas predominantemente materialistas, la muerte es un suceso no deseado que llega inevitablemente.

Cultura Oriental: considera que la muerte es el momento del despegue de lo material, para lo cual debemos prepararnos durante la vida.

### **Concepción religiosa**

Cristianismo: fin de la vida terrenal, tras la cual el alma entrega cuentas de sus actos al Creador, todopoderoso.

Budismo: la muerte es el momento en que el alma abandona el cuerpo y sigue su proceso de evolución, según las leyes del karma, las cuales afirman que reencarnamos de nuevo con otro cuerpo para saldar las cuentas pendientes de otras vidas, hasta lograr la purificación total.

Judaísmo: la muerte es el punto que marca la distinción entre lo humano y lo divino. Y lo divino es de Jehová, la muerte es vista como un castigo por el pecado original de Adán y Eva.

Hinduismo: la muerte es la continuidad de la vida, pero en otro plano. Además, cree en la reencarnación y la purificación del alma a través de cada vida, si se trabaja el amor y el servicio a los demás.

### **Concepción metafísica**

La muerte del cuerpo físico es solo el desprendimiento de la energía del espíritu que regresa de nuevo a la fuente de la creación universal que a fin de cuentas es solo energía de amor y perfección.

La actitud que cada cual adopte ante una concepción de la muerte es propia de cada persona al interior de cada concepción tomada sobre el tema, pero se puede expresar que la muerte puede ser observada como de la decadencia, destrucción o aniquilación de la parte física del ser humano, de una manera compleja de cada una de sus células, pero que regresamos a una luz que causa calma y paz. Pero sin importar el destino que espere al fallecido, de acuerdo a las concepciones anteriores, se habla de una buena muerte y una mala muerte, donde la buena muerte permite llegar al ser humano a la vejez, después de haber realizado su misión en la sociedad como de procrearse y haber sido buen ciudadano, se fallece sin padecer sufrimiento de manera natural, en compañía de sus familiares sin sentimientos de rencor o resentimientos hacia alguno de ellos. La mala muerte es aquella, cuando se fallece sin haber cumplido su misión en la sociedad, se fallece de manera no natural, es decir, como consecuencia de actos violentos, con sufrimiento acaecido por enfermedades, se fallece solo y con sentimientos de resentimiento y rencor hacia los integrantes de su familia.

### **1.2.8.3. El Duelo**

Etimológicamente, la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, desafío o combate entre dos, mientras luto proviene de *lugere* que significa llorar. En nuestro contexto, duelo y luto suelen ser usados como sinónimos, cuando en realidad no lo son ya que el duelo hace referencia a los sentimientos y/o reacciones afectivas provocados por la muerte de un ser querido, mientras luto, representado por un color que hace alusión a la expresión social de esta pérdida y a las prácticas posteriores de la misma.

La NANDA-I define el duelo como un "complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

El Diccionario de la Lengua Española lo define como: “Del lat. *dōlus*, por *dolor*. Dolor, lastima, aflicción o sentimiento. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”

Para Freud, (1917), el duelo es un sentimiento subjetivo, provocado por la pérdida de la persona amada, o una abstracción equivalente como la pérdida de la libertad, status social de estabilidad económica y manifiesta como

“...la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior —en todo lo que no recuerde al muerto—, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor —en remplazo, se diría, del llorado—, el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto”. (Pág.241)

| En cuanto al contexto médico, dentro de las clasificaciones de las enfermedades se encuentran relacionado el duelo como una patología psiquiátrica, encontrándose definido por la DSM-IV (V63.82 p 700), y el CIE 10 (Z63.4 p 51) el duelo como: “el objeto de atención clínica, es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). No es un trastorno mental, sino un trastorno adaptativo que puede trascender a la aparición de una psicopatología.

La sociedad española de cuidados paliativos (Secpal, p 46), define el duelo como "Estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales.....que necesita un tiempo y u proceso para volver al equilibrio normal". El duelo es un proceso de adaptación emocional que continua después de una pérdida ya sea emocional, física o material Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia.

Por lo tanto los seres humanos, manifiestan una reacción de mayor o menor expresión de dolor ante la pérdida desde la histeria hasta la afasia completa como respuesta al trauma que está sufriendo, estudios realizados por antropólogos ,en diferentes sociedades y culturas, aducen que las reacciones que presentan sus integrantes ante la pérdida de un ser querido, se encuentra que se "produce un intento prácticamente universal de recuperar al ser querido y/o existe la creencia en una vida después de la muerte donde uno podría reunirse otra vez con él" a la vez refieren que el duelo como una patología es una manifestación que se presenta más en las sociedades civilizadas que de las pre alfabetizadas (Parkes, Laungani y Young 1997, Rosenblant, Walsh y Jackson, 1976citado por Worden. (2013. p 32).

Aunado a esto, el luto, se ha asociado a la expresión del dolor ante la pérdida de un ser querido, es la forma externa con la cual manifestamos a la comunidad, el sentimiento de duelo que se desarrolla durante un lapso de tiempo, para algunos será de meses para otros pueden ser un lapso más largo.

Adicional a esto, el luto se relaciona con colores especiales, se guarda como señal de respeto o como una respuesta de solidaridad ante una catástrofe; como señal de duelo, un ejemplo de ello es el pueblo norteamericano después de los ataques terroristas ocurridos el 11 de septiembre del 2001, llevaron lazos rojos, blancos y azules durante esa navidad, en señal de duelo nacional por todos aquellos que fallecieron durante esta catástrofe.

Las diferencias culturales, en la celebración de los cortejos funerales, están relacionadas con la individualidad, la historia de vivencia el contexto social de cada individuo, lo cual le lleva a expresar y desarrollar su duelo teniendo en cuenta que miembro de la familia ha perdido el doliente – hijo/a, madre, padre, esposo/a, hermano/a- y las circunstancias como falleció, lo que permitirá brindar un apoyo acorde durante el duelo. Basaluzzo y at el (p, 20), citan a Caycedo (2007) quien describen esta apoyo desde una perspectiva psicológica, psicosocial, etiológica-antropológica y biológica. En algunos casos, la respuesta del doliente no es la esperada, entrando en un estado de choque emocional que le lleva a presentar conductas de trastornos depresivos (tristeza, apatía, anorexia, insomnio, etc.).

Esta expresión de los rituales, permiten a los deudos, desde el inicio de los mismos hasta el finalizar, que tomen conciencia que lo acontecido, es el inicio de una nueva etapa, de aceptación del dolor, la soledad y la ausencia permanente del ser querido y recibir apoyo; esta aceptación a esta nueva etapa también ha evolucionado con el tiempo, la sociedad y el hombre.

Es importante mencionar los cambios producidos en la sociedad ante la muerte, por esta razón tenemos en cuenta a Rodríguez, (2011) entendiendo que en la antigüedad la muerte era aceptada, se daba generalmente en el domicilio, se realizaban rituales rigurosos y el duelo era en comunidad, si bien es cierto los tiempos han cambiado, también el hecho de ver la muerte, por

cuanto ahora es evitada, en gran manera se presenta durante la hospitalización, los rituales son informales y el duelo se vive en intimidad.

Worden, (2013, p 104) señala “que la experiencia del duelo propio 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 sentirse tan incómodo siendo testigo del dolor de la otra persona, que este malestar lo lleve a establecer una relación breve y superficial con el paciente” Esto es una gran realidad, que permitido conjeturar que en el medio hospitalario los profesionales de la salud enfrentan experiencias durante la atención y/o cuidado de pacientes en proceso de duelo y/o muerte y que han experimentado sentimientos de dolor, de impotencia, deseos de alejarse del medio, de no estar allí en ese momento.

Normalmente, se suele asociar a los periodos de duelo con la depresión; pero el duelo debe comprenderse como una respuesta mental y de conductas no esperadas por el doliente ante una pérdida afectiva – pérdida de un ser querido, una separación, fracaso escolar, pérdida de un trabajo, enfrentar una enfermedad, pérdida económica, etc., por lo cual psicológicamente, el duelo se expresa en periodos adaptativos en los cuales puede cursar con periodos emocionales que se manifiestan con llanto, tristeza, melancolía, rabia, rechazo, etc., asociados con inapetencia, insomnio , en algunas ocasiones, por ello es un proceso de adaptación normal que conlleva un periodo de tiempo, en los cuales hay un descenso progresivo del estado emocional de la persona que lo sufre, al respecto O’connor ( 2014, p 29) , expresa “ el duelo sigue un patrón predecible, aun cuando cada uno de nosotros siga los pasos de ese patrón a su propio modo, es muy útil saber que los demás comprenden nuestros sentimientos”.; en el duelo se suelen presentar

manifestaciones normales las cuales según Worden son: afectivas, físicas, cognitivas y de conducta.

1. Manifestaciones afectivas relacionadas con sentimientos de tristeza, soledad y añoranza; ira, enojo y culpa con el fallecido y auto reproche por algunas actividades que se pospusieron o se no realizaron. Emancipación cuando el doliente era maltratado por el fallecido. Alivio cuando el fallecido padecía una enfermedad crónica o terminal. Insensibilidad o ausencia de sentimientos para enmascararla tensión que se presenta después de recibir la noticia del fallecimiento.
2. Manifestaciones físicas como respuesta a reacciones fisiológicas como disfagia, dolor de tórax y garganta, sensación de ahogo, problemas relacionados con acústica, lipotimia y desmayo.
3. Manifestaciones cognitivas, que se enuncian, como confusión en momentos de crisis, expresando no saber dónde están, preguntar qué ha pasado acompañado de alucinaciones auditivas. No hay concentración en las actividades o se suelen olvidar. También presenta una preocupación excesiva por los otros miembros de la familia,
4. Manifestaciones de conducta, hacen referencia a sueños con la persona fallecida, miedo a dormir solo o no despertar, insomnio; presenta trastornos alimenticios como anorexia o bulimia, beber y fumar en forma descontrolada, disminución en rendimiento escolar y laboral o incluso abandono; retraimiento que le lleva a alejarse de su entorno social y familiar. Unos evaden los lugares u objetos que le gustaban al fallecido otros hacen lo contrario para no olvidarlo. Otros expresaran una hiperactividad, con la disculpa de

mantener la mente ocupada y así no pensar en la persona fallecida y finalmente el llanto, como respuesta al estrés emocional.

A continuación se realiza una recopilación de las manifestaciones que se presentan en el adulto en un duelo normal:

### **Manifestaciones normales del duelo en adultos**

El duelo puede expresarse de diferentes maneras, De acuerdo a la Secpal (2014) estas se representan en cuatro grandes áreas: la cognitiva, la Afectiva, la fisiológica y la conductual.

Dentro de las manifestaciones cognitivas se encuentra la incredulidad, irrealidad, alucinaciones visuales y/o auditivas fugaces y breves, dificultades de atención, concentración y memoria, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos, las distorsiones cognitivas y la revisión de aspectos religiosos.

En cuanto a las afectivas, es muy frecuente encontrar la impotencia, indefensión, insensibilidad, anhelo, tristeza, apatía, abatimiento, angustia, ansiedad, hostilidad, ira, frustración y enojo, así como culpa y auto-reproche, soledad, abandono, emancipación y/o alivio y extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.

Por otro lado tenemos las manifestaciones fisiológicas como el aumento de la morbilidad, vacío en el estómago y/o boca seca, opresión tórax y garganta, falta de aire y/o palpitaciones, dolor de cabeza, falta de energía y debilidad, alteraciones del sueño y/o alimentación.

Así mismo, se encuentran las manifestaciones conductuales que se pueden evidenciar por los cambios de la misma, aislamiento social, llorar y suspirar, llevar o atesorar objetos, visitar lugares que frecuentaba el fallecido, llamar y/o hablar del difunto o con él, hiper- hipo actividad, descontrol u olvidos en las actividades de la vida diaria.

Lo anterior sumado a que la duración del duelo es muy voluble y depende de cada persona y la forma en que recibió la noticia de la pérdida, cuanto dure este proceso. La mayoría de los libros consultados refieren una duración de aproximada de un año, pero para aquellas personas a quienes la pérdida es muy allegada, puede durar alrededor de dos años; pero se presentan algunas excepciones donde el doliente, presente periodos más largos o conductas patológicas que requieren de la ayuda de psicólogos y psiquiatras y en casos extremos hospitalizaciones para manejo con antidepresivos.

Para Ortegón y et al (2001) la duración del duelo depende de varios factores “pero, en general, los sentimientos más intensos y agudos empiezan a remitir entre los seis meses (Casanueva y Rallo 1985) y uno (Bowlby, 1983a; Filgueira, 1995) o dos años (Bourgeois y Verdoux 1994; Espina et al., 1993; Espina, 1995; Lafuente, 1996; Valdés y Blanco, 1997). Después de la pérdida, algunas personas, continúan experimentando sentimientos de duelo durante un periodo aún más largo”. Cuando sobrepasan el periodo esperado y no hay una respuesta favorable y aceptable por parte del doliente, se empieza a mirar como un duelo patológico.

### **Fases del duelo**

Existe una gama de clasificaciones sobre las etapas del duelo, que se inician en 1961 con Jhon Bowlby, citado por Alvarado (2013), quien a partir de la propuesta de Lindermann, estable

un primer momento de conmoción e incredulidad, precedido de un duelo agudo y finalmente la resolución del mismo, apoyando en trabajos con niños, así sucesivamente van apareciendo diferentes autores, estudios y escuelas, surgiendo diferentes clasificaciones para las etapas o fases de desarrollo del duelo.

Las etapas de duelo son presentadas por diferentes autores, tales como : Linderman, 1944 (conmoción e incredulidad, Duelo agudo y resolución), Engel, 1964 (conmoción e incredulidad, conciencia perdida, Restitución, Resolución de la perdida, Idealización, Resolución), Parkes.1974 y Bowlby 1993 (Shock, anhelo y búsqueda, desorganización y desesperanza y reorganización), Rando 1984, (Evitación, confrontación y restablecimiento), Jacobs 1993 (fase temprana, distress de separación, fenómenos depresivos del duelo y Recuperación, Gómez Sancho 1998 (comienzo, núcleo y terminación), Neimeyer 2002 ( Evitación, asimilación y acomodación) y Kübler 1974 (Negación, enojo, regateo, depresión y aceptación).

De acuerdo a la persona afectada, el momento, la duración, su evolución del duelo y el impacto en la vida de los dolientes se realiza la siguiente clasificación

*Tabla 1 Clasificación del duelo*

<b><i>Criterio</i></b>	<b>Clasificación Duelo</b>
<b><i>Según las personas afectadas</i></b>	Personal, Familiar, Social, Colectivo
<b><i>Según el momento de la vida en que se presenta</i></b>	Evolutivo, Imprevisto, Anticipado
<b><i>Según su duración</i></b>	Agudo, Crónico
<b><i>Según su evolución y progreso</i></b>	Normal, patológico
<b><i>Según el impacto en la vida</i></b>	Leve o gran duelo

Tomado de Cuidados de Enfermería en situaciones de enfermedad crónica. 2014.

### **La muerte y el duelo en el contexto educativo**

Desde los años setenta se viene realizando estudios e investigaciones relacionados con la inclusión del tema de la muerte y los cuidados paliativos por parte de los miembros que integran los equipos de salud, García (1991) en la revisión: Educación de Enfermería para ayudar a morir con dignidad cita a varios autores como Feifel (1971), Green e Irish (1971), Somerville (1971), Kastenbaum (1981), Eddy y Halles (1983), quienes concluyeron, la necesidad de identificar primero las emociones y actitudes en el profesional de salud frente a la muerte, para así llegar a cuidar de manera eficaz y cálida a pacientes terminales y sus familias en proceso de duelo.

La inclusión de temas relacionados con la muerte y el manejo del duelo en la educación como un área de formación, en los diferentes niveles, es un tema álgido que se ha sido expuesto por varios autores y en diferentes épocas así, Cantero (2013) cita a Verdú (2002) quien afirma

“Una enseñanza sin muerte es la muerte absoluta de la enseñanza, porque no tratar de lo que más importa descalifica a cualquier institución sobre el saber” y, por eso, consideramos que abordar la muerte como tema educativo en todos los niveles de formación nos ayudará a entender y comprender que debemos aceptar la muerte para disfrutar verdaderamente de la vida”.

Para Cantero (p, 428), es necesario educar para la muerte y al respecto manifiesta: “esta idea debe reflejarse en todos los proyectos curriculares, adaptaciones, unidades didácticas, proyectos de centro y en las programaciones de nuestro currículo oficial, en los cuales destacamos que se han de ofrecer conocimientos que ayuden a definir una propuesta educativa que atienda a la formación humana”.

Sánchez (2002, p 16 – 17), refiriéndose a los integrantes de los equipos de salud en el manejo del duelo y la muerte a los que les sobreviven, enuncia:

“Lo que la gente ignora es que los médicos, y en general los profesionales dedicados a atender enfermos, somos demasiado ignorantes sobre el tema de la muerte y no sabemos cómo comportarnos frente a ella, ni con la nuestra ni con la de otros. No sabemos que decirle al moribundo ni tampoco como dar a los familiares la noticia del deceso. Cuando se nos muere un paciente quisiéramos que fuera otro el encargado de anunciarlo, olvidándonos que es nuestro deber compartir, los primeros, con lo deudos el duelo que aparece la llegada de la Parca.”

Sí miramos desde el contexto de las patologías que actualmente presentan más decesos encontramos que Flórez (1997, p 141), hace referencia a los pacientes oncológicos, y expresa al respecto “... se necesita, asimismo, una intervención psicoeducativa en el personal sanitario (médicos, enfermeras, etc.) que permita modificar sus estrategias (actitud empática) para enfrentarse a los problemas del paciente y de sus familiares, particularmente en los problemas del dolor y de la muerte”. Igualmente en la investigación realizada por Martínez y et al (2010), acerca del conocimiento de cuidados teratológicos y su aplicación por parte del personal de enfermería, se extrapolo que este

“no posee aún los suficientes conocimientos acerca de los cuidados tanatológicos, así mismo, desconocen la importancia y los beneficios que proporcionan al otorgar cuidados tanatológicos al paciente y familiares que atraviesan por este proceso, aun la misma institución no está preparando a su personal para enfrentar este suceso, olvidando el objetivo principal de la misma profesión que es el arte del cuidado, dentro del cual se

encuentra implícito el cuidado holístico, integral, humanístico, de calidad, con calidez, efectivo y eficaz, pautas que permiten concretar de manera específica, los cuidados tanatológicos...”.

Herrán y Cortina, (2009), plantearon que la Educación para la muerte, no es una intervención en épocas de catástrofes o intervenciones pos estrés, sino como “sino nueva Pedagogía Aplicada. Es una apertura para la formación, que se apoya y construye desde la muerte como un ámbito de extraordinario potencial formativo. Es un camino para conectar la educación ordinaria con la Educación de la Conciencia”, exponen además:

“Proponemos debatir su viabilidad -como en su día ocurriera con la Educación para la Paz, con la Educación Sexual y para la Salud, con la Educación Vial, y el resto de los transversales consensuados - como proyecto didáctico emergente. Pero no sólo para ser reflexionado, planificado y desarrollado por unos pocos docentes innovadores, sino para generalizarse expresamente en los currículos oficiales, en todos los proyectos curriculares y en las aulas de todos los niveles educativos. Se pretende ofrecer conocimientos que ayuden a definir una propuesta educativa para este ámbito desatendido y estrechamente relacionado con la formación humana”.

Para Baile y et al, citados por Payan (2012, p, 37), al comunicar una mala noticia influye la formación del profesional de la salud, al respecto enuncia:

“La falta de formación por parte de los profesionales del área de la salud ha sido puesta en evidencia en varios estudios. Pocos médicos a lo largo del proceso de formación

profesional reciben la orientación adecuada en habilidades comunicativas enfocadas a facilitar los momentos en los cuales deben dar malas noticias a sus pacientes”.

En el artículo de Parra (2015. P.118 - 119), la bioética, la muerte y la ficción, se extrapola que es fundamental la formación de los profesionales de la salud, ya que mediante la comunicación como escalón primordial en el interactuar con el doliente, este puede discernir su actuar ante este; así expresa

“El aspecto formativo, por lo menos del cuidador, es clave. Fomentar el pensamiento pedagógico y didáctico del profesional de la salud tiene como elemento primordial la construcción y el entendimiento de la narración, los cuales se dan, en primer lugar, con la potencialización y activación de la escucha. En este sentido, tanto el médico como la enfermera tienen que expandir al máximo la habilidad de escuchar, lo cual no escatima el primer escalón que surge a sus pies: la observación, ni el siguiente que es la interacción con el acercamiento físico instrumental, mezcla de ciencia, afectividad y diálogo (en los casos de relación paciente-profesional, en los que el proceso es posible).[...] Dicho desarrollo supone una constante disciplina en el leer, el escribir y el investigar con formas conjuntas y de interacción. Naturalmente, esto va unido a la práctica profesional. En suma, la competencia se enfoca hacia un equilibrio entre la reflexión, la afectividad y la acción, actividades primordiales en el cumplimiento del ejercicio relacionado con la salud y la bioética”.

#### **1.2.4. Conceptos básicos sobre la atención al final de la vida**

Aproximadamente desde 1930, los hospitales pasaron a ser el entorno, el lugar reservado donde fallecían las personas, lo cual afectó al personal de salud, generando en ellos actitudes que

podían causar daño tanto al paciente como a los familiares, actitudes como no mirar de frente al enfermo terminal, tratarlo de forma despectiva o ignorarlo, incongruencias entre la comunicación verbal y no verbal, aunado a todo esto el auge de la tecnología médica que prolonga más el tiempo de vida del enfermo. (Gala León, y otros, 2002)

La atención a los pacientes que se encuentran al final de la vida por diferentes causas como respuesta a patologías terminales o por haber llegado al ocaso de la vida, es un campo nuevo que lleva a los integrantes de los equipos de la salud, en relación con la atención médica a buscar terapias que les permitan brindar una atención de calidad y humanizada, pero a la vez les permita identificar sus propias emociones y manejar el estrés que se produce como respuesta al enfrentar cada día durante el desarrollo cotidiano de sus actividades en los diferentes servicios de las instituciones de salud. En diferentes trabajos realizados por profesionales de la salud con relación al tema de estudio encontramos en Morato, quien alude:

“Frecuentemente los profesionales de la salud, específicamente los enfermeros, están expuestos a casos de enfrentamiento de la muerte de personas bajo su cuidado, encontrando dificultades en encararla como parte integrante de la vida, teniéndola como resultado del fracaso terapéutico y del esfuerzo por la cura. Estudiar las concepciones culturales del proceso salud-enfermedad-muerte en las diferentes sociedades puede proporcionar una posibilidad de comprensión a los profesionales de enfermería de sus propios valores y creencias ante la muerte y del proceso de morir, así como también sus actitudes y acciones relacionadas con las cuestiones de lo cotidiano que influyen en la vida personal y profesional” (Morato Ribero, y otros, 2013).

El surgimiento de sentimientos de angustia, impotencia, frustración y la falta de preparación de los profesionales de la salud para afrontar la muerte es mencionado como una falla en el proceso de formación, que no prepara a los profesionales para la ardua rutina de los hospitales, que es convivir con el sufrimiento ajeno y las emociones propias ante estas situaciones; en las conclusiones del trabajo de Morato y otros (2013), se extrapolo de las entrevistas realizadas, “la muerte como un hecho natural, sin embargo terminan desarrollando una forma de defensa ante el dolor y el sufrimiento. Para ellos, esos “distanciamientos” son necesarios a fin de evitar daños en los aspectos psicológicos y emocionales”. De acuerdo con Mok, Lee y Wong, citado por (Ascensio Huertas, Allende Pérez, & Verastegui Avilés, 2014), cuando el personal de salud acepta la muerte “como un proceso natural, los niveles de ansiedad generados por la muerte de los enfermos disminuye, debido a la comprensión del suceso terminal, su significado y al asumir las emociones propias que genera la muerte”. Ascensio y et al concluyeron en su trabajo la necesidad de:

“indagar más acerca la espiritualidad en el personal de salud, principalmente aquellos que están cotidianamente en contacto con la muerte y desarrollar programas educativos con respecto al manejo de la muerte haciendo énfasis en la calidad humana y profesional del personal de salud y proponemos también retomar la espiritualidad y el manejo de las emociones”.

Así, en relación al tratamiento, la relación y la comunicación con pacientes graves y/o terminales– el médico y la enfermera, principalmente, se pueden ver afectados por el síndrome de burnout –como una claudicación frente al estrés– consecuencia del fracaso de las estrategias de afrontamiento que van minando el bienestar físico, psicológico y social que ocasionan el intenso

sufrimiento de los pacientes y sus familiares, ello conlleva a situaciones de gran responsabilidad, actividad laboral dura e impacto emocional que al mantenerse en el tiempo puede derivarse en el denominado síndrome de estar quemado o burnout (Ortega Ruíz & López Ríos, 2003). Es necesario enfatizar que la muerte, por sí misma, es un factor bastante estresante, que provoca angustia existencial, única realidad de nuestro existir, la muerte del otro aparece como una amenaza del propio Yo, por lo cual puede llevar a genera una angustia una gran angustia en el desempeño profesional, que puede llevar a afectar la calidad de la atención brindada, tanto al paciente moribundo como a familiares y allegados y las relaciones con los otros miembros del equipo de salud. (Flórez Lozano, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés.

Pero... a qué le tememos? El filósofo Chorón, citado por Fonnegra expresa que en “su análisis sobre el miedo a la muerte, distingue tres tipos de temores: a) lo que le sigue a la muerte, b) el evento mismo de morir, c) el dejar de existir, de ser, su desaparición como ser humano”. En otro de los apartes de este artículo cita la autora que este temor está relacionado con las angustias y sentimientos propios:

“El temor al evento mismo incluye el miedo al dolor físico desatendido, al sufrimiento no compartido, al aislamiento afectivo, a la pérdida del control y la autonomía y a la indignidad como acompañantes de la muerte personal. En cuanto a la muerte del otro, del ser querido,

el temor a la muerte misma abarca los mismos aspectos más la sensación de impotencia personal para abordarlos y vencerlos, y el temor de no ser capaz de acompañarlo adecuadamente en su trayecto, ni de poder enfrentar la muerte del otro”. (Fonnegra de Jaramillo, 1993)

Como respuesta a esta necesidad sentida de apoyo tanto a familiares como al equipo de la salud, la tanatología se abre paso a grandes paso al migrar desde diferentes áreas del saber, como medicina, enfermería, psicología, trabajo social, filosofía, teología, biología sociología, antropología, en la búsqueda de dar respuestas a las necesidades sentidas con la finalidad de apoyar, aportar bases y dar la mejor respuesta a quienes buscan brindar una atención de calidad durante los eventos de la muerte, el morir y la comprensión del duelo, como una reacción particular y propia de adaptación de cada persona a la pérdida sufrida de un ser querido, objeto u evento significativo para este.

Lo cual ha llevado a la realización de estudios, donde se valida el aporte de esta ciencia a la búsqueda continua de mejores prácticas que ayuden a disminuir las cargas emocionales de los pacientes, familiares y el equipo de salud, así surgen en países como México, la Asociación de Tanatología de México, tiene como objetivos principales el **curar el dolor de la muerte y el de la desesperanza**, tanto del enfermo terminal, como de sus familiares, como de aquellas personas que, por diferentes motivos, tengan ideación o conducta suicidas, a base de la prevención e intervención; la sociedad española e internacional de tanatología, su finalidad es desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a convivir con ella. Por ello educa para la vida y la muerte a niños y niñas, adolescentes y adultos para que partiendo del conocimiento personal, cultural, social y a la luz de la ciencia de manera que no solo se pueda vivir sino también morir

con dignidad. Países como España, México, Argentina, Puerto Rico, ofrecen programas de especialización y maestrías en Tanatología a profesionales de la salud.

Hablar sobre la muerte es un tema álgido que se evita a menudo, porque no se está preparado para asumirla o recibirla. Se esquiva, solo se le acepta cuando toca a la puerta de forma directa del doliente. Hablar de la muerte es el más difícil de los temas, ya sea por el dolor que ocasiona, por la pérdida social, por el sentimiento de usencia y soledad que conlleva.

La muerte ha sido definida desde la antigüedad como un paso ineludible a lo eterno, por ello aprender a afrontarla como doliente o sentir como se apaga como una llama que agoniza como consecuencia de una enfermedad terminal no es fácil de asumir en toda su dimensión, como consecuencia de este sentir surge la tanatología, que busca dar atención desde el inicio, dar apoyo al enfermo terminal y a la familia de los deudos, hasta el desarrollo del duelo por estas pérdidas significativas, a la vez que apoya a los integrantes de los equipos de salud para manejar este tipo de situaciones que deben afrontar con los familiares ante la muerte y comunicación del deceso del enfermo a los familiares.

Es importante que el personal de la salud que atiende a estos enfermos, vean este proceso como algo natural y no como un fracaso y que la muerte no es una enemiga o una lucha perdida con ella, por el contrario debe ser vista como parte importante de la evolución de los seres humanos que para unos llega en etapas tempranas y para otros en el ocaso de sus vidas, a pesar de los esfuerzos y de los avances tecnológicos y médicos que se encuentran en continua evolución con la finalidad de preservar la vida y su prolongación.

## Capítulo II

### 2.1. Diseño Metodológico

#### 2.1.1. Paradigma epistemológico

Esta investigación se fundamenta en el paradigma Hermenéutico, el cual es definido por Dilthey (1900) citado en (Martínez, 2013) como:

“El proceso por medio del cual conocemos la vida psíquica con la ayuda de signos sensibles que son su manifestación” Es decir, “que la hermenéutica tendría como misión descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos, los gestos y, en general, el comportamiento humano, así como cualquier acto u obra suya, pero conservando su singularidad en el contexto de que forma parte” (p 102).

En relación a lo anterior y la expresión de Heidegger, “la comprensión interpretativa es un rasgo fundamental de la existencia humana” ratificamos la pertinencia de este paradigma en la comprensión de los actos de la vida y la aplicabilidad en el desarrollo de esta investigación.

De esta manera, se hace relevante tenerlo en cuenta durante todo el proceso, siendo el hilo conductor para lograr los objetivos propuestos, como lo refiere Martínez, (2013) cuando dice que:

La hermenéutica aparece de manera explícita, pero en forma implícita, está presente a lo largo de toda la investigación: en la elección del enfoque y de la metodología, en el tipo de preguntas que se formulan para recoger los datos, en la recolección de los datos y, por último, en el análisis de dichos datos; todos estos pasos implican actividad interpretativa.”  
(Pág. 101)

### **2.1.2. Enfoque de Investigación**

Dadas las características propias de la investigación que se pretende realizar, se tomó como referente teórico para el proceso de diseño a Sampieri (2010), quien plantea los enfoques que se pueden utilizar y a través del cual se determinó que el más adecuado para el desarrollo de este estudio, es el enfoque cualitativo que permite un diseño abierto, flexible, construido durante la realización del estudio.

Lo anterior, dadas las características principales del enfoque cualitativo, el cual explora fenómenos en profundidad, se conduce básicamente en ambientes naturales y los significados se extraen de los datos. Su proceso es inductivo, recurrente, analiza múltiples realidades subjetivas, no tiene frecuencia lineal y permite profundidad de significados, amplitud, riqueza interpretativa y lograr con ello contextualizar el fenómeno estudiado.

Se clarifica, que se trata de una investigación no experimental de tipo transaccional exploratoria, por cuanto se realizó en un momento determinado, se observó el fenómeno tal y como se da en el contexto y no se manipularon las categorías.

Una vez realizada la revisión de antecedentes, se determinaron las categorías de análisis, determinadas así: La muerte, efectos ocasionados por sucesos de muerte en pacientes, duelo y necesidades de formación.

### **2.1.3. Población y Muestra**

El grupo poblacional definido es representativo de los profesionales de medicina y enfermería de las unidades de hospitalización, urgencias y cuidados intensivos de la Clínica Juan

N Corpas, quienes participaron de forma voluntaria y cumplían las características vinculantes al fenómeno estudiado, en cuanto a profesión, función e institución.

Teniendo en cuenta a Sampieri (2010), en la muestra se involucra a unos cuantos sujetos, porque no se pretende necesariamente generalizar los resultados de estudio, pero si tomar casos individuales y representativos. Por tal razón se trabajó a partir de una muestra intencionada, siendo esta seleccionada bajo los parámetros pertinentes al fenómeno estudiado y donde se eligieron aquellos que cumplen las condiciones necesarias para obtener resultados más precisos y orientados a la toma de decisiones al respecto, entre tanto los participantes deben ser profesionales de la salud en estado activo, pertenecer a la Clínica Juan N Corpas, en áreas de trabajo de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos.

Dado lo anterior se aplicó un instrumento de apoyo a 72 profesionales de medicina y enfermería de la clínica Corpas, de diferentes áreas y profesiones, para realizar un balance general de los criterios bases a tener en cuenta en el estudio cualitativo. Con lo anterior se establecieron las categorías base a tener en cuenta y se realizó entrevista semiestructurada a 10 profesionales de las unidades determinadas.

#### **2.1.4. Técnica e instrumento de recolección de datos**

Las técnicas de recolección de datos, según Hurtado (2000 p.427), son los procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar cumplimiento a su objetivo de investigación. Es decir que estas corresponden a las distintas maneras de obtener los datos que luego serán procesados y que se convertirán en información relevante en el proceso.

De esta manera un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso de que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos la información y sintetizar toda la labor previa de investigación, resumen los aportes del marco teórico al seleccionar datos que correspondan a los indicadores, y por tanto a la variable o conceptos utilizados (Hernández y otros, 2003).

Con esa finalidad, se deben tener en cuenta los criterios para la construcción y evaluación de las técnicas de recolección de datos según Tamayo & Silva (s.f.): La naturaleza del objeto de estudio, las posibilidades de acceso con los investigados, el tamaño de la población o muestra, los recursos con los que se cuenta, la oportunidad de obtener datos y el tipo de la fuente de datos que se espera obtener.

En consecuencia de lo anterior, se consideraron las diferentes técnicas que podrían ser relevantes en este proceso y se eligió la entrevista, por ser la que más se ajustaba a los requerimientos de este proyecto de investigación. En este sentido porque permite mejores resultados, comprender más que explicar, no esperar respuestas objetivamente verdaderas, entendiendo que estas no son correctas o incorrectas y brinda flexibilidad al abordar otros temas que si se presentan.

De esta manera, se entiende la entrevista según (Campoy & Gómez, 2009) como “la técnica más empleada en las distintas áreas del conocimiento. En un sentido general, se entiende como una interacción entre dos personas, planificada y que obedece a un objetivo, en la que el entrevistado da su opinión sobre un asunto y, el entrevistador, recoge e interpreta esa visión particular”(Pág. 288)

En cuanto a la entrevista con fines de investigación puede ser entendida según Gallardo & Moreno (2011) como:

“la conversación que sostienen dos personas, celebrada por iniciativa del entrevistador con la finalidad específica de obtener alguna información importante para la indagación que realiza. La entrevista es, entonces, un acto de interacción personal, espontáneo o inducido, libre o forzado, entre dos personas (entrevistador y entrevistado) entre las cuales se efectúa un intercambio de comunicación cruzada a través de la cual el entrevistador transmite interés, motivación y confianza; el entrevistado devuelve a cambio información personal en forma de descripción, interpretación o evaluación”.

No obstante existen dos grandes tipos de entrevistas la estructurada, donde las preguntas como las alternativas de respuestas son predeterminadas y la no estructurada, donde no existe predefinición en ninguno de los casos.

Para el desarrollo de esta investigación, se trabajó con la entrevista semi estructurada, la cual según Murillo, Martínez, Martín et.al (s.f.) da lugar a que el investigador previamente a la entrevista lleve a cabo un trabajo de planificación de la misma elaborando un guion que determine aquella información temática que quiere obtener y existe una acotación en la información donde el entrevistado debe remitirse a ella. También las preguntas que se realizan son abiertas. Lo que permite al entrevistado la realización de matices en sus respuestas que doten a las mismas de un valor añadido en torno a la información que den. Así mismo durante el transcurso de la misma se relacionarán temas y se irá construyendo un conocimiento generalista y comprensivo de la realidad del entrevistado.

Cabe resaltar que durante el proceso el investigador debe mantener un alto grado de atención en las respuestas del entrevistado para poder interrelacionar los temas y establecer dichas conexiones. En caso contrario se perderían los matices que aporta este tipo de entrevista y frenaría los avances de la investigación.

Para llevar a cabo este tipo de entrevista, se realizó un cuestionario guía que sirvió de hilo conductor en el proceso y que dio lugar a establecer preguntas concordantes con los objetivos y categorías de análisis de esta investigación.

En cuanto al cuestionario Sampieri (1998) refiere que “es el instrumento más utilizado para recolectar datos” documento que recoge en forma organizada los indicadores de las variables y/o categorías implicadas en el objeto de estudio.

Este debe estructurarse según (Casas, et. Al. 2003) a partir de hipótesis, pero tomando en cuenta las características propias de la población como el nivel cultural, aspectos socioeconómicos, edad, nivel escolaridad, entre otros. Del mismo modo esto permite determinar el tipo de preguntas, el número, el lenguaje. Cabe precisar que en esta investigación el cuestionario fue utilizado como herramienta de apoyo para realizar la entrevista, más no para aplicación de este como prueba escrita.

## **Capítulo III**

### **3.1. Trabajo de Campo**

#### **3.1.1. Recolección de la información**

De acuerdo a Hernández Sampieri (2010) la fase de la recolección de datos permite proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas, siendo

“El investigador el instrumento de recolección de los datos y se auxilia de diversas técnicas que se desarrollan durante el estudio. Es decir, no se inicia la recolección de los datos con instrumentos preestablecidos, sino que el investigador comienza a aprender por observación y descripciones de los participantes y concibe formas para registrar los datos que se van refinando conforme avanza la investigación” (Pág. 13)

La recolección de información se realizó de forma longitudinal desde el mes de febrero a marzo de 2016, inicialmente se firmaron las autorizaciones pertinentes para dar uso académico a sus apreciaciones y posteriormente se aplicaron los instrumentos a la población previamente establecida, los cuales contaban con las características propias del proceso, dejando evidencia física de los cuestionarios y audio de las entrevistas, las cuales se trataron bajo el principio de la confidencialidad.

#### **3.1.2. Organización de la información**

A lo largo del proceso de recolección de información se organizan los instrumentos utilizados, se procede a transcripción de las entrevistas y se elabora una matriz en Excel, tomando como ejes principales las preguntas realizadas y colocando en forma vertical la respuesta dada por los entrevistados, lo que da paso al proceso de categorización y análisis descriptivo de las mismas, para posteriormente elaborar el análisis interpretativo y discusión sobre los temas en referencia y

con ello emitir las conclusiones de la investigación y proponer las recomendaciones a tener en cuenta.

### 3.1.3. Categorización

Las categorías de análisis se plantearon con el ánimo de cumplir los objetivos propuestos por esta investigación y de igual manera responder a la pregunta formulada como temática principal de este trabajo de grado. Dadas las características del estudio se contemplaron las categorías consignadas en la Tabla 1.

Tabla 2 Categorías de Análisis

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>	<i>Preguntas</i>
<b>La Muerte</b>	<b>Concepto sobre la muerte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Concepto y relación de la muerte con la unidad de cuidados intensivos.</li> <li>✓ Sentido y objetivo de la profesión en UCI</li> <li>✓ Concepto de muerte</li> <li>✓ Relato de vivencias con la muerte</li> <li>✓ Protocolo para dar malas noticias</li> <li>✓ Reacciones frente a la muerte</li> </ul>
	<b>Emocionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manifestación emocional</li> </ul> <p>Impotencia / indefensión / insensibilidad / anhelo / tristeza /                      apatía / Abatimiento / angustia / ansiedad / hostilidad / ira /                      frustración / enojo / culpa / auto-reproche / soledad /</p>

<p><i>Efectos ocasionados por sucesos de muerte en pacientes</i></p>		<p>abandono / emancipación y/o alivio/extrañeza con respeto a sí mismo o ante el mundo habitual.</p>
	<p><b>Físicos</b></p>	<p>✓ Manifestación física</p> <p>(Vacío en el estómago y/o boca seca / opresión tórax/garganta / falta de aire y/o palpitaciones / dolor de cabeza / falta de energía / debilidad /alteraciones del sueño y/o alimentación.</p>
	<p><b>Conductuales</b></p>	<p>✓ Manifestación conductual</p> <p>Conducta distraída / aislamiento social / llanto / suspiros</p>
<p><i>Duelo</i></p>	<p><b>Etapas del duelo</b></p>	<p>Concepto de duelo</p> <p>✓ Etapas del duelo (negación, enojo, regateo, depresión, aceptación)</p> <p>✓ Incidencia personal o profesional frente a la muerte de los pacientes</p>
<p><i>Necesidades de formación</i></p>	<p><b>Académica</b></p>	<p>✓ Necesidades de formación</p> <p>✓ Humanización frente a la muerte</p>
	<p><b>Profesional (Educación Superior)</b></p>	<p>✓ Relación de la carga laboral con el abordaje de este fenómeno</p> <p>✓ Comunicación de malas noticias</p>
	<p><b>Institucional (Clínica)</b></p>	<p>✓ Determinación de roles frente a estos sucesos</p> <p>✓ Introspección y Cuidando al cuidador</p>

### **3.1.4. Análisis de la información**

Como lo refiere Sampieri (2010) “Por lo general, el análisis no se inicia con ideas preconcebidas sobre cómo se relacionan los conceptos o variables” entre tanto, se reunieron los datos verbales, se transcribieron y se integraron en una base de información, la cual se analizó para determinar significados y describir los fenómenos estudiados desde las diferentes ópticas de los actores.

Entendiendo que la finalidad del análisis es comprender a las personas y sus contextos, en este caso a los profesionales de Salud, personal activo de la Clínica Juan N. Corpas y el fenómeno estudiado bajo las categorías ya mencionadas anteriormente, por lo que se describe la información y se desarrollan temas relacionados con la muerte, el duelo y la formación que se recibe para enfrentar lo que esto con lleva.

Se precisa que el tipo de investigación manejada, permite que el investigador involucre en el análisis sus propios antecedentes y experiencias, así como el extraer fragmentos de narración que le den fuerza a la interpretación y hacer relevante la propuesta y recomendaciones a que haya lugar.

## **Capítulo IV**

### **4.1.Hallazgos**

#### **4.1.1. Discusión y análisis**

Los resultados de esta investigación dan cuenta de los objetivos propuestos y bajo las categorías de análisis de la información establecidas, que permitieron el cumplimiento de los objetivos específicos.

En consecuencia, se abordan los temas en referencia a través del análisis de la información recopilada en esta investigación y los contenidos teóricos referidos a lo largo del estudio, para esto se realizó la transcripción de las entrevistas, se elaboró una matriz de análisis, en la cual se validan las categorías de estudio, se identifican las respuestas más frecuentes, relevantes, similares, contrarias, de afirmación, negación, descripción, entre otras y se procede a la interpretación de la información y vinculación con los objetivos, pregunta de investigación y referentes teóricos para llegar a lo siguiente:

#### **Categoría - La muerte**

A continuación se exponen los aspectos relevantes que hicieron parte de esta categoría.

#### ***Concepto de Muerte***

En relación al concepto que tienen los profesionales de salud de la clínica Corpas, se confirma lo ya expuesto por Ferrater y Hernández (2006) cuando se habla de los dos sentidos que esta tiene, y entendiendo que siempre se ha tratado de comprender estos eventos de la vida, buscando adjudicarles un significado de acuerdo a la relación con la vida, las formas de vivir cada época, las creencia propias de cada sujeto, entre otras.

Es por tanto, la muerte para los profesionales de la salud un segundo plano del existir, la ausencia de pulso y de frecuencia cardiaca, la finalización de la instancia en esta tierra, la culminación del existir.

Otros la referencian desde una perspectiva diferente, como algo espiritual, un pasar a otro estado ya no físico, una transición porque se es parte de Dios y es un paso obligado, así lo menciona un participante de esta investigación cuando dice: “Para mí la muerte es como... ir al encuentro con Dios, es la muerte a la carne más no al espíritu, porque la carne es la que muere pero el espíritu sigue vivo”.

Entre tanto otros la toman dadas las condiciones físicas que se tengan, como un proceso que tiene un paciente que de acuerdo a su estado ya no responde, que puede ser traumático e inesperado muchas veces, una situación compleja y dolorosa.

### **Vivencias en relación con la muerte**

Teniendo en cuenta lo anterior y al cuestionar sobre la muerte de un paciente y el significado que se tiene para los profesionales en la salud, fue muy relevante el criterio dado a lo que se hizo como profesionales para con el paciente en estado crítico y lo que no se hizo, llevando al deceso del mismo, si se dio lo que se esperaba en cada proceso o tratamiento o falto hacer algo humanamente posible, encontrando que hay un alto índice de frustración, adjudicado al hecho de “si se hubiera podido hacer algo más”.

Lo anterior, ligado en el caso de las enfermeras de la institución al hecho de si la muerte se presentó teniendo o habiendo recibido todos los cuidados de enfermería que se le pueden brindar a conciencia y con el deber ser que se tiene, lo que hace que la muerte se sienta un poco menos,

pero cuando la persona fallece y se siente que debió o pudo haber dado más de lo que se debe y no lo dio, esa muerte duele más, porque se siente que no se hizo bien el trabajo.

Como ya se ha mencionado la frustración es un eje transversal en muchos casos, algunos refieren “no tuvimos precaución en mirar todas las barreras”, “el paciente lo teníamos hacía varios días en la unidad”, “una niña de un dolor abdominal que se complicó, pues, hubieron varias cosas que le pudieron haber mejorado para evitar ese desenlace”.

Entendiendo que la frustración, refiere emociones encontradas, que hay muertes que causan dolor, pero otras que aunque suene mal, generan alivio si el paciente no tiene condiciones adecuadas para continuar con la vida, cuando se ve que está sufriendo y que quizá humanamente no hay nada que hacer.

Así lo refiere un participante cuando dice: “la muerte de un paciente es muy frustrante, como profesional, es muy frustrante cuando un paciente uno lo pierde ya sea porque no se lograron cumplir las metas y las expectativas que teníamos, porque muchas veces es imposible poder luchar contra lo que está ocurriendo dentro de un organismo y por otra parte es muy doloroso como ser humano siempre ver el partir de otro ser humano”.

También es importante tener en cuenta la clasificación del duelo que expone Barrera (s.f.) en cuanto al momento de la vida en el que se presente y ratificado cuando los profesionales de la salud de la clínica Corpas expresan que las muertes más difíciles de afrontar son las de niños y/o jóvenes, al igual que aquellas que son inesperadas, pero que cuando la persona es mayor sin decir que no se sientan, son más llevaderas por tratarse del final de un ciclo obligado en la vida.

En general, todos recuerdan la muerte de un paciente, bien sea por la patología, la edad y/o la relación que crearon con el mismo. (Un gran porcentaje precisa en el ciclo de vida como

incidente en el recordar de esta muerte), siendo la primera razón cuando se trata de un niño, la condición del momento, la reacción de la familia o por el sentir propio frente al deceso del paciente.

No obstante, en algunos casos se presenta transferencia al pensar en sus propios familiares, situación que se hace bastante dura y crítica para los profesionales.

También este recuerdo es dado por la buena relación paciente – profesional que se mantuvo, el acompañar al paciente hasta su último día de la vida y a la familia en su dolor, siendo esta una experiencia difícil.

Claro está, también hay opiniones en contraste que afirman que es una experiencia de momento, que se siente tristeza pero después se vuelve algo común y se debe aprender a diferenciar entre la muerte de un paciente y la labor que se realiza.

### **Quien comunica la muerte de un paciente.**

Generalmente el deceso de un paciente, lo comunica el médico tratante y en otros casos poco frecuentes otro profesional de la salud o del área de psicología o trabajo social y en el menor de los casos por vía telefónica de no estar presentes en el momento los familiares o por tratarse de horas donde no se tienen autorizadas las visitas o el acompañamiento.

Ante el momento de informar el fallecimiento a los familiares, se tienen formas diferentes de manifestarlo, algunos lo expresan directamente, otros tratan de utilizar palabras que generen consuelo, otros lo dicen en tono fuerte por cuanto el familiar está en actitudes difíciles a otros les cuesta encontrar las palabras para hacerlo y en general porque no se cuenta con un protocolo establecido y así como le genera emociones a los familiares también a los funcionarios que prestan sus servicios.

Lo anterior, no es una tarea fácil, porque como lo dice uno de los médicos entrevistados “todavía no me acostumbro a ello, cada vez me da dolor, cada vez me siento nervioso y cada vez siento mariposas en el estómago y de qué manera la familia lo va a recibir”

### **Reacciones frente a la muerte de un paciente**

Este aspecto se enmarca en las manifestaciones expuestas por Wirden (s.f.) y Secpal (2014) en su mayoría expresiones de orden físico y afectivo y bajo las tipologías de duelo.

Para algunos familiares es un impacto muy fuerte porque no lo esperaban, una situación traumática y expresan tristeza, derrota, llanto incontrolable, gritos, desesperación, derrota, ansiedad, frustración y posiblemente enojo. Pero para otros la noticia es recibida con tranquilidad y aceptación dadas las condiciones y las patologías del paciente.

Cuando se indago frente a que ha sido lo más difícil en este proceso las respuestas estuvieron orientadas nuevamente al ciclo de vida del paciente, a la reacción que pudiera tener la familia y las propias emociones como ser humano y/o profesional “no sé cómo estamos aguantando nosotros eso, porque es muy doloroso y uno no se puede acostumbrar a la muerte y aunque esto se ve como una tradición el dolor de las personas es muy desgarrador”.

Y es precisamente cuando al referirse a las emociones un gran número ha sentido tristeza, angustia, frustración, impotencia, enojo y unos pocos manifiestan que es algo temporal que pasa con el tiempo.

Así como reacciones físicas de desasosiego, vacío en el estómago en la boca, nudo en la garganta, pérdida de energía, falta de aire, no poder hablar, llanto. Claro está en su mayoría afirman una o más de estas, pero un pequeño grupo dice “no sentir nada gracias A Dios”.

En cuanto a las manifestaciones conductuales en su mayoría afirman no sentir complicaciones, dado a que si bien es cierto se causa dolor, este es manejado de tal forma que no afecte mucho más allá a la persona, como lo refiere un participante “No, aprender a crear barreras para que esa parte emocional no se afecte, ni como persona ni como profesional. Porque uno no puede ponerse a llorar encima de cada persona que fallece”.

### ***Concepto de unidad de cuidados intensivos y relación con la muerte.***

Es evidente que para el personal de la clínica Corpas, la UCI es una Unidad donde se prestan servicios especializados a pacientes en estado crítico, con diagnósticos reservados, tratamientos complejos que requieren cuidados específicos, manejo de medicamentos de alto costo y supervisión permanente y que este servicio se relaciona con la muerte porque es allí donde se trabaja continuamente por disminuir las probabilidades de fallecer y se administran tratamientos donde se emplean tecnologías de punta que buscan disminuir las tasas de morbilidad, pero también donde los pacientes son más propensos a fallecer por la complejidad de las patologías y comorbilidades que se manejan.

### ***Sentido y objetivo de la profesión en relación con la muerte***

En cuanto al sentido y objetivo de la profesión con respecto a un paciente en estado crítico, se expresa en la búsqueda de ayudar para mejorar la calidad de la salud de la persona, darle comodidad confort y bienestar, brindar cuidados y conocimientos dependiendo del modelo de cuidado, velando por lograr sacar al paciente adelante, estabilizarlo, evitar su muerte al máximo. Pero cuando esto no es posible por diversas razones, se propende por minimizar el dolor de la familia y brindar acompañamiento en el acaecimiento.

Por estas razones, el objetivo es sacar de la unidad de cuidado intensivo a hospitalización, que vuelvan a casa, por lo menos esa es la gran inicial, teniendo claro que los pacientes que entran a la unidad de cuidado intensivo están tanto metabólicamente como neurológicamente comprometidos en situaciones complejas y que a pesar de todos los hallazgos que se han visto, siempre se espera que salgan adelante en sus procesos, que haya un voto de fe, de esperanza porque ellos vuelvan a reaccionar.

### **Categoría – El Duelo**

El duelo ha sido definido por muchos autores, pero en general es relacionado con el dolor por la pérdida y el proceso posterior al deceso de un ser querido, como lo menciona La NANDA-I, es normal e incluye “respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida”, lo que se ratificó al revisar los datos recolectados en esta investigación respecto a las nociones que tiene el grupo de profesionales en medicina y enfermería de la salud de la Clínica Corpas en referencia al tema en mención.

Claro está, si esas manifestaciones pasan el límite de lo convencional y se hacen más frecuentes, deben ser consideradas como patologías, esto apoyado en Parkes Et al (1997).

Si bien es cierto Al hablar de duelo, muchos expresan sus nociones, argumentado que son reconocidas por sus propios procesos o la experiencia profesional, pero por lo general no se han capacitado o documentado al respecto, algunas respuestas sin aseveraciones al respecto enuncian las diferentes etapas planteadas por autores como Linderman (1944), Engel (1964) Jacob (1993), entre otros , pero las mencionadas por los entrevistados en pleno desconociendo el autor y sin

enumerarlas todas, son las planteadas por *Kübler 1974 (Negación, enojo, regateo, depresión y aceptación)* entendidas como las más comunes.

En cuanto a estas etapas del duelo, en su gran mayoría afirma haber vivido la etapa de negación, otros muy pocos de enojo y en algunos de los casos de aceptación por cuanto lo hemos expresado anteriormente, cuando el ciclo de vida del paciente estaba por dar fin o cuando las patologías son muy complejas y se percibe excesivo dolor o deterioro del paciente.

Entre tanto lo refieren como una etapa a la que todos llegaremos en algún momento, ante cualquier situación de pérdida o muerte en este caso. En la que se vivencian expresiones de llanto, soledad, tristeza, aislamiento, sentimiento de crisis, entre otras y que de acuerdo a Barrera (s.f.) todo esto está ligado al tipo de duelo, sea por las personas afectadas, el momento de la vida, la duración del proceso, la evolución o progreso y según el impacto causado en las vidas.

Para algunos, “la vida hay que seguirla y todo sigue, todo sigue con su curso”.

Al precisar sobre la afectación que esto puede causar profesionalmente, encontramos que ninguno se siente afectado laboralmente, ya que manifiestan que por más afectación personal que se presente, hay que seguir luchando por más vidas y se debe continuar con el trabajo.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la “deshumanización”, para ello es propio dar inicio a este apartado, considerando la narrativa de uno de los profesionales que participaron en esta investigación.: “Si, a mí sí me parece que nos hace falta más humanización cada uno de nosotros incluyéndome, porque a veces la dureza para decirle las cosas a los familiares, ¡ah no! es que el paciente se va a morir y no se le da a veces una buena muerte, un trato digno, si una buena muerte y aunque el paciente a veces uno piensa que ellos no sienten que porque están inconscientes, ellos no sienten o no escuchan lo que uno habla, ellos sienten, claro que sí”.

Sumado a lo anterior, al interrogar frente a si la muerte se convierte para el profesional en algo normal y/o natural, fueron encontradas las respuestas de acuerdo al sentir personal de cada entrevistado, para unos era natural mas no normal, para otros es normal en el lugar donde prestan sus servicios y para otros no es natural en muchos casos por que se presentan fortuitos. Podemos ver reflejado esto en las siguientes respuestas que de una u otra manera entrelazan estos aspectos nuevamente con las condiciones en que es dada la muerte, normal no, natural si, cuando la muerte es de pacientes mayores porque ya han vivido y han cumplido su ciclo, pero también dependiendo de “la patología, pacientes con cáncer, otros que están muy mal de salud y uno prefiere que fallezcan a seguir interviniéndolos y prolongando su existencia”.

Otros consideran que es algo normal, que se ha vuelto algo rutinario, que en su comienzo se suele poner en los zapatos de los familiares, pero después se vuelve frecuente y natural.

Lo anterior denoto contradicciones, muchas de las cuales se encontraron cuando se preguntó a los profesionales por la deshumanización, todos hablan desde sus posturas personales y conforme las propias experiencias vividas, desde afirmar que hay mucha, poca o incluso que no la hay.

Algunos refieren que es mucha, porque se ve en el día a día, su propia experiencia personal, y que se convierte en algo netamente laboral, donde la rutina diaria se conduce de tal forma que no se lastime al familiar con la actitud y la conducta pero entendiendo que existe una barrera ante puesta por el profesional para evitar que esa muerte también le afecte directamente y por esta razón se considera que si hay deshumanización por lo mismo, aun que exponen que son conscientes de la necesidad de generar respeto por el paciente, la familia y la comunidad.

Por otra parte, expresan que “no creo que haya deshumanización, yo creo que en todos los servicios donde yo he estado trabajando, cuando el médico tratante ve que el paciente sufre siempre veo que hay tristeza, que hay conmoción, que hay dolor, que los diferentes actores lo experimentan de diferente manera es distinto, pero no creo que haya deshumanización”

### ***Influencia de la carga laboral***

Lo anterior es relacionado con la pregunta de si la carga laboral influye en este tipo de deshumanización que se trata y es entendido por varios de los participantes, dadas las condiciones actuales de la salud en nuestro país y la urgencia que demanda atender a los pacientes que aun cuentan con vida y que también merecen el derecho de ser atendido, por el alto índice de mortalidad, los altos niveles de frustración:

Así mismo, otros refieren que “Si, tiene mucho que ver, sobre todo en la parte laboral y lo digo con conciencia de trabajo, en alguna oportunidad salas de cirugía en donde fallecía un paciente, la importancia era sacarlo rápido de la sala, organizar la sala y entrar a otra persona, pero no se sentía ese dolor o duelo por la persona que falleció”.

No con el ánimo de justificar el actuar del profesional pero en aras de tratar de comprender se encuentran argumentos como este: “Puede ser la sobre carga laboral o el pasar del tiempo que hace que se cree una coraza de acero ahí y digamos se cree ese obstáculo, esa dureza entre el paciente la enfermera y la muerte”, otros lo atribuyen al exceso de trabajo,

Pero también hay quienes argumentan que estas situaciones en nada deben afectar y que no es precisamente la carga laboral sino las prioridades que deben afrontarse:

Se hace relevante tener en cuenta que la muerte es “un suceso que impacta lo que tú estás haciendo, te hace así sea un segundo pensar, reflexionar, sobre que es la vida y el poco tiempo que

tenemos en la vida”. “Pues no es directamente la carga laboral, sino si es de algún paciente que me priorice o que necesite atención no es, yo no diría que es carga laboral, no me parece que sea”

### *En los zapatos del doliente*

Alrededor de todas las experiencias como profesionales, se indaga sobre si ellos fueran los familiares de la persona que falleció, como consideran sería la mejor manera de recibir la noticia y quien debería ser la persona en anunciarla, a lo que en su gran mayoría indicaron que era el médico tratante, por cuanto tenía el conocimiento de lo ocurrido y la cercanía con el paciente y su familia durante el proceso y que de ser posible estuviera acompañado por otro profesional como el psicólogo o el trabajador social, la enfermera jefe o en su defecto cualquier otro integrante del equipo médico que le brindara apoyo, tal como se sustenta a continuación :

“Hace falta la educación frente a esto, porque ninguno desde la misma academia venimos preparados para esto. Uno en la academia ve clases de psicología y de abordaje a la muerte, pero es algo tan superficial que realmente uno no lo siente, no lo aprende, en la práctica uno no lo practica tampoco y la deshumanización en cuanto a la parte de salud con respecto al fallecimiento de una persona, es altísima, hay mucho desconocimiento con respecto a eso”.

Así mismo algunos integrantes del área de enfermería, refieren que de tener que comunicar la noticia del deceso, lo hacen o lo harían pero no consideran que sea su responsabilidad, se consideran más un apoyo a los médicos y luego continuar su hacer al realizar acompañamiento al familiar en el inicio del proceso de duelo y los trámites que continúan.

Por lo anterior al cuestionarse con su propia realidad, prefieren que el mensaje les fuera dicho en un lugar privado, no en los pasillos, directamente por el médico tratante, con términos coloquiales

que puedan entender lo que sucedió, que hayan actitudes de respeto frente a lo ocurrido, que se den las condolencias y en lo posible que pudiera estar en posición de sentados, pero también aterrizan el tema al decir que sería lo esperado , pero no siempre se puede dar debido a muchos factores, las personas logran identificar el rostro del médico y en medio de los pasillos lo interrogan y debe decirlo, no se toma el tiempo para dirigirse a un lugar privado y en otros casos la actitud del profesional no es carismática para tratar el tema.

### **Categoría - Necesidades de formación**

Sumado a lo anterior y durante todo el proceso se ratifica la necesidad de formación para los profesionales de medicina y enfermería de la clínica Corpas, tanto a nivel académico, profesional e institucional, en todo lo relacionado con el tema de la muerte y el proceso de duelo en los familiares de los pacientes afectados y en sus propias vidas.

Cabe resaltar algunas de las opiniones que respaldan la necesidad de formación en los temas en referencia, así como los criterios teóricos que la sustentan. Asumiendo la realidad como lo mencionan Cantero (2013) citado en VERdù (2002)” La inclusión de temas relacionados con la muerte y el manejo del duelo en la educación como un área de formación, en los diferentes niveles, es un tema álgido que se ha sido expuesto por varios autores y en diferentes épocas”.

Es para Cantero (p, 428), necesario educar para la muerte, lo que debe estar reflejado en los currículos, unidades didácticas, proyectos, entre otras, destacando una propuesta educativa que atienda las verdaderas necesidades de la humanidad.

Así mismo hay opiniones de los profesionales de la salud de la clínica Corpas, direccionadas a que “en el momento que se ingresa a la formación práctica y asistencial se le debe dar información de cómo manejar la muerte, el duelo, sus propias emociones y como dar malas

noticias y tengan una base de referencia que les permita ir ejecutando, herramientas que les brinden claridades para ser cada vez más fuertes frente a la situación sin dejar la parte humana que es vital en estos procesos, como tener cada vez más carácter y poder asumir esto sin tanto miedo”.

Es propio denotar como lo dice Sánchez (2002, p 16 – 17), que la gente ignora que los médicos, y en general los profesionales dedicados a atender enfermos, son demasiado ignorantes sobre el tema de la muerte y no saben cómo comportarnos frente a ella, así mismo no les es fácil comunicar la noticia a los familiares, preferirían que fuera otro profesional quien lo hiciera.

Algunos mencionan que si bien es cierta la necesidad de formación en aula, esta pierde el sentido si no está acompañada de valores, al igual que no es lo mismo recibir la información que ponerla en práctica en los momentos en que ocurra una situación de muerte de un paciente, porque como ser humanos y con la latencia de las etapas del duelo presente, pueden darse manifestaciones que anulen el conocimiento y se pierda la razón o que las emociones encontradas no den lugar a cumplir los protocolos que se estipulen para tal fin.

Otros refieren que falta capacitación al respecto, dado que es difícil asimilar y mucho más comunicar a los familiares del fallecido y esta debe darse en todo el personal de la institución, lo cual generaría una reflexión frente al tema de la muerte y por sobre todo el respeto al dolor del otro.

Otros validan el hecho que la información que poseen al respecto es muy somera y que ha sido adquirido por la propia experiencia más que por el compromiso de las instituciones y la academia por ofrecer formación en esta área, la cual sería de vital importancia en el ámbito de la salud y bien acogida en los procesos que se llevan en la UCI.

### **¡Ya se empezó!**

Se hizo referencia a que los profesionales saben que se está haciendo algo al respecto:

“La clínica como tal pienso que no está formada como tal, pero en una comunicación que hubo de atención al usuario se está trabajando en eso, se está trabajando precisamente en el duelo del paciente, en cómo realizar ese abordaje, no lo han establecido y este finalmente, pero si escuche precisamente a la doctora que estaba realizando ese proceso”.

Para finalizar es bueno concluir con la expresión de un participante quien afirma:

“Realmente la muerte de un paciente ya sea en cuidado crítico o en cualquier área es un momento de dolor y de duelo no solo para la familia sino también para nosotros el personal de salud, creo que a pesar de todo nunca vamos a estar preparados para asumir la muerte”.

### **Conclusiones**

A pesar de los avances en el campo de la medicina, ni el medico ni las enfermeras, que son los pilares en la atención de pacientes en la clínica, expresan que no han recibido los conocimientos necesarios, para afrontar de la mejor manera posible, el difícil momento emocional que se expresa en angustia, e incluso llanto, al presenciar la muerte de unos de sus pacientes, así se presente como un suceso inevitable por la edad del mismo y como una constante de su saber hacer.

Las emociones que acongojan al médico y a la enfermera, ante la muerte de un paciente lo afectan a corto o mediano plazo en su estado emocional, lo cual repercute en su estado de ánimo y en consecuencia que su desempeño laboral se afecte, lo que conlleva a que los otros usuarios que buscan atención sean quienes reciban esta actitud del profesional como una atención deshumanizada.

Los profesionales manifiestan que experimentan emociones de impotencia, angustia, frustración e incluso llanto, y que se afectan aún más cuando es la muerte de un niño, ya suelen relacionarlo con sus familiares y sienten temor por ellos.

Los programas de estudio, no imparten dentro de sus asignaturas, temas sobre la muerte, el duelo y mucho menos como aprender a enfrentar las propias emociones, las actitudes y mucho menos el comportamiento de los deudos que se afectan con la muerte de un paciente terminal y menos aun cuando ocurre de forma intempestiva o es la muerte de un menor.

En esta realidad, debido a las respuestas y al comportamiento del personal de salud al desempeñar un papel importante para el moribundo y el familiar, resulta importante capacitarlo en el campo de la tanatología, disciplina que permite comprender lo que sucede con las emociones propias y de aquellas que se encuentran en el entorno al vivenciar un fallecimiento, a la vez que nos permite conocer los cuidados que requiere un paciente terminal y como dar apoyo a la familia en el manejo del duelo y del personal de salud que los atiende, para así brindar un trato humanizado.

### **Recomendaciones**

Una vez realizados los análisis de la información recopilada y haber ratificado la necesidad de formación a los profesionales de la salud en contenidos relacionados con la muerte y el duelo, se recomienda no solo a la institución donde se realizó el estudio, sino también a aquellas que hacen parte del gremio de la salud y de la educación profesional en salud, implementar programas de aprendizaje reflexivo, teórico y práctico relacionados con las temáticas referentes a continuación, que dan respuesta al tercer objetivo de esta investigación:

## **Propuesta preliminar académica para el abordaje de los procesos de morir, la muerte y el duelo para profesionales de la salud.**

### **Justificación**

La falta de formación académica de los profesionales de la salud, para afrontar episodios de muerte en los servicios de salud donde desarrolla cotidianamente sus labores, lleva a que se crean falsas concepciones sobre su actitud, al momento de acontecer el deceso de un paciente , por ello se cree que no tienen sentimientos o como se suele expresa "son de piedra y por ello no sienten", pero la realidad es otra, no se sabe cómo manejar la situación en estos momentos y por ello se alejan de los familiares, evaden dar respuestas o las dan de forma brusca y seca, se levantan murallas para evitar el conflicto interior ante esta pérdida, ya que se ve como un fracaso la pérdida de una vida, pero no es así, la muerte es un proceso natural al cual cada ser humano en momento determinado debe llegar a pesar de los avances bio-tecnológicos por prolongar la existencia del ser humano en este planeta, aunado a ello la falta de capacitación en relación a cómo comunicar malas noticias, como afrontar la muerte, el morir, el manejo del duelo y los sentimientos propios llevan a que el profesional de salud sea catalogado de falto de sentimientos, profesionalismo y deshumanizado ante el dolor ajeno.

### **Objetivo general**

Realizar procesos de formación al equipo de salud de la clínica Juan N Corpas en el manejo de la Tanatología en pacientes y sus familiares en procesos de muerte y duelo, que incida en el fortaleciendo del manejo de las emociones para así brindar un trato humanizado.

### **Objetivos específicos**

Desarrollar proceso de formación en Tanatología con pacientes del alto riesgo.

Diseñar plan estratégico con el equipo de formación para la atención de pacientes y sus familias en procesos de muerte

### **Metodología**

Se utilizara un proceso metodológico integrado con uso de herramientas teóricas, visuales y vivenciales, que permitirán a los participantes construir una visión propia y colectiva del manejo del morir, la muerte, el duelo y las emociones propias, con la finalidad de obtener un producto final de enriqueciendo propio y profesional que repercutirá en su saber hacer ante situaciones de dolor en el ámbito hospitalario y personal.

### **Estructura del programa**

Unidad I. Introducción a la tanatología.

1. Antecedentes históricos
2. Aspectos sociales, culturales, psicológicos y filosóficos de la muerte
3. Actitudes hacia la muerte
4. Mitos y realidades sobre la muerte

Unidad II. El duelo

1. El duelo y sus etapas
2. La muerte en las distintas etapas del ciclo vital
3. Las pérdidas y el duelo
4. Sensibilización ante la muerte

### Unidad III El duelo y la familia

1. El duelo en la familia y como enfrentarlo
2. El duelo y el trabajo
3. La familia y las enfermedades crónicas y degenerativas
4. Intervenciones y soporte a las personas en duelo

### Unidad IV. La muerte en situaciones especiales. Como intervenir

1. La muerte acaecida por violencia
2. La muerte acaecida por accidentes
3. El suicidio

### Unidad V. La muerte y la legislación

1. Ética y eutanasia
2. Encarnizamiento terapéutico
3. Donación de órganos
4. Cuidados paliativos

### Unidad VI. Comunicación y duelo

1. Como comunicar malas noticias
2. Lenguaje verbal
3. Lenguaje no verbal

### Unidad VII. Profesional de la salud

1. Como afrontar de pérdidas de un paciente
2. Manejo de las emociones propias.
3. Equipos multidisciplinarios y el manejo del duelo y la muerte.

“La muerte es a la vez horrible y fascinante; por tanto no puede dejar a nadie indiferente. Horrible porque separa para siempre a los que se aman; porque el chantaje de la muerte es el instrumento privilegiado de todos los poderes; porque hace que nuestros cuerpos terminen por desintegrarse en una podredumbre innoble. Fascinante porque renueva a los vivos e inspira casi todas nuestras reflexiones y nuestras obras de arte, al tiempo que su estudio constituye un camino real para captar el espíritu de nuestra época y los recursos insospechados de nuestra imaginación. Puede decirse en verdad que, amar la vida y no amar la muerte significa no amar realmente la vida”.

Louis Vincent-

Thomas.

## Referencias

- Acosta, K., & Romero P, J. (2014). Cambios recientes en las principales causas de mortalidad en Colombia. (B. d. Republica, Ed.) *Economía Regional*(209), 1 - 53. Recuperado el 16 de septiembre de 2015, de [http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_209.pdf](http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_209.pdf)
- Alvarado Cortés, R. (2013). Duelo y alexitimia. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(2), 1 - 13.
- Alvarez Chicano, C. (2002). Las diferentes concepciones de la muerte en las principales culturas de la humanidad. *Bioética y derecho*, 9 - 40.
- Anónimo. (26 de Septiembre de 2015). *Demonología.net*. Obtenido de *Demonología.net*: <http://www.demonologia.net/dioses-de-la-muerte-parte2/>
- Anónimo. (21 de Octubre de 2015). *Demonología.net*. Obtenido de *Demonología.net*: <http://www.demonologia.net/dioses-de-la-muerte-parte1/>
- Aries, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. España: Tauros.

Barrera Ortiz, L., Carrillo, G. M., Chaparro Díaz, L., & Sánchez Barrera, B. (2014). *Cuidados de Enfermería en situaciones de enfermedad crónica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Basaluzzo Tamborini, S., González Gómez, D., Goya Ramos, P., Guerreño Díaz, M., Luna Cano, J. J., Madueño Cano, A., . . . Ruíz Extremera, A. (2011). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. Andalucía: Alsur, S.C.A.

Bonilla Merizalde, J. (2011). El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el servicio de oncología y hematología del hospital de especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador.

Burgos Velasco, J. M. (2013). *Antropología. una guía para la existencia*. Madrid.: La palabra.

Cantero García, M. F. (2013). La educación para la muerte. Un reto formativo para la sociedad actual. *Psicogente*, 16(30), 424 - 358.

Carmona Berrios, Z. E., & Bracho de Lopez, C. E. (Diciembre de 2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 2, 1-10.

Caycedo Bustos, M. L. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVII(2), 332-339.

CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades, O. (1999). *Libro de Casos de la CIE-10*. Madrid: Panamericana.

De la Herrán, A., & Cortina, M. (2009). La muerte y su enseñanza. *Diálogo Filosófico*, 499 - 516.

Di Nola, A. M. (2006). *La señora negra. Antropología de la muerte y el luto*. Barcelona: Belacqua.

Flórez, J. A. (1997). *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico*. Madrid: Azprensa.

Fonnegra de Jaramillo, I., & Jaramillo Fonnegra, L. (2015). *Los duelos en la vida*. Bogotá, Colombia: Penguin Random House.

Fonnegra Jaramillo, I. (1999). *De cara a la muerte*. Bogotá: Intermedio.

Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

García Hernández, A. (1991). Educación de enfermería para ayudar a morir con dignidad. *Enfermería Clínica*, 1(4), 120 - 122. Obtenido de <https://www.researchgate.net/publication/264976936>

García Hernández, A. (1991). Educación de enfermería para ayudar a morir con dignidad. *Enfermería Clínica*, 1(4), 209 - 224. Obtenido de <https://www.researchgate.net/publication/264976936>

Lengua, R. A. (2012). *Diccionario de la lengua española*. 22. España.

Martínez Torres, M. Y., Flores Bravo, M. C., Córdoba Ávila, M., Campos Castolo, M., Mirón García, J., & Aguirre Gas, H. (2010). Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un centro médico nacional. *Conamed*, 15(1), 4 - 14.

*Métodos de investigación avanzada*. (s.f.). Obtenido de [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/Met\\_Inves\\_Avan/Presentaciones/Cuestionario\\_\(trab\).pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Cuestionario_(trab).pdf)

MINSALUD. (2014). *Análisis de la situación de salud, Colombia 2013*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Montes de la Oca Lomeli, G. A. (10 de Abril de 2006). Historia de los cuidados paliativos. *Revista Digital Universitaria*, 7(5), 2 - 9. Obtenido de [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr\\_art23.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf)

Montes de la Oca Lomeli, G. A. (10 de Abril de 2006). Historia de los cuidados paliativos. *Revista Digital Universitaria*, 7(4), 1 - 9. Obtenido de [http://www.revista.unam.mx/index\\_abr06.html](http://www.revista.unam.mx/index_abr06.html)

Mora García, J. P. (Julio de 2003). La muerte como imaginario social: una mirada de la modernidad a la postmodernidad cultural. (U. d. Andes, Ed.) *Dikaiosyne*, 6(11), 75 - 84.

Morín, E. (2003). *El hombre y la muerte*. Barcelona : Kairos S.A.

Nájera Coronado, M. I. (10 de Julio de 2004). Del mito al ritual. *Revista Digital universitaria*, 5(6). Obtenido de <http://www.filologicas.unam.mx/cem/plantac/NajeraCMartha/NajeraCMartha.htm>

O'Callaghan, P. (2009). *La muerte y la inmortalidad*. Italia: Philosophica: Enciclopedia filosófica on line. doi:[https://dx.doi.org/10.17421/2035\\_8326\\_2009\\_POC\\_1-1](https://dx.doi.org/10.17421/2035_8326_2009_POC_1-1)

O'Connor, N. (2014). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México: Trillas.

Orellana Vilchez, I. (1999). *Pedagogía para el dolor*. Madrid: La palabra.

Ortegó, M. d., López, S., Álvarez, M. L., & Aparicio, M. (2001). El duelo. *Ciencias Sicosociales II*. Cantabria, España.

Palencia Avila, M. (2012). *Calidad de la atención al final de la vida*. México: Trillas.

Paliativos, S. E. (s.f.). *Sociedad Española de Cuidados Paliativos - SECPAL*. Recuperado el 03 de Marzo de 2015, de <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>

Parra Roza, O. (2015). La bioética, la muerte y la ficción. *Revista Latinoamericana de Bioética*, XV(2), 108 - 119.

Payán G, C. (Marzo de 2012). Comunicar malas noticias:Una tarea difícil pero necesaria. *Ciruped, II(1)*, 34 - 39.

Perusquia, M. d. (2004). Tanatología y enfermería, aspectos éticos, sociales y psicologicos. En G. García Colorado, *Tanatología, aspectos sociales,éticos y legislación*. (pág. 105). México.

Psiquiatría, A. A. (1995). *DSM-V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A.

Rodríguez López, C. (2011). El duelo. Cuidados enfermeros en el duelo hospitalario. Cantabria, España.

Sampieri, H. (2010). *Metodología de la investigación*.

Sánchez Torres, F. (2002). Tanatología. Presentación del tema. En F. Sánhez Torres, *Acrcra de la muerte. Curso de Tanatología* (págs. 9 - 18). Bogotá, Colombia: Giro Editores Ltda.

Sanz Ortiz, J. (1997). La comunicación al final de la vida. En *Libro de Oncología* (págs. 155 - 164). España. Recuperado el 02 de Agosto de 2015, de [http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/la\\_comunicacion\\_al\\_final\\_de\\_la\\_vida.pdf](http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/la_comunicacion_al_final_de_la_vida.pdf)

Saunders, C. (2002). *Velad conmigo*. Houston: Taller Gráficos Soler.

Saunders, C. (2011). *Velas conmigo*. Houston: Tallers Gráficos Soler.

Secpal. (s.f.). *Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*. Recuperado el 03 de marzo de 2015, de <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>

Toro González, G. (2002). La muerte.Vision bioantrológica. En F. Sánchez Torres, *Acercac de la muerte.Curso de Tanatología*. Bogotá: Giro Editores Ltda.

UMNG. (Octubre de 2016). *Universidad Militar Nueva Granada*. Obtenido de <http://www.umng.edu.co/lineas-de-investigacion>

Uribe Rodriguez, A., Valderrama Orbegozo, L., & Lopez, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(6), 109 - 120.

Vértice, E. (2011). *El duelo*. Madrid: Vértice.

Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidos.

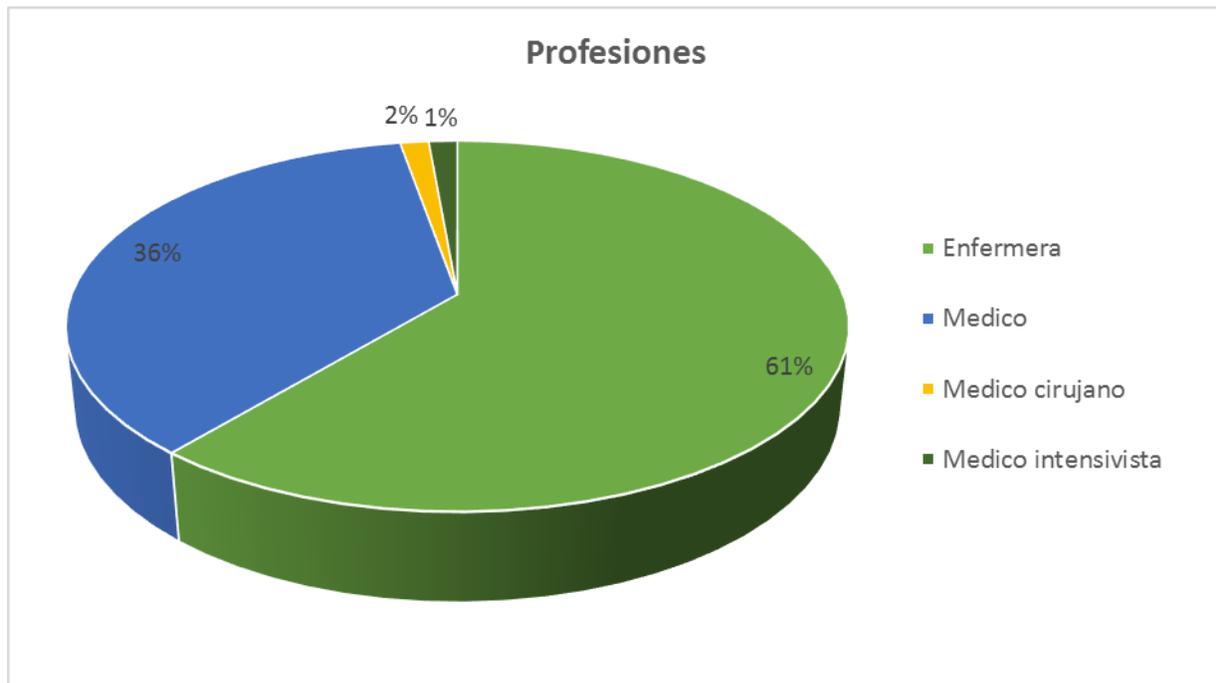
## Anexos

### Anexo No. 1. Datos Estadísticos

Tabla 3. Profesiones

Profesión	
Enfermera	44
Médico	26
Médico cirujano	1
Médico intensivista	1
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 1. Profesiones



De los 72 profesionales encuestados 61% son enfermeras y un 29% son médicos, de ellos el 2% son especialistas

Tabla 4. Tiempo ejerciendo la profesión

Tiempo ejerciendo la profesión	
De 1 a 5 años	16
De 6 a 10 años	17
De 11 a 15 años	10
De 16 a 20 años	16
De 21 a 25 años	5
De 26 a 30 años	8
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 2. Tiempo ejerciendo la profesión

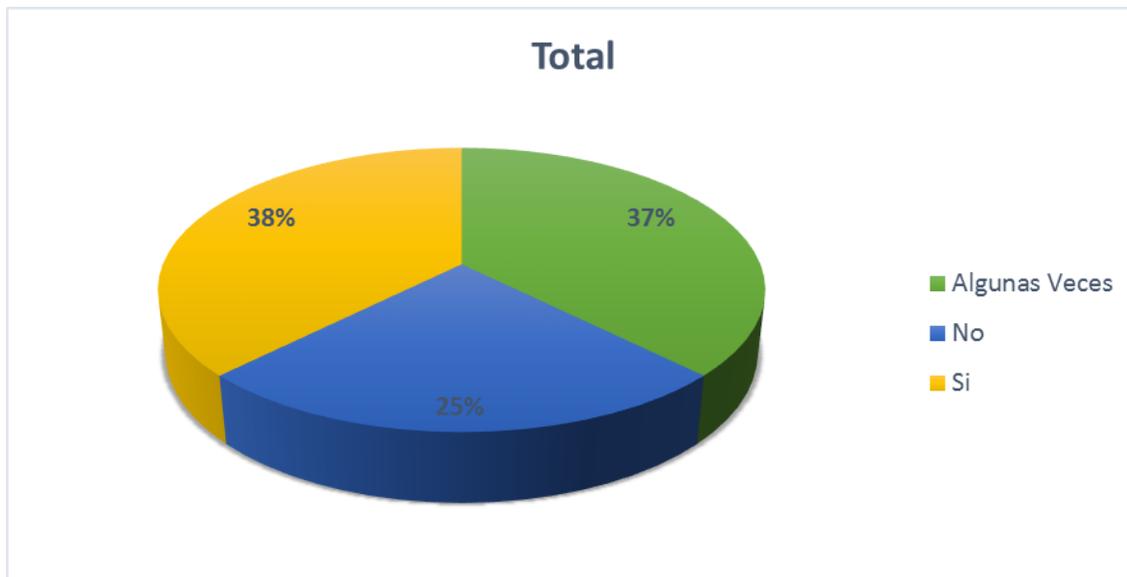


El tiempo de ejercicio de los profesionales comprendido entre 1 año y 5 años es de un 22% de los profesionales, entre el 6 y 10 años por un 24%, entre 11 a 15 años por el 14%, entre los 16 y 20 años un 22%, entre los 21 y los 25 años por un 7% y un 11% entre los 26 y 30 años de ejercicio profesional.

Tabla 5. ¿La idea de la muerte le causa inquietud?

¿La idea de la muerte le causa inquietud?	
Algunas Veces	27
No	18
Si	27
Total general	72

Ilustración 3. ¿La idea de la muerte le causa inquietud?



Para los profesionales de la salud encuestados la idea de la muerte les ha inquietado a un 38% si les ha causado inquietud, lo mismo ocurre a otro 38% que les ha causado algunas veces inquietud, pero a un 25%, no les ha causado ningún sentimiento de inquietud

Tabla 6. ¿Cómo concibe la muerte de uno de sus pacientes?

¿Cómo concibe la muerte de uno de sus pacientes?	
Como el final del sufrimiento del paciente	20
Como un fracaso y siente frustración	6
Como un proceso natural	42
Con ansiedad	4
Total general	<b>72</b>

Ilustración 4. ¿Cómo concibe la muerte de uno de sus pacientes?

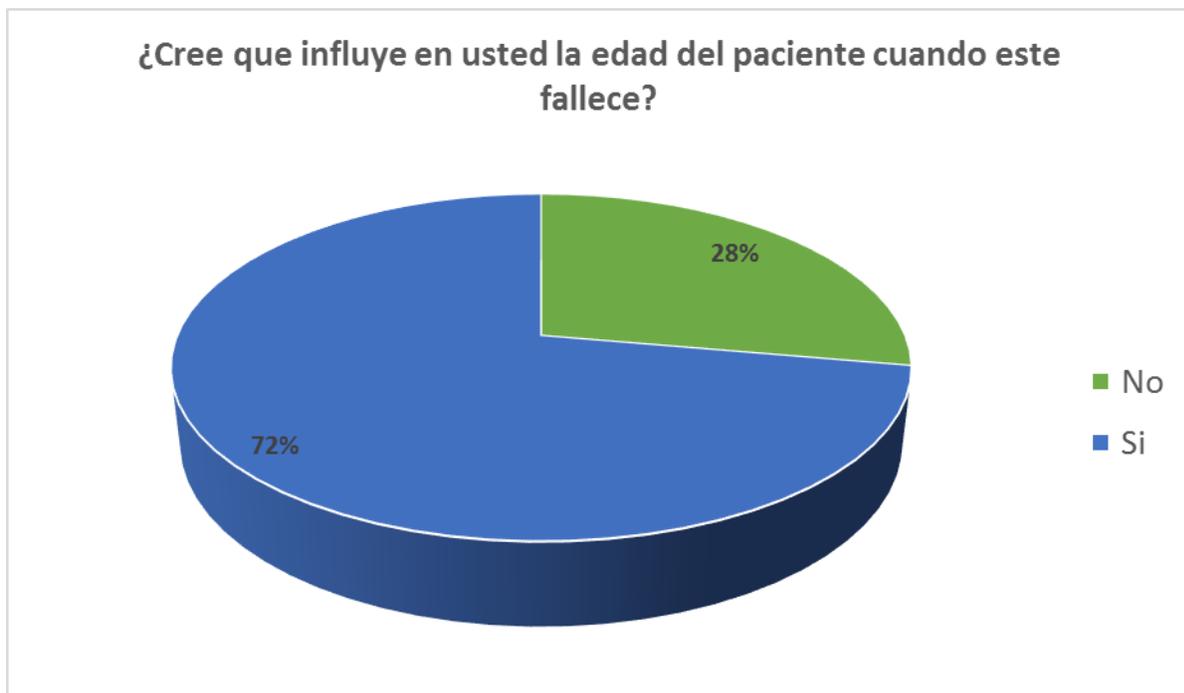


Para el 58% de los encuestados la muerte es un proceso natural, para el 28% como un fracaso que causa frustración al profesional, el 8% lo percibe como un fracaso y le causa desilusión la muerte de sus pacientes, y el 4% lo ve con un sentimiento de ansiedad ante esa pérdida.

Tabla 7. ¿Cree que influye en usted la edad del paciente cuando este fallece?

¿Cree que influye en usted la edad del paciente cuando este fallece?	
No	20
Si	52
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 5. ¿Cree que influye en usted la edad del paciente cuando este fallece?

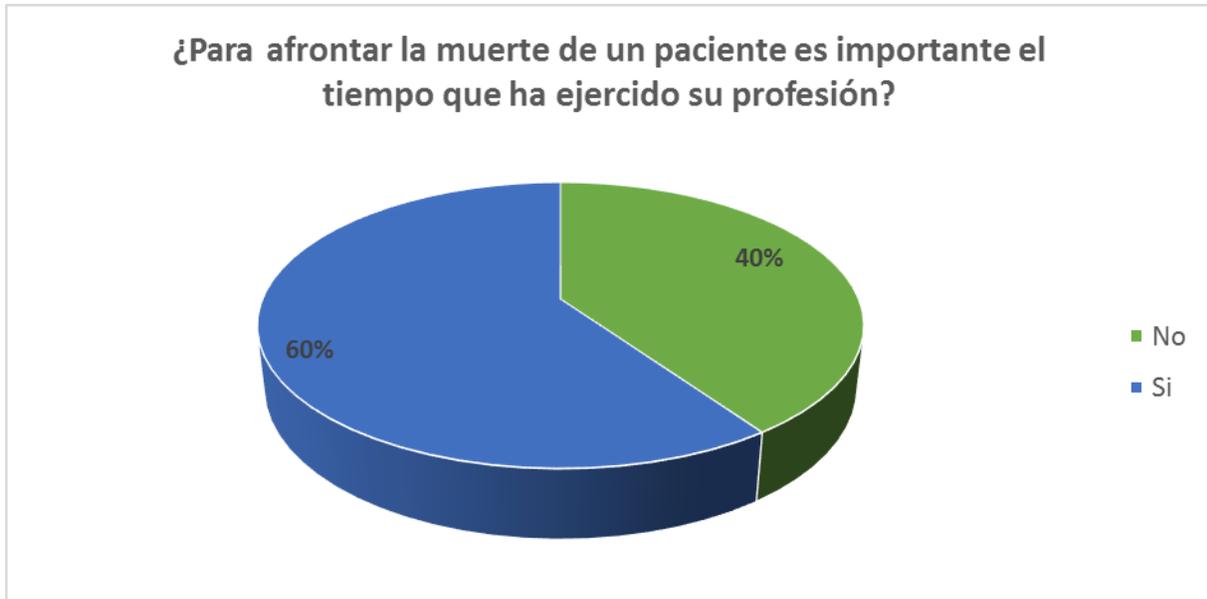


Para el 72% de los profesionales si influye en ellos la edad del paciente que ha fallecido, pero el 28% de los profesionales no lo consideran así.

*Tabla 8. ¿Para afrontar la muerte de un paciente es importante el tiempo que ha ejercido su profesión?*

<b>¿Para afrontar la muerte de un paciente es importante el tiempo que ha ejercido su profesión?</b>	
No	29
Si	43
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 6. ¿Para afrontar la muerte de un paciente es importante el tiempo que ha ejercido su profesión?



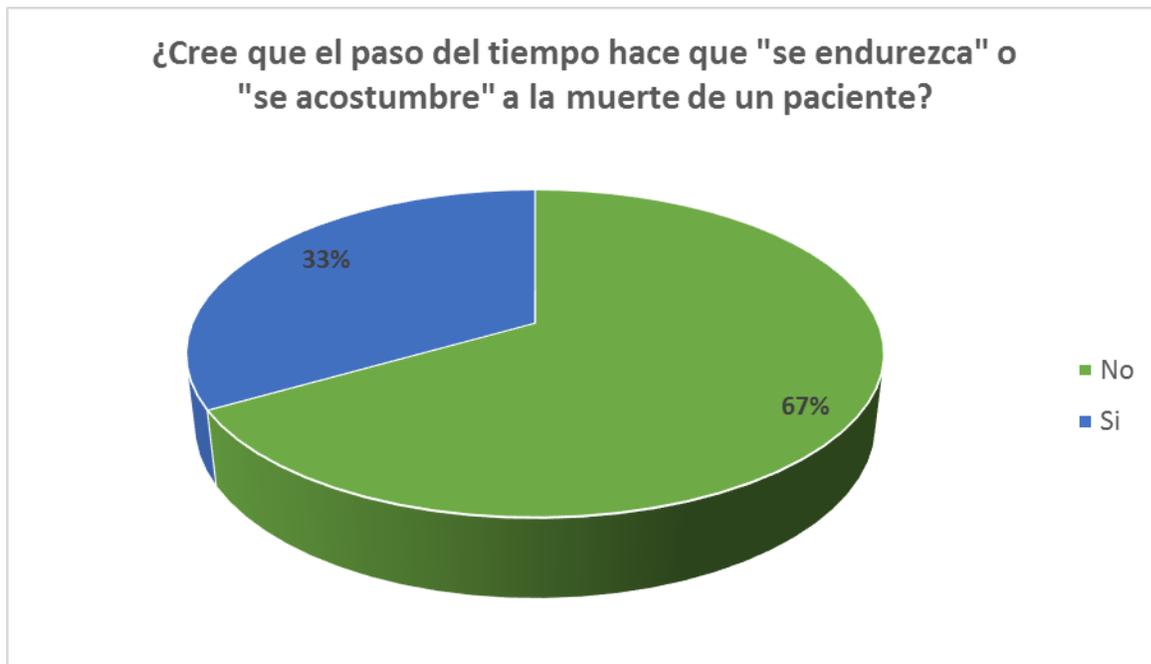
Para afrontar la muerte de un paciente el 60% de los profesionales, considera que es importante el tiempo que han ejercido, para un 40% no influye el tiempo de ejercicio profesional.

Tabla 9. ¿Cree que el paso del tiempo hace que "se endurezca" o se "acostumbre" a la muerte de un paciente?

¿Cree que el paso del tiempo hace que "se endurezca" o se "acostumbre" a la muerte de un paciente?	
No	48

Si	24
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 7. ¿Cree que el paso del tiempo hace que "se endurezca" o "se acostumbre" a la muerte de un paciente?

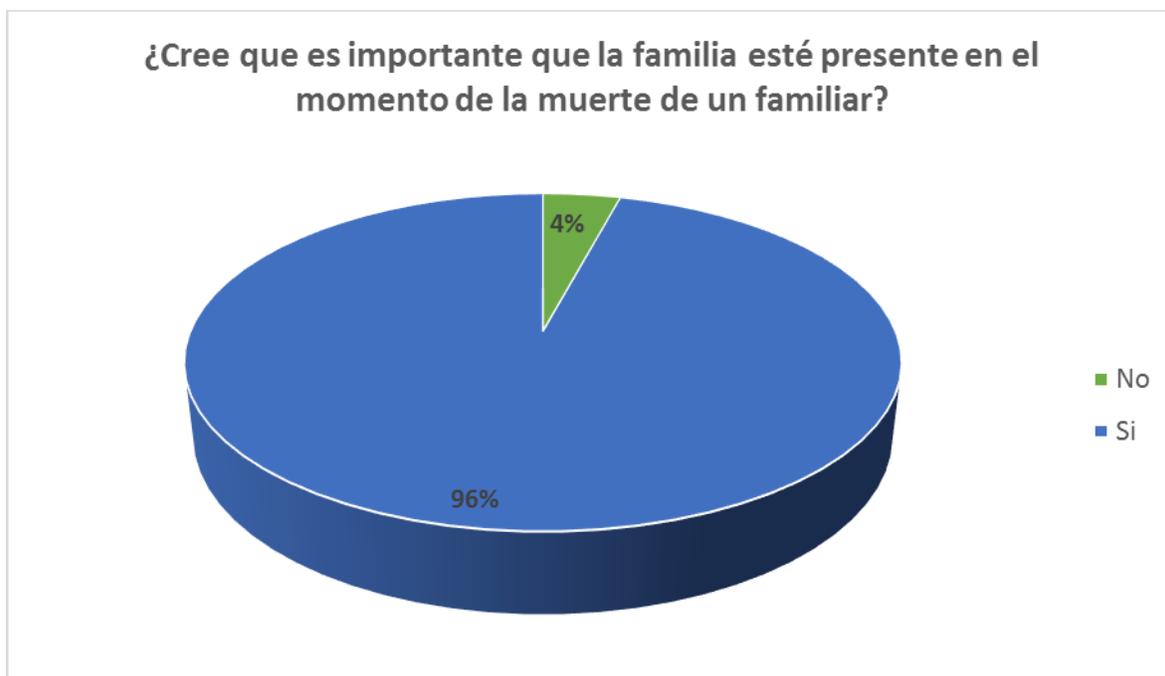


El 67% de los profesionales encuestados, consideran que mientras más tiempo lleven ejerciendo la profesión se acostumbran a la muerte o se endurecen frente a ella, un 33% considera que no se han acostumbrado o endurecido ante este suceso.

Tabla 10. ¿Cree que es importante que la familia esté presente en el momento de la muerte de un familiar?

¿Cree que es importante que la familia esté presente en el momento de la muerte de un familiar?	
No	3
Si	69
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 8. ¿Cree que es importante que la familia esté presente en el momento de la muerte de un familiar?

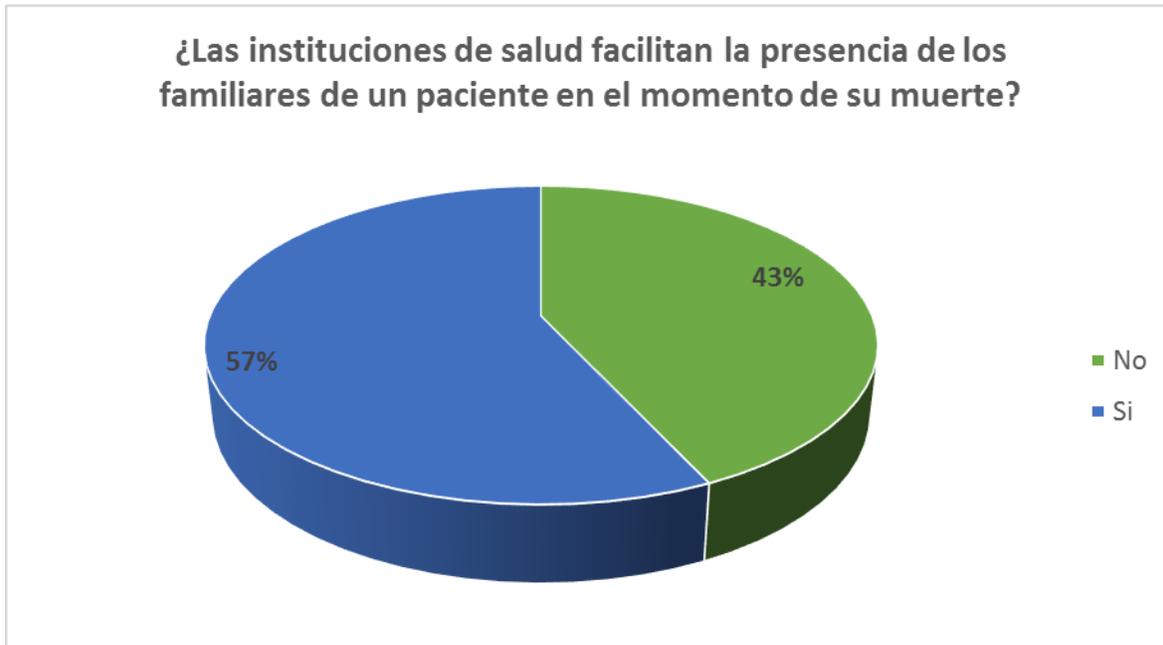


Para el 96% de los profesionales consideran que es importante que los familiares estén con el paciente en el momento que este fallece, un 4% consideran que no deben de estar presentes cuando este fallece.

Tabla 11. ¿Las instituciones de salud facilitan la presencia de los familiares de un paciente en el momento de su muerte?

¿Las instituciones de salud facilitan la presencia de los familiares de un paciente en el momento de su muerte?	
No	31
Si	41
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 9. ¿Las instituciones de salud facilitan la presencia de los familiares de un paciente en el momento de su muerte?

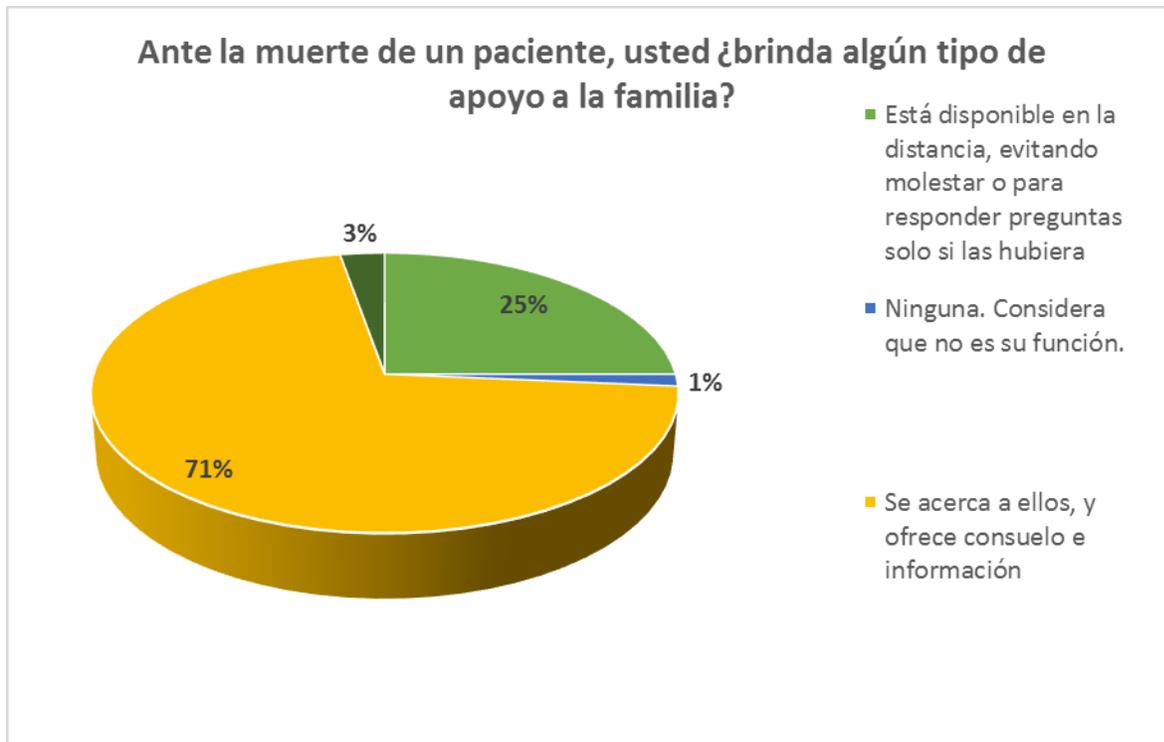


De acuerdo con la experiencia de los profesionales encuestados, en el 57% las instituciones facilitan el permanecer de los familiares de los pacientes cuando este está falleciendo, un 43% no permiten este acceso a los familiares.

Tabla 12. Ante la muerte de un paciente, usted ¿brinda algún tipo de apoyo a la familia?

<b>Ante la muerte de un paciente, usted ¿brinda algún tipo de apoyo a la familia?</b>	
Está disponible en la distancia, evitando molestar o para responder preguntas solo si las hubiera	18
Ninguna. Considera que no es su función.	1
Se acerca a ellos, y ofrece consuelo e información	51
Se aleja dejándolos solos	2
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 10. Ante la muerte de un paciente, usted ¿brinda algún tipo de apoyo a la familia?



Ante la muerte de un paciente el 71% profesional de la salud, se acerca a los deudos a ofrecer consuelo e información que este requiera, el 25% no se acerca pero está disponible si es requerido, el 3% se alejan dejando solos a los dolientes y un 1% considera que no es su función brindar ningún apoyo.

Tabla 13. ¿Cree que es función de otros profesionales dar apoyo a los familiares de los pacientes fallecidos?

¿Cree que es función de otros profesionales dar apoyo a los familiares de los pacientes fallecidos?	
No	31
Si	41
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 11. ¿Cree que es función de otros profesionales dar apoyo a los familiares de los pacientes fallecidos?

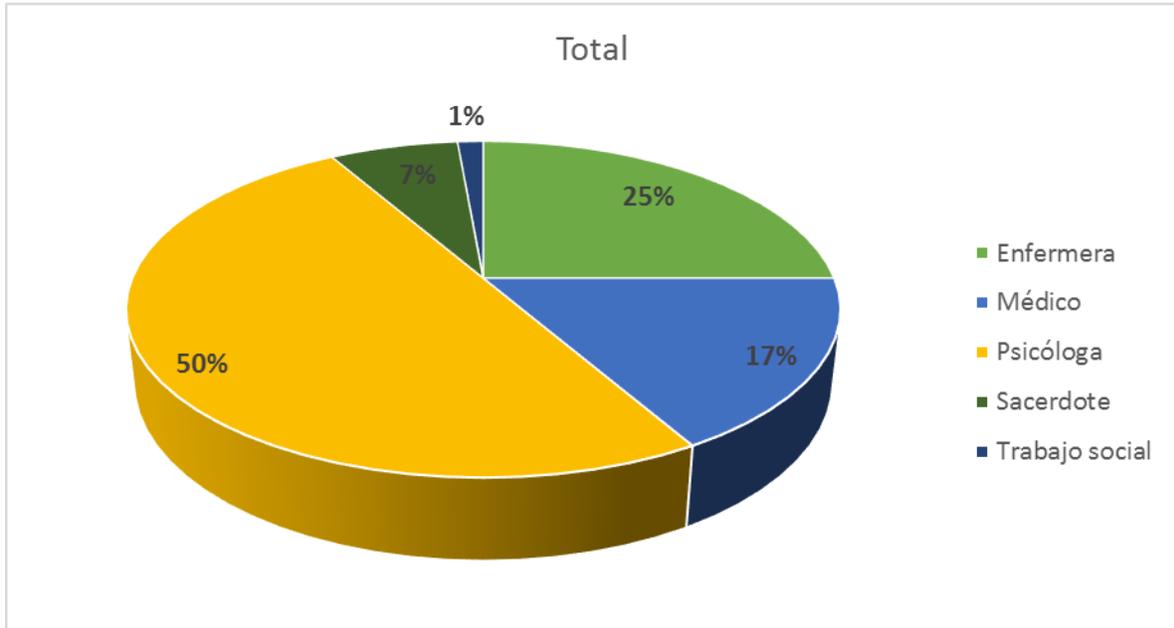


Ante la muerte de un paciente, el 57% profesionales que atienden al paciente consideran que no su función dar apoyo a los profesionales que este debe ser brindado por otros profesionales del equipo de salud, el 43% de ellos considera que si es su función dar apoyo a los familiares en este momento de dolor y perdida.

Tabla 14. ¿Qué profesional desempeña la función de ofrecer apoyo y orientación a los familiares de los pacientes preagónicos en las instituciones de salud?

<b>¿Qué profesional desempeña la función de ofrecer apoyo y orientación a los familiares de los pacientes preagónicos en las instituciones de salud?</b>	
Enfermera	18
Médico	12
Psicóloga	36
Sacerdote	5
Trabajo social	1
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 12. ¿Qué profesional desempeña la función de ofrecer apoyo y orientación a los familiares de los pacientes preagónicos en las instituciones de salud?

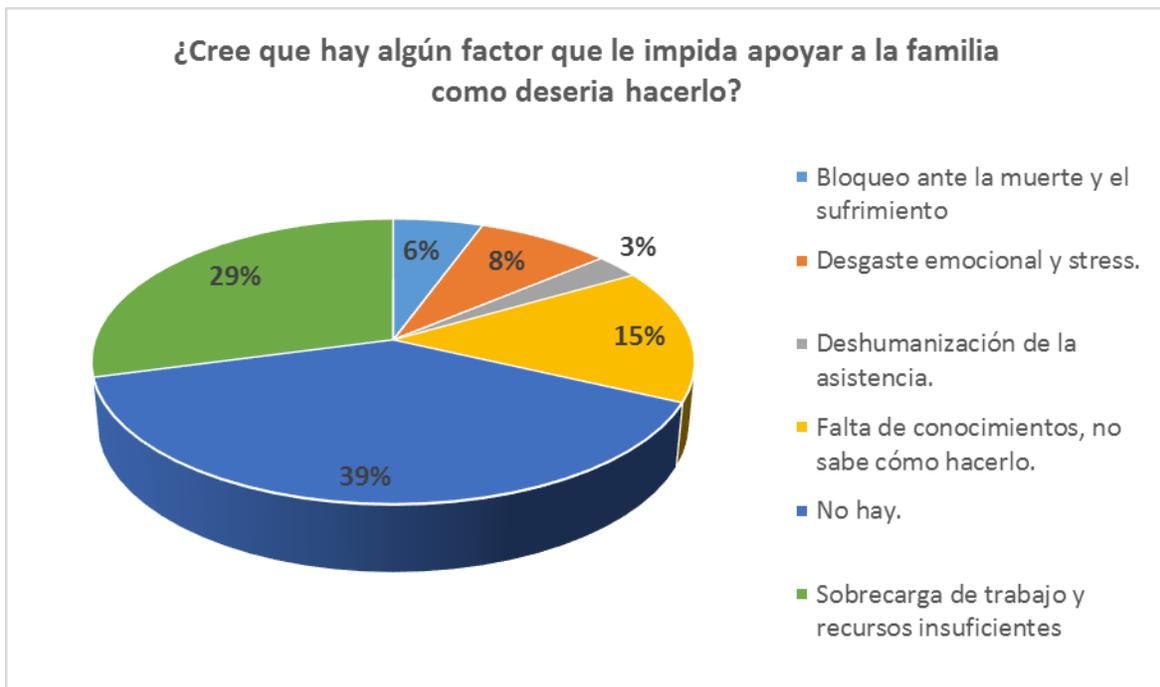


El 50% de los profesionales encuestados consideran que es la psicóloga quien debe dar apoyo a los familiares de pacientes preagónicos, el 25% expresa que la enfermera, el 12% el médico tratante, el 5% un sacerdote y el 1% una trabajadora social.

Tabla 15. ¿Cree que hay algún factor que le impida apoyar a la familia como desearía hacerlo?

¿Cree que hay algún factor que le impida apoyar a la familia como desearía hacerlo?	
Bloqueo ante la muerte y el sufrimiento	4
Desgaste emocional y stress.	6
Deshumanización de la asistencia.	2
Falta de conocimientos, no sabe cómo hacerlo.	11
No hay.	28
Sobrecarga de trabajo y recursos insuficientes	21
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 13. ¿Cree que hay algún factor que le impida apoyar a la familia como desearía hacerlo?



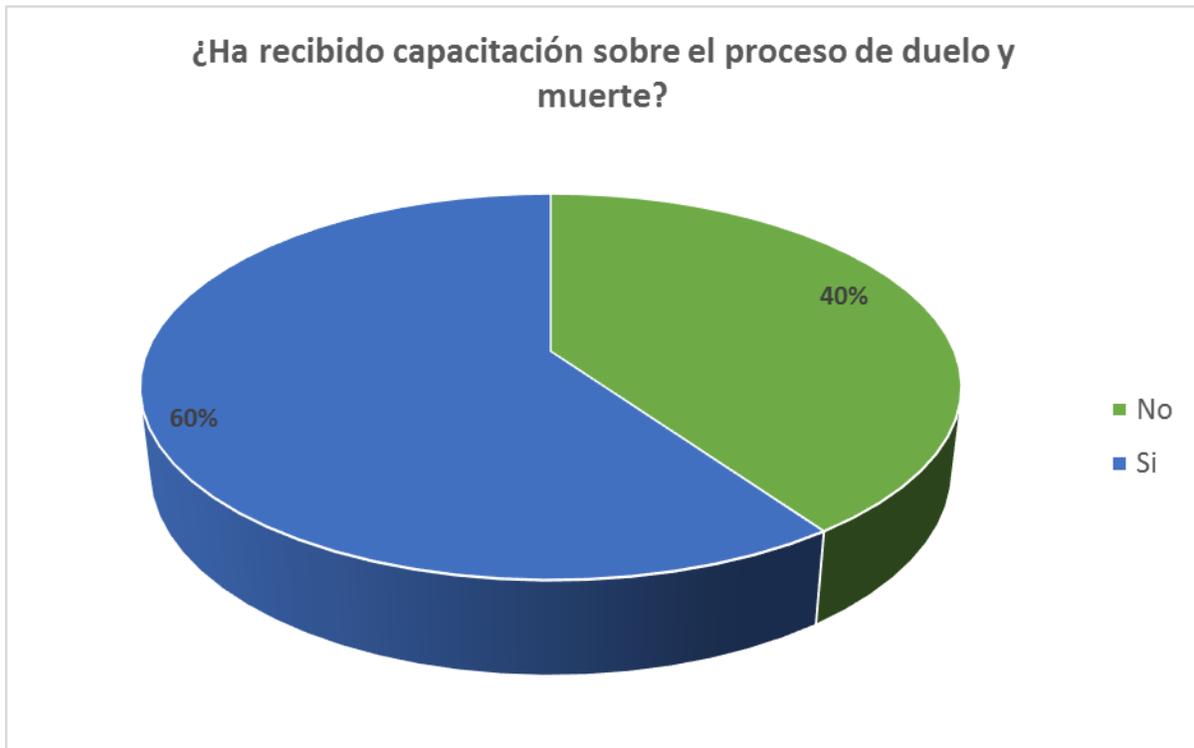
El 28% de los encuestados, consideran que no hay ningún factor que les impida dar apoyo a los familiares, el 29% expresa que la sobrecarga laboral y la insuficiencia de recursos no les permiten brindar apoyo a familiares, el 15% no sabe cómo brindarlo, el 8% aduce desgaste emocional y stress como impedimento para brindar apoyo, el 6% manifiesta que se bloquean ante la muerte y el sufrimiento por ello no lo brindan, el 3% menciona que se debe a la deshumanización de la atención en salud.

Tabla 16. ¿Ha recibido capacitación relacionada sobre el proceso de duelo y muerte?

¿Ha recibido capacitación relacionada sobre el proceso de duelo y muerte?	
No	29
Si	43

<b>Total general</b>	<b>72</b>
----------------------	-----------

Ilustración 14. ¿Ha recibido capacitación sobre el proceso de duelo y muerte?

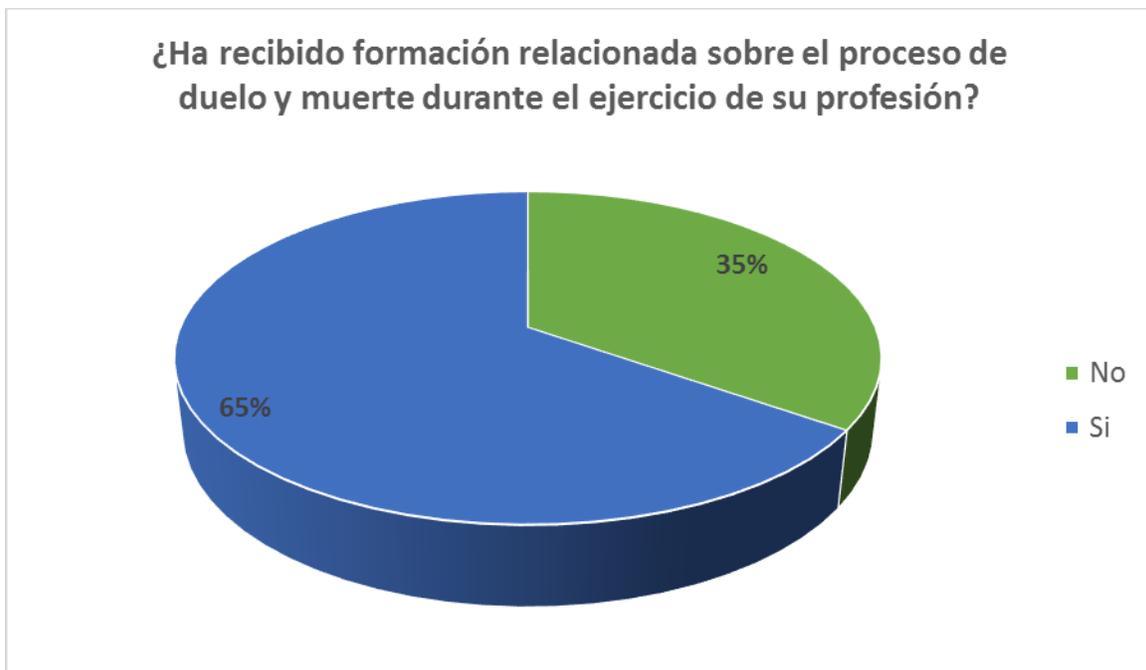


El 60% de los profesionales encuestados refiere haber recibido capacitación sobre el proceso del duelo y la muerte, el 40% no ha recibido capacitación sobre el tema.

Tabla 17. ¿Ha recibido formación relacionada sobre el proceso de duelo y muerte durante el ejercicio de su profesión?

¿Ha recibido formación relacionada sobre el proceso de duelo y muerte durante el ejercicio de su profesión?	
No	25
Si	47
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 15. ¿Ha recibido formación relacionada sobre el proceso de duelo y muerte durante el ejercicio de su profesión?

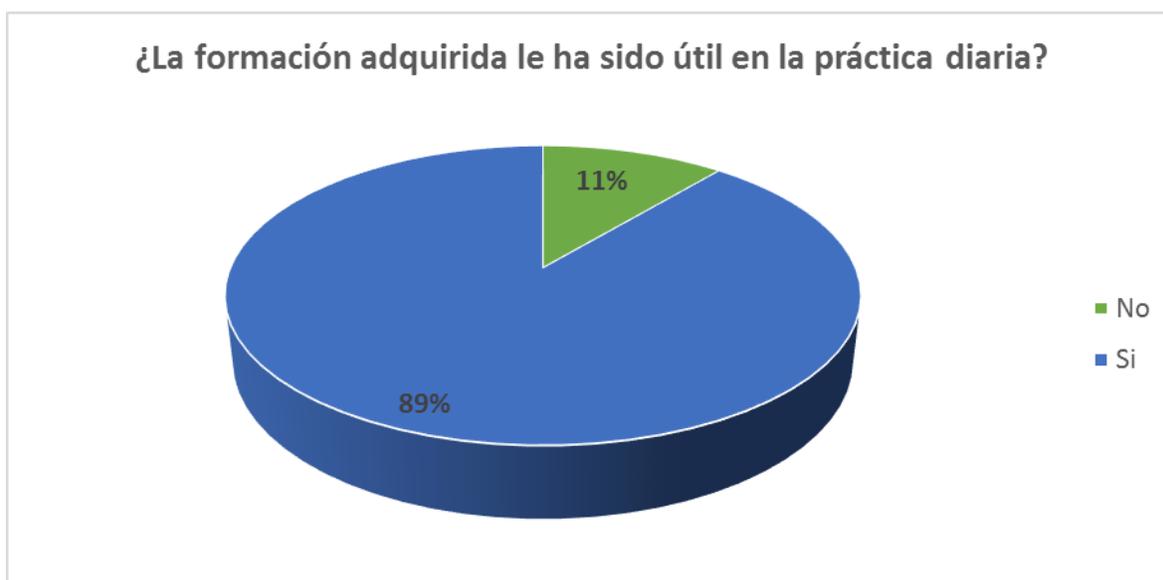


Durante el transcurso de la vida profesional el 65% de los encuestados ha recibido educación sobre el proceso de duelo y muerte, un 35% no ha recibido capacitación.

Tabla 18. ¿La formación adquirida le ha sido útil en la práctica diaria?

¿La formación adquirida le ha sido útil en la práctica diaria?	
No	8
Si	64
<b>Total general</b>	<b>72</b>

Ilustración 16. ¿La formación adquirida le ha sido útil en la práctica diaria?

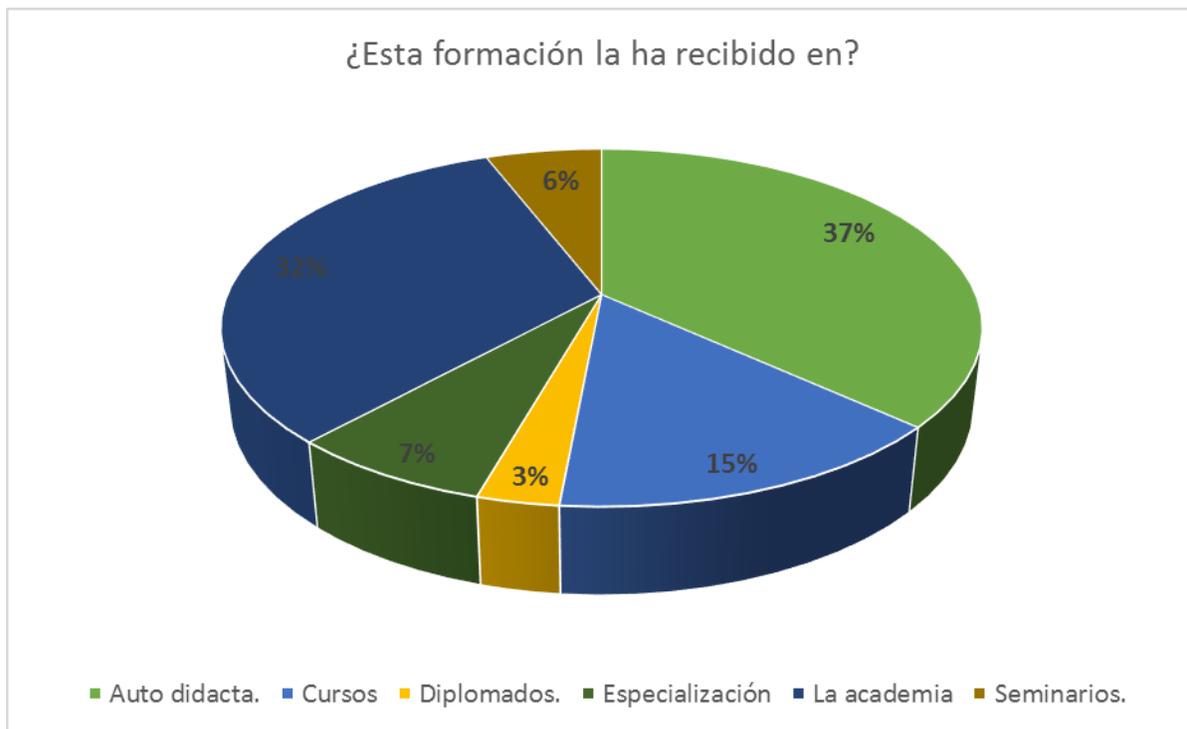


El 89% de los profesionales que han recibido formación sobre el tema consideran que le ha sido útil en su práctica diaria, el 11% expresan lo contrario.

Tabla 19. ¿Esta formación la ha recibido en?

¿Esta formación la ha recibido en?	
Auto didacta.	25
Cursos	10
Diplomados.	2
Especialización	5
La academia	22
Seminarios.	4
<b>Total general</b>	<b>68</b>

Ilustración 17. ¿Esta formación la ha recibido en?

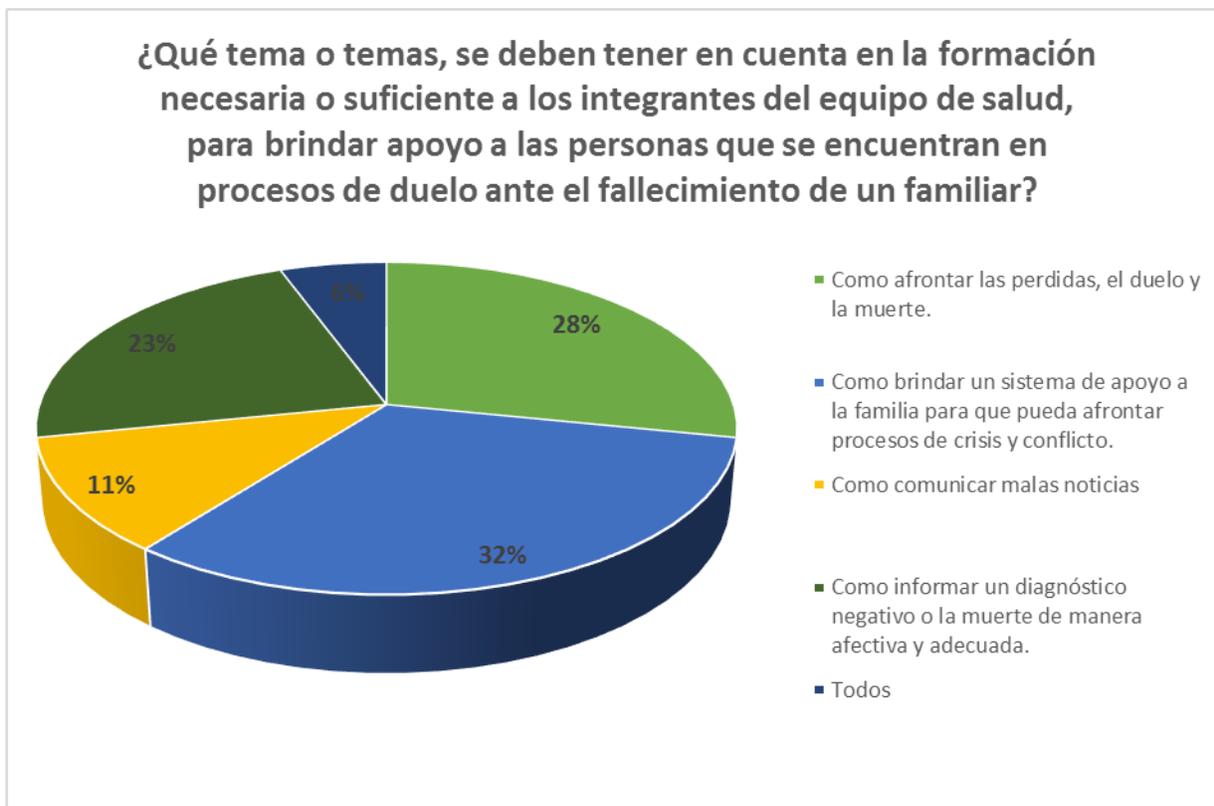


La formación que recibió el 37% fue autodidáctica, el 32% la recibió durante la formación académica, un 15% por cursos, el 7% se ha especializado, un 6% ha asistido a seminarios y un 3% asistió a diplomados.

<b>¿Qué tema o temas, se deben tener en cuenta en la formación necesaria o suficiente a los integrantes del equipo de salud, para brindar apoyo a las personas que se encuentran en procesos de duelo ante el fallecimiento de un familiar?</b>	
Como afrontar las pérdidas, el duelo y la muerte.	20
Como brindar un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar procesos de crisis y conflicto.	23
Como comunicar malas noticias	8
Como informar un diagnóstico negativo o la muerte de manera afectiva y adecuada.	16
Todos	4
<b>Total general</b>	<b>71</b>

*Tabla 8. ¿Qué tema o temas, se deben tener en cuenta en la formación necesaria o suficiente a los integrantes del equipo de salud, para brindar apoyo a las personas que se encuentran en procesos de duelo ante el fallecimiento de un familiar?*

*Ilustración 18. ¿Qué tema o temas, se deben tener en cuenta en la formación necesaria o suficiente a los integrantes del equipo de salud, para brindar apoyo a las personas que se encuentran en procesos de duelo ante el fallecimiento de un familiar?*



El 32% de los profesionales consideran que se debe capacitar a los integrantes del equipo de salud en un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar procesos de crisis y conflicto, el 28%, como afrontar las perdidas, el duelo y la muerte, el 23% como informar un diagnóstico negativo o la muerte, el 11% como comunicar malas noticias y el 6% consideran que se debe capacitar a todos los integrantes del equipo de salud en todos los temas anteriores.

*Tabla 9. Pensando en la necesidad e importancia de la formación del profesional de la salud en el momento relacionado con la muerte, el duelo, la agonía y el acompañamiento inicial para los familiares del fallecido ¿Cuál de las siguientes opciones recomendaría*

<b>Pensando en la necesidad e importancia de la formación del profesional de la salud en el momento relacionado con la muerte, el duelo, la agonía y el acompañamiento inicial para los familiares del fallecido ¿Cuál de las siguientes opciones recomendaría?</b>	
Asignatura(s) dentro del plan curricular del pregrado	21
Diplomado	2
Dos o más de las anteriores	28
Seminarios	21
<b>Total general</b>	<b>72</b>

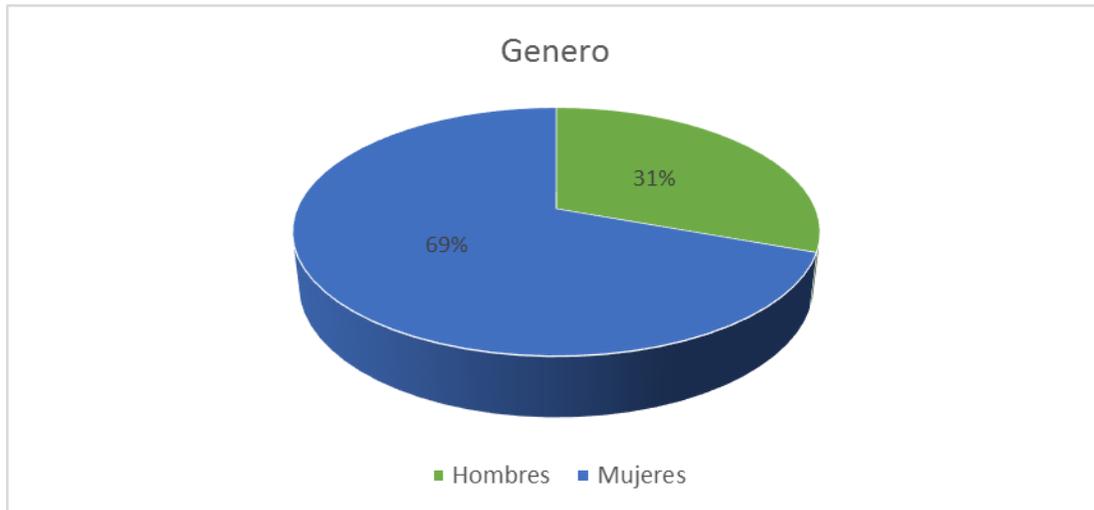
*Ilustración 19. Pensando en la necesidad e importancia de la formación del profesional de la salud en el momento relacionado con la muerte, el duelo, la agonía y el acompañamiento inicial para los familiares del fallecido ¿Cuál de las siguientes opciones recomendaría*



En relación con la formación en temas de duelo y muerte de los profesionales, el 29% consideran que se debe recibir con una asignatura de los planes curriculares y/o en seminarios, el 3% en diplomados y el 39% considera que debe cursar en dos o más de las opciones brindadas.

Genero de los participantes	
Hombres	22

Mujeres	50
Total	72



La encuesta cuenta con la participación de 69% de mujeres y un 31% de hombres.

## **Anexo No. 2. Instrumento de recolección de información**

No\_\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_\_

Sexo: Mujer\_\_\_\_\_ Hombre\_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Tiempo ejerciendo la profesión\_\_\_\_\_

1. ¿La idea de la muerte le causa inquietud?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo concibe la muerte de uno de sus pacientes?

- a. Como un proceso natural
- b. Como el final del sufrimiento del paciente
- c. Con ansiedad
- d. Como un fracaso y siente frustración
- e. Con rabia

3. ¿Cree que influye en usted la edad del paciente cuando este fallece?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

4. ¿Para afrontar la muerte de un paciente es importante el tiempo que ha ejercido su profesión?

SI\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

5. ¿Cree que el paso del tiempo hace que “se endurezca” o se “acostumbre” a la muerte del paciente?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

6. ¿Cree que es importante que la familia esté presente en el momento de la muerte de un familiar?  
Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
7. ¿Si las instituciones de salud facilitan la presencia de los familiares de un paciente en el momento de su muerte?  
Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
8. ¿Ante la muerte de un paciente, usted brinda algún tipo de apoyo a la familia?
- Se acerca a ellos, y ofrece consuelo e información
  - Está disponible en la distancia, evitando molestar o para responder preguntas solo si las hubiera
  - Se aleja dejándolos solos
  - Ninguna. Considera que no es su función
9. ¿Cree que es función de otros profesionales dar apoyo a los familiares de los pacientes fallecidos?  
Si \_\_\_\_\_ No-\_\_\_\_\_
10. ¿Qué profesional desempeña la función de ofrecer apoyo y orientación a los familiares de los pacientes preagónicos en las instituciones de salud?
- Psicóloga
  - Enfermera
  - Médico
  - Trabajo social
  - Sacerdote
11. ¿Cree que hay algún factor que le impida, apoyar a la familia como desearía hacerlo?

- a. Falta de conocimientos, no sabe cómo hacerlo
- b. Bloqueo ante la muerte y el sufrimiento
- c. Desgaste emocional y stress
- d. Sobrecarga de trabajo y recursos insuficientes
- e. Deshumanización de la asistencia
- f. No los hay

### Formación

12. ¿Ha recibido capacitación relacionada sobre el proceso de duelo y muerte en su formación académica?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

13. ¿Ha recibido formación relacionada sobre el proceso de duelo y muerte durante el ejercicio de su profesión?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

14. ¿La formación adquirida le ha sido útil en la práctica diaria?

SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es SI, en algunas de las anteriores preguntas, por favor responda el siguiente ítem.

15. Esta formación la ha recibido en:

- a. La academia
- b. Cursos
- c. Seminarios
- d. Diplomados
- e. Especialización
- f. Auto didacta.

16. ¿Qué tema o temas se deben tener en cuenta en la formación necesaria o suficiente a los integrantes del equipo de salud, para brindar apoyo a las personas que se encuentran en procesos de duelo ante el fallecimiento de un familiar? Indique solo un ítem.
- Cómo afrontar las pérdidas, el duelo y la muerte
  - Cómo comunicar malas noticias
  - Cómo informar un diagnóstico negativo o la muerte de manera efectiva y adecuada
  - Cómo brindar un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar procesos de crisis y conflicto.
17. Pensando en la necesidad e importancia de la formación del profesional de la salud en el momento relacionado con la muerte, el duelo, la agonía y el acompañamiento inicial para los familiares del fallecido. ¿Cuál de las siguientes opciones recomendaría y/o asumiría?
- Seminarios
  - Diplomado
  - Especialización y maestría
  - Asignatura(s) dentro del plan curricular del pregrado
  - Dos o ms de las anteriores
  - Otra \_\_\_\_\_

### **Anexo No. 3. Formato declaración de voluntario**

#### **Declaración del voluntario**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con C.C. \_\_\_\_\_

de nacionalidad \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, siendo mayor de 18 años, en uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio, declaro mediante la presente:

Haber sido informada/o de manera oportuna, clara y sencilla por parte de la Enfermera-Investigadora Nubia Sánchez, de todos los aspectos relacionados con el proyecto de investigación denominado: “*Educación en el duelo y la muerte: una asignatura pendiente*”.

1. Tener conocimiento claro de que el objetivo fundamental del trabajo antes señalado es:  
Comprender las actitudes que visualizan los profesionales de salud, como respuesta al fallecimiento de un paciente y el duelo posterior con el fin de generar una propuesta educativa articulada con el contexto laboral real.
2. Haber sido informado de que mi contribución en el proyecto consiste en participar en una entrevista en profundidad dando la información requerida por la investigadora, de acuerdo a lo que sé, creo y pienso del tema.
3. Que la información que suministre a la investigación será utilizada única y exclusivamente para comprender cuáles son actitudes que visualizan los profesionales de salud, como respuesta al fallecimiento de un paciente y el duelo posterior con el fin de generar una propuesta educativa articulada con el contexto laboral real.
4. Que la investigadora principal me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto con mi identidad, como de cualquier información relativa a mi persona a la que tengan acceso por concepto de mi participación en el proyecto antes mencionado.
5. Que estoy de acuerdo con el uso para fines académicos, de los resultados obtenidos en el presente estudio.
6. Que mi participación en este estudio no implica riesgo ni inconveniente alguno para mi salud.
7. Que cualquier pregunta que yo tenga me será respondida oportunamente por parte de la investigadora con quien me puedo comunicar en el teléfono: 316 4625386

8. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto de investigación.

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato y por cuanto mi participación en este estudio es totalmente voluntaria acuerdo:

- A. Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar a la investigadora a utilizar la información obtenida para la realización del estudio.
- B. Reservarme el derecho de revocar esta autorización, así como la participación en el proyecto, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi persona.

**Firma del voluntario:**

Nombre \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Firma de la investigadora**

Nombre \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Necesidades De Formación En El Equipo De Profesionales De Medicina Y Enfermería, Frente Al Manejo De Episodios De Muerte De Pacientes En La U.C.I., Hospitalización Y Urgencias De La Clínica Juan N Corpas

126

#### **Anexo No 4. Transcripción de Entrevistas**

##### **Transcripción Entrevista G.2015921073645**

**Nidia:** ¿Qué es una unidad de cuidados intensivos y como se relaciona con la muerte de un paciente?

**Participante:** Una unidad de cuidados intensivos es un servicio especializado donde se atiende el paciente, donde se prestan cuidados muy específicos tanto de enfermería como de terapia farmacológica.

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido y objetivo de tu profesión con respecto a un paciente en estado crítico?

**Participante:** Bueno mi objetivo siempre va a ser el de brindar cuidados de enfermería dependiendo un plan de atención de enfermería y obviamente ayudar a mejorar la calidad de la salud de esa persona.

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** La muerte es un segundo plano del existir del ser humano, está vinculado con el mas allá con la expectativa de saber que hay pero sabiendo que hay una paz y una tranquilidad que no se tiene en esta vida.

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?

**Participante:** Bueno la muerte de un paciente puede tener dos significados, uno que es cuando muere y uno realmente siente que hizo todo en su deber ser como persona y como profesional para darle un cuidado y tratar que esa persona... ¡esta apagadoooo! No grabo nada... ya no repito...

**Nidia:** Si está grabando.

### **Transcripción Entrevista G. 20150921073921**

**Nidia:** ¿Me podría usted indicar su nombre?

**Participante:** ¿Su profesión?

**Participante:** ¿Soy enfermero profesional?

**Nidia:** ¿Qué es una unidad de cuidados intensivos y como se relaciona con la muerte de un paciente?

**Participante:** Bueno, una unidad de cuidados intensivos es una unidad especializada para el cuidado crítico de una persona que requiere de cuidados de enfermería muy relacionados, el plan de atención de enfermería que se realiza es el diagnóstico y tratamiento farmacológico.

Está relacionado con la muerte porque es un sitio del cuidado crítico, es donde si no se hace bien el cuidado de esa persona, puede fallecer de fácil manera o simplemente la sacamos satisfactoriamente a su vida cotidiana.

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido de su profesión con respecto a un paciente crítico y como se relaciona con la muerte?

**Participante:** Bueno mi sentido es de responsabilidad, es una profesión que tiene que ver mucho con la sociedad, prestar el servicio a la sociedad. Se relaciona con un paciente crítico porque es donde uno puede llegar a brindar todos los cuidados y los conocimientos que uno adquieren para poder mejorar la salud de una persona.

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** La muerte para mí es un segundo plano que existe en la vida de las personas. Es cuando uno ya parte a un sitio diferente, pero que en mi concepto hay algo muy importante que vivir halla también.

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?

**Participante:** Bueno la muerte de un paciente puede tener dos relaciones importante para mí, la primera es que si murió teniendo o habiendo recibido todos los cuidados de enfermería que se le pueden brindar a conciencia y con el deber ser que uno tiene, la muerte uno la siente un poco menos, pero cuando la persona fallece y uno siente que debió o pudo haber dado más de lo que uno sabe, y no lo dio, esa muerte duele más, porque se siente que no lo hizo bien.

**Nidia:** ¿Recuerda la muerte de un paciente en especial?

**Participante:** Si recuerdo la muerte de una persona. El primer paciente que me falleció fue porque tal vez no tuvimos precaución en mirar todas las barreras que teníamos y fue una mujer joven de treinta años que llegando a la puerta de su casa, la abordo un hombre, le pregunto por el nombre de ella, que si era ella, firmo y le dio tres impactos de bala, esa persona llevo a urgencias de un hospital donde yo trabajaba y la valoraron. Ella era consciente y orientada y muy ubicada, requirió de proceso quirúrgico y la subieron a sala de cirugía para hacerle una ventana pericial y para visualizar un daño a nivel orgánico, pero estando en sala ya anestesiada la paciente empezó a deteriorarse y nosotros le corrimos y le pusimos sangre y le pusimos líquidos y medicamentos y la reanimamos y todo, pero como consecuencia de todo el trabajo, la persona falleció. Cuando fuimos a revisarla y arreglarla para enviarla a la sala de paz, al girarla nos encontramos que la señora tenía un impacto de bala en la espalda que ningún médico en urgencias, ni ninguno de nosotros logramos visualizar en ese momento, por ahí se nos desangro la señora. Esa fue una muerte que realmente nos dolió, porque sentimos que no hicimos bien la tarea de una valoración física de una persona.

**Nidia:** ¿Usted me dice que sintieron que no pudieron hacer nada, pero en sí significo para usted, que actitud tomo ante esto?

**Participante:** Para mi significo una muerte con dolor, porque siento que pude haber evitado la muerte de una persona muy joven y que falleció por fallas en el proceso, fallas en el proceso de atención y de valoración y pues si fue algo muy marcante en mi profesión.

**Nidia:** ¿Cómo se lo comunicaron a los familiares, que dijeron ellos?

**Participante:** No estuve en la experiencia de comunicárselo a la familia, porque eso fue en la noche al otro día, entregue turno y la señora... pues los familiares llegaron al otro día, nunca supe como lo tomaron pero sé que tuvo que haber sido un impacto muy fuerte, porque era una mujer joven con un niño muy pequeño.

**Nidia:** ¿Qué fue lo más difícil dentro de ese proceso?

**Participante:** Lo más difícil fue somatizar los primeros días, en saber que se nos escapó una vida por descuido humano.

**Nidia:** ¿Directamente en usted que causo esta muerte, le causo alguna afectación emocional?

**Participante:** Me causo tristeza, tuvimos angustia inicial obviamente la ansiedad y la frustración de saber que no se hizo la tarea, enojo personal porque sabemos que tenemos que hacer muy bien las cosas y todos fallamos, pero el sentido de culpa inicialmente estuvo. Después nos dimos cuenta que se le pueden salir a uno de las manos y fue una de esas situación que se nos salió de las manos, pero aprendí una lección muy importante y es que uno debe valorar muy bien a la persona que tiene al frente.

**Nidia:** ¿Alguna manifestación física presento?

**Participante:** Tristeza y de pronto algo de llanto.

**Nidia:** ¿Y en su conducta lo afecto en algo?

**Participante:** No, aprender a crear barreras para que esa parte emocional no se afecte, ni como persona ni como profesional. Porque uno no puede ponerse a llorar encima de cada persona que fallece.

**Nidia:** ¿Qué sabe respecto al duelo?

**Participante:** Pues que he vivido varios a nivel personal y es algo que a uno moralmente lo debilita, psicológicamente lo cansa y físicamente lo agota.

**Nidia:** ¿Ha manifestado alguna de las etapas del duelo por sus pacientes?

**Participante:** Solamente con ella pude haber tenido uno etapa de duelo inicial, luego lo somatice, y de ahí en adelante aprendí a poner barreras justamente para no verme afectado como lo tuve en esa única ocasión.

**Nidia:** ¿Ósea que profesionalmente la muerte de un paciente ya no lo afecta?

**Participante:** La siento pero no me afecta.

**Nidia:** ¿Se vuelve normal o natural la muerte de un paciente con el paso del tiempo?

**Participante:** No, nunca va a ser normal.

**Nidia:** ¿Por qué?

**Participante:** Nunca va a ser normal porque una vida es una vida, y es algo que nunca se va a recuperar por ningún medio.

**Nidia:** ¿Cree desde su experiencia profesional que hay deshumanización frente a estos sucesos?

**Participante:** Uy. Muchísima, una deshumanización frente a una persona es mucha, porque uno lo ve en el día a día, porque lo ha vivido en su experiencia personal, y por qué es algo que la

gente con el paso de los años va perdiendo ese amor y respeto por la vida de la persona y se convierte en algo laboral, netamente laboral.

**Nidia:** ¿Considera que existe alguna relación de la carga laboral con la forma de abordar estos fenómenos?

**Participante:** Si, tiene mucho que ver, sobre todo en la parte laboral y lo digo con conciencia de caso, en alguna oportunidad salas de cirugía en donde fallecía un paciente, la importancia era sacarlo rápido de la sala, organizar la sala y entrar a otra persona, pero no se sentía ese dolor o duelo por la persona que falleció.

**Nidia:** ¿Cree que hay necesidad de una formación profesional y en especial de los profesionales de la clínica frente a este tema?

**Participante:** Si hace falta la socialización y el compromiso, hace falta la educación frente a esto, ninguno desde la misma academia venimos preparados para esto. Uno en la academia ve clases de psicología y de abordaje a la muerte, pero es algo tan superficial que realmente uno no lo siente, no lo aprende, en la práctica uno no lo practica tampoco y la deshumanización en cuanto a la parte de salud con respecto al fallecimiento de una persona, es altísima, hay mucho desconocimiento con respecto a eso.

**Nidia:** ¿Ha leído algo con respecto a la muerte y al duelo?

**Participante:** Realmente no, porque no se encuentra mucha documentación, más bien es como de uno, es algo personal, realmente no es una prioridad leer.

**Nidia:** ¿Ha asistido a un curso o seminario con respecto a la muerte o el duelo?

**Participante:** Estuve alguna vez en una sesión educativa que brindaron, pero fue algo realmente muy superficial, no abordaron temas específicos como muerte o duelo, sino más el abordaje de un paciente crítico que pueda fallecer.

**Nidia:** ¿En caso de que usted fuera el familiar de uno de los pacientes que fallece en la institución como le gustaría que le comunicaran esa noticia?

**Participante:** Bueno, pues uno como profesional en el área, uno ya sabe y reconoce de cierta forma en lo que va a desencadenar la patología de un familiar, ya lo viví con mi mamá, pero si vi la experiencia con mi familia y el desconocimiento es algo que es grande y es la certeza de no saber qué fue lo que paso y que nunca se va a saber pero si marca mucho.

**Nidia:** ¿Considera que es su función realizar la comunicación del fallecimiento y ayudar a los familiares a iniciar su duelo?

**Participante:** Si yo estuviera preparado realmente, con conocimiento de poderlo hacer me gustaría hacerlo, porque siempre he sido una persona de un carácter muy humano, desde los principios y valores que me dieron en la casa, lo he hecho con desconocimiento pero es difícil cuando uno no está preparado para enfrentar una familia y enfrentar una situación desconocida para uno.

**Nidia:** ¿Ósea que cree que puede ser función de otro profesional, realizar esta comunicación?

**Participante:** Si la persona tiene el conocimiento y al bagaje profesional para poderlo hacer, debe ser una persona que tenga conocimiento pleno, porque dar una noticia de esas, no es nada fácil. Solo el pensar en darla, es difícil.

**Nidia:** ¿Que profesional cree que debería ser la persona encargada de realizar esta comunicación?

**Participante:** Pues si en ese momento me lo pregunta pienso que el psicólogo es la persona más apropiada en ese momento, pero si una persona de la salud, llámese médico, o llámese enfermero profesional, es capaz de realizar estudios profesionales donde le enseñen a uno a manejar el duelo con las familias, a proporcionar cierto grado de información bien dada, yo creo que en base a eso, uno podría hacerlo.

**Nidia:** ¿Ósea que nos falta según eso, recibir enseñanza en el manejo del duelo y la muerte?

**Participante:** Totalmente.

**Nidia:** ¿Desde dónde, desde la academia o la institución?

**Participante:** Desde los dos, desde la academia y desde la institución, porque desde que uno sale profesional ya se encuentra con la muerte.

**Nidia:** Ok.

**Participante:** Muchísimas gracias.

**Nidia:** Con mucho gusto.

### **Transcripción Entrevista G.20150921080150**

**Nidia:** Buenas tardes me regala por favor su nombre y su profesión

**Nidia:** ¿Qué es para usted una unidad de cuidado intensivo y como la relaciona con la muerte de los pacientes?

**Participante:** una unidad que es donde están los pacientes que más necesitan, que son de mayor complejidad, que tienen flutroticos o diagnósticos más complicados y su relación con la muerte porque son pacientes que en cierto momento pueden estar más propensos a presentarla.

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido y el objetivo de su profesión, respecto de un paciente en estado crítico?

**Participante:** eeeee en cuanto el sentido y al objetivo es pues sacarlo, sacarlo aval, adelante y pues evitar que tenga una muerte... de pronto

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** Es la... pues..., la que, la ausencia de pulso y de frecuencia cardiaca, pues que..., si ya la ausencia, si la perdida de frecuencia cardiaca.

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?

**Participante:** eeeee pues en alguna eee son muchas emociones encontradas que de pronto uno, uno eeeeeee siente en ese momento, porque a veces es como frustración de que pude haber hecho o que no pude haber hecho o a veces así uno haga todos los esfuerzos por evitarlo pero pues no se puede lograr

**Nidia:** ¿Recuerda la muerte de algún paciente en especial, cuénteme que sintió, que significo para usted y por qué?

**Participante:** Si fue un paciente en medicina interna, era un de paciente pues ya de la tercera edad que no tenía pues pronostico, ya se le había hablado a la familia y todo y fue como una muerte que de pronto pues entre comillas, que no estábamos como esperando, pero fue la muerte de un paciente que teníamos ahí hacía varios días

**Nidia:** ¿Qué actitud tuvo usted frente a esto, tienen algún protocolo para el manejo de estos pacientes?

**Participante:** Pues en ese momento uno siente como tristeza y al mismo tiempo como frustración de pronto de no poder evitar ese desencadenamiento de muerte y... no pues en la

institución eeeee tenemos eeeee pues implementado todo ese... la información la hace el médico y pues cuando son muertes de pronto ya como esperadas y es el medico el que empieza todo el proceso como todo el proceso de información y todo.

**Nidia:** ¿Cuándo falleció el paciente como se les informo a los familiares, que dijeron?

**Participante:** pues el medico ya había hablado con anterioridad con los familiares, pues estaban todos ahí y el medico pues en ese momento los llamo y se acercó a ellos y pues les informo y les comunico que el paciente había fallecido y la mayoría de los familiares que estaban ahí ya habían como asumido, pero si como dos o tres personas presentaron llanto, pero lo asumieron con más tranquilidad o aceptación, pero mejor dicho...

**Nidia:** ¿Qué fue lo más difícil de todo este proceso para usted?

**Participante:** Aun así sabiendo que el paciente tenia mal pronóstico, pues era como esa impotencia que uno siente y el hablar con el familiar, era con la esposa que era la más allegada al paciente, pues uno... ese día, ese día, ese día pues uno siente como esa angustia, como la ansiedad y pues tristeza, tristeza y pues como esa gana de estar como acompañándola a ella y solo fue un abrazo lo que le dimos en ese entonces.

**Nidia:** ¿Usted tuvo alguna manifestación física?

**Participante:** Pues uno siente como una mmm una falta de energía, si como un balbuceo, siente que algo se le fue que uno estaba cuidando, se siente como una perdida.

**Nidia:** ¿alguna manifestación en su conducta, hizo que se pusiera más distraída...?

**Participante:** No, no como tristeza, como un vacío así...

**Nidia:** Ok, ¿Qué sabe respecto al duelo?

**Participante:** El duelo..., es como una, como un sentimiento, como una sensación que uno siente de tristeza profunda, igual hay diferentes tipos de duelo si,... es como una tristeza profunda y sí...

**Nidia:** ¿ha manejado o manifestado alguna de las etapas de duelo por alguno de sus pacientes?

**Participante:** mmmmmm

**Nidia:** Negación, enojo...

**Participante:** eeee si como de negación más que todo cuando el paciente... que son jóvenes o muertes así repentinas de pronto que uno dice, le hice o no le hice y vea...todo lo que... como los esfuerzos que uno hace que no

**Nidia:** ¿la ha afectado personal o profesionalmente la muerte de alguno de sus pacientes?

**Participante:** mmm Profesionalmente no, no siento que me haya afectado, pero personalmente si uno siente esa tristeza y uno se va sí, con ese vacío como con esa tristeza de que algo, de que alguien se fue...

**Nidia:** ¿Se puede decir entonces que cuando pasa la muerte de los pacientes se vuelve como algo natural?

**Participante:** Pues no natural, sino que de pronto pues uno va, va... respondiendo de diferente dependiendo la etapa, la edad, porque influye mucho la edad del paciente, entonces son como diferentes sensaciones o emociones que uno pueda esto..., pero yo No, personalmente yo no pienso que se vuelva normal, porque uno está trabajando y actuando en contra de eso, en contra de la muerte

**Nidia:** ¿Cree que desde su experiencia profesional uno pueda naturalizar esos procesos?

**Participante:** En algunas oportunidades, de pronto si ve uno que tiene que... otro paciente que necesite de atención o algo inmediatamente al fallecimiento de otro, uno quizá va a... atenderá a otro paciente, pero uno siempre..., sí de pronto uno ya sigue con otro y de pronto sí, en cierto momento uno siente que de pronto si, uno...

**Nidia:** ¿Ósea que considera que hay una relación de la carga laboral con la forma de abordar este fenómeno?

**Participante:** Pues no es directamente la carga laboral, sino si es de algún paciente que me priorice o que necesite atención no es, yo no diría que es carga laboral, no me parece que sea

**Nidia:** ¿debe haber tiempo para todo?

**Participante:** uno debe pues sacar tiempo para todo y de acuerdo al momento

**Nidia:** ¿Cuáles cree que son las necesidades de formación que debemos tener con respecto a la clínica?

**Participante:** Si me parece que sea importante porque a nivel de todo el personal que interviene en ese momento, pues hay muchas personas que no asumen como ese rol, como ese sentimiento

o sensibilización que uno debiera tener con respecto a la muerte y de pronto con lo que la imagen que los familiares puedan tener de un trabajador que... pues ahí se murió mi mamá y el camilo allá está hablando por el celular y que se yo, entonces sí creo yo que sea importante hacer intervención en ese aspecto

**Nidia:** ¿Ha recibido algún tipo de información, seminarios, cursos respecto al duelo y la muerte?

**Participante:** Si, acá en la clínica nos han hecho seminarios, asistimos en una oportunidad

**Nidia:** ¿ha leído algo al respecto?

**Participante:** No, alguna vez leí algo de la muerte pero no así pues con mayor involucración

**Nidia:** ¿En caso de que usted fuera el familiar de la persona que fallece, como le gustaría que le comunicaran?

**Participante:** Pues uno ve a veces casos de profesionales que le dicen a uno así de una, pero de pronto que fuera así, que lo llamen a uno y que de pronto no le den a uno esa noticia tan de una, sino que... y que le expliquen a uno, mira ... me parecería que fuera importante

**Nidia:** ¿Quién cree que debe ser la persona más adecuada para notificarle a un familiar la muerte de los pacientes?

**Participante:** Para mí, sería importante que la diera el médico tratante del paciente en ese momento, o cuando el doctor no está pues o que no pueda, pues yo creo que la enfermera tiene la capacidad de poderle dar esa información al familiar.

**Nidia:** ¿considera que es parte de su formación profesional ayudar a informar a los familiares?

**Participante:** si, pero como algunas o la mayoría de veces la muerte es inesperada, no podría hacer una intervención, pero como cuando ya hay un pronóstico, pues como ya sabemos que desencadenan la muerte, si podíamos intervenir en ese aspecto

**Nidia:** ¿Si no fuera directamente usted quien diera la información, quien cree que debiera informar la comunicación de que está muerto el paciente?

**Participante:** Pues si no es el médico y si no la enfermera, pues podría pues alguno de los dos, porque acá en la clínica hay consultorios de psicología pero no están las veinticuatro horas, que sería otra persona que podría intervenir ahí, yo creo que sería la enfermera que está a cargo del paciente o el médico tratante que sería lo más lógico

**Nidia:** ¿Podríamos estar hablando de que respecto al duelo y la muerte no hay una formación completa desde la universidad y la clínica tampoco nos proporciona información al respecto?

**Participante:** Yo creo que en la universidad a uno no le hablan a uno mucho de la muerte porque uno... porque en teoría uno debe trabajar y hacer su trabajo en pro de que no se vaya a presentar una muerte y no, no es..., si creo que aquí sería importante que nos involucraran y pues nos dieran pautas y talleres, pues que se yo con respecto a eso

**Nidia:** ok. Muchísimas gracias

### **Transcripción Entrevista G. 20150921081548**

**Nidia:** Buenas Tardes, me regla su nombre y profesión por favor

**Nidia:** ¿Qué es para usted una unidad de cuidado intensivo y como la relaciona con la muerte de los pacientes?

**Participante:** La unidad de cuidado intensivo es donde está el paciente en estado crítico, en donde hay alta probabilidad de fallecer

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido y el objetivo de su profesión, respecto de un paciente en estado crítico?

**Participante:** Tratar de conservar la vida al máximo y ofrecer toda la... todo en pro del paciente

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** La muerte, un paso, un pasar a otro estado ya espiritual no físico

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?

**Participante:** Mmmm la muerte de un paciente pues, puede significar muchas cosas, una pues, que es un paciente que mmm es que todo va en torno al concepto del paciente, digamos, si es un paciente que se le hizo todo el esfuerzo para tratar de conservar su vida y lamentablemente no se pudo conservar pues duele, si, o hay pacientes que lamentablemente su condición física no es adecuada para que sobreviva, entonces es de acuerdo a la situación de cada paciente

**Nidia:** ¿Recuerda la muerte de algún paciente en especial?

**Participante:** Ahorita estoy pensando en la muerte de una niña acá de urgencias pediátricas, si una niña de un dolor abdominal que se complicó, pues, hubieron varias cosas que le pudieron haber mejorado para evitar ese desenlace

**Nidia:** ¿Qué sintió frente a la muerte de esa niña?

**Participante:** Tristeza y frustración

**Nidia:** Y ¿Qué significo para usted como médico directamente?

**Participante:** Pues frustración porque considero que se le pudieron hacer más tratamientos

**Nidia:** ¿Qué actitud tuvo usted frente a esto, tienen algún protocolo para el manejo de estos pacientes?

**Participante:** Me siento indignado por lo que paso con la niña

No sé, fue por medio de psicología

**Nidia:** ¿Qué fue lo más difícil de todo este proceso para usted?

**Participante:** Las muertes de los niños son duras

**Nidia:** ¿Usted tuvo alguna manifestación física?

**Participante:** No

**Nidia:** ¿alguna manifestación emocional?

**Participante:** Si porque se pudo haber hecho algo

**Nidia:** ¿alguna manifestación en su conducta, hizo que se pusiera más distraída...?

**Participante:** No, no ninguna, mi conducta frente a las personas, no, no

**Nidia:** ¿Qué sabe respecto al duelo?

**Participante:** Es algo... una respuesta esperada frente a un evento triste, desolador, desconsolador o una mala situación

**Nidia:** ¿ha manejado o manifestado alguna de las etapas de duelo por alguno de sus pacientes?

**Participante:** Claro claro

**Nidia:** ¿Cuál?

**Participante:** Negación

**Nidia:** ¿le ha afectado personal o profesionalmente la muerte de alguno de sus pacientes?

**Participante:** Pues uno, la negación como por la posibilidad de haber hecho algo más y no haber estado ahí

**Nidia:** ¿Se puede decir entonces que cuando pasa la muerte de los pacientes se vuelve como algo natural?

**Participante:** Como así, con respecto a que

**Nidia:** con la muerte de un paciente se vuelve algo natural

**Participante:** Yo creo que eso va de acuerdo al entorno de cada paciente, pues no es lo mismo un paciente que se le muere en consulta externa o a un paciente que conoces de toda la vida en consulta a un paciente de cuidado intensivo, donde son pacientes que tienen alto riesgo más de fallecer

**Nidia:** ¿Cree que desde su experiencia profesional uno pueda naturalizar esos procesos?

**Participante:** Si, si hay gente que no, que le falta ser más sensible

**Nidia:** ¿Ósea que considera que hay una relación de la carga laboral con la forma de abordar este fenómeno?

**Participante:** Total, porque hay gente que también trabaja mucho que pues también trabajan en ambientes donde la frustración es muy alta

**Nidia:** ¿Cuáles cree que son las necesidades de formación que debemos tener con respecto a la clínica?

**Participante:** es que como, como el sentido de la forma de relacionarse, gente que ha sido de temperamentos muy secos, hay gente que no sabe, es muy difícil humanizar eso, es como aprender a comunicar las malas noticias, taller que cualquier persona puede comunicar.

**Nidia:** ¿la clínica nos forma para manejar esos talleres?

**Participante:** No

**Nidia:** ¿Ha recibido algún tipo de información, seminarios, cursos respecto al duelo y la muerte?

**Participante:** Si, si, en el cancerológico, un taller de cómo dar malas noticias

**Nidia:** ¿En caso de que usted fuera el familiar de la persona que fallece, como le gustaría que le comunicaran?

**Participante:** yo creo que no es de cómo sino la forma, hay gente que no sabe hablar, no sabe decir las cosas, es muy diferente por ejemplo una niña que tenía una mal formación y resulta que le sacaron la masa que era un tumor, la niña se sintió ahogada y cuando le fueron a hacer... entonces trate como de decirle que la masita, que la masa que los pulmones que la siembra del pulmón y hay que esperar que pasa con las quimioterapias en vez de decir tiene una malformación y puede morir, entonces no es de fondo sino de forma

**Nidia:** ¿Quién cree que debe ser la persona más adecuada para notificarle a un familiar la muerte de los pacientes?

**Participante:** El médico tratante, es quien debe comunicar

**Nidia:** ¿considera que es parte de su formación profesional ayudar a informar a los familiares?

**Participante:** Es el médico tratante

**Nidia:** ok. Muchísimas gracias

Necesidades De Formación En El Equipo De Profesionales De Medicina Y Enfermería, Frente Al Manejo De Episodios De Muerte De Pacientes En La U.C.I., Hospitalización Y Urgencias De La Clínica Juan N Corpas

141

### **Transcripción Entrevista G. 20150921100030 / 20150921102000**

**Nidia:** Buenas Tardes, me regla su nombre por favor

**Nidia:** ¿Qué es para usted una unidad de cuidado intensivo y como la relaciona con la muerte de los pacientes?

**Participante:** Pues la unidad de cuidado intensivo como su nombre lo indica es donde se manejan los pacientes más críticos y que requieren un trato muy especial y relacionado con la muerte del paciente y por lo tanto está muy ligada a la muerte de los pacientes

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido y el objetivo de su profesión, respecto a un paciente en estado crítico?

**Participante:** pues la enfermería, pues el sentido de la enfermería es brindar el cuidado al paciente, cuidados especializados en el servicio y propender porque este sea de los mejores para sacar adelante al paciente

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** para mí la muerte, pues ya es... es la finalización de la instancia en esta tierra, aunque también pues depende de quien se trate la muerte, pues ya en mi profesión la muerte de mis pacientes lo veo como la culminación de la existencia

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de uno de sus pacientes?

**Participante:** realmente el significado de la muerte depende del tipo de pacientes pues cuando son pacientes mayores que ya han cumplido su ciclo y la muerte ya es por una de sus tantas comorbilidades, la verdad la veo muy normal, pero cuando son pacientes jóvenes que creo que todavía falta mucho por hacer, lo veo más difícil y afecta un poco en mi vida personal

**Nidia:** ¿Recuerda la muerte de algún paciente en especial, como lo manejo que sentimientos tuvo frente a este episodio?

**Participante:** Como lo dije anteriormente, me afectan las muertes de los pacientes jóvenes, en especial en este momento no recuerdo ninguno, pero me parece triste la muerte de las personas jóvenes

**Nidia:** ¿Cuándo falleció el paciente como se les informo a los familiares, que dijeron?

**Participante:** lo comuniqué yo directamente a la familiar, lo hice por vía telefónica y los familiares ya estaban preparados para recibir esta noticia y pues no fue tan traumático

**Nidia:** durante el momento que murió el paciente y usted se lo comunicó a la familia ¿Qué fue lo más difícil de todo este proceso?

**Participante:** lo más difícil, obviamente esperar la respuesta del familiar, porque aunque ellos sabían que la paciente estaba muy mal uno esta como en espera de una respuesta emocional, pero lo tomaron muy calmadamente y la verdad no fue tan difícil

**Nidia:** y la respuesta emocional suya ¿cuál fue?

**Participante:** De esta paciente, lo tome con mucha tranquilidad, fue una paciente que tenía mucha dificultad, informar a los familiares no es fácil, es una situación un poco complicada.

**Nidia:** Si me dice que es difícil dar esta información, ¿físicamente se sintió afectada en algún momento?

**Participante:** mmmm si siente, se siente, mmm no es bueno dar estas noticias, ósea, lo ideal sería dar buenas noticias y estas noticias producen desasosiego

**Nidia:** ¿la muerte de alguno de sus pacientes le ha causado alguna alteración personal o que le haya aislado de pronto de su contexto familiar...?

**Participante:** No, no, puede que algunas muertes me afecten pero que afecten mi parte personal o familiar no no hasta allá no acepto

**Nidia:** ¿Qué es para usted el duelo?

**Participante:** es una situación de adaptación ya sea mía como profesional de los familiares del paciente que ya ha fallecido frente a la muerte de un paciente

**Nidia:** ¿ha presentado alguna de las etapas de duelo frente a la muerte de alguno de sus pacientes?

**Participante:** eee a veces es difícil aceptar que muera un paciente, accidentes de tránsito, uno no está preparado uno piensa en la familia y es difícil imaginarse cómo se está sintiendo la familia y personalmente lo afecta a tocarlo a uno.

**Nidia:** es decir que la ha conmocionado

**Participante:** si alcanza a tocar fibras y como le digo preocupa más por la familia y se pone uno en lugar de la familia y es una sensación horrible

**Nidia:** ¿Se puede decir entonces que cuando pasa la muerte de los pacientes se vuelve como algo natural con el paso del tiempo?

**Participante:** Normal no, natural si cuando la muerte es de pacientes mayores porque son pacientes que ya han vivido ya han cumplido su ciclo, pero también depende de la patología, pacientes con cáncer pacientes que están muy muy mal uno prefiere que fallezcan a seguir interviniéndolos y prolongando su existencia

**Nidia:** Desde su experiencia profesional ¿cree que desde su experiencia profesional hay deshumanización frente a la muerte de los pacientes?

**Participante:** eeeee deshumanización sí, hay casos en que no se toma con seriedad, eee hay momentos en que uno ve no más un traslado de un paciente a la morgue y ve ciertos funcionarios que no muestran respeto por este paciente que ha fallecido y no me parece humano que se van hablando de otra cosa o van riéndose, no me parece

**Nidia:** ¿Ósea que considera que hay una relación frente a la carga laboral para que el profesional se porte de esta manera frente a lo que es la muerte?

**Participante:** eeeee no, yo no creo que eso dependa de la carga laboral, eso va en cada quien, en la formación y el respeto que se le da al paciente

**Nidia:** ¿Cree que hay necesidad de formación para los profesionales de aquí de la clínica frente al manejo de la humanización y desde el mismo proceso de duelo y la muerte?

**Participante:** si me parece que es importante la formación, claro que sí. Si veo necesidad y de todos los profesionales desde camilleros hasta de los mismos médicos

**Nidia:** ¿Ha recibido alguna formación relacionada con la muerte y duelo?

**Participante:** si alguna vez aquí en la clínica hicieron una pequeña charla sobre el duelo, pero considero que deberían hacerlo más seguido

**Nidia:** ¿En caso de que usted fuera el familiar de la persona que fallece, como le gustaría que le dieran esta noticia?

**Participante:** mmmm la forma pues debería ser pues por el médico, en un sitio especial, en un sitio apartado, sin interrupciones y de la forma más amable y con todas las condolencias, porque veo que para los familiares es importante que se trate este momento con mucho tacto

**Nidia:** ¿Quién cree que debe ser el profesional que de parte de esto a la familia, el más indicado?

**Participante:** el más indicado el que ha estado tratando al paciente es decir el médico, la enfermería también pero es más tarea del medico

**Nidia:** ¿considera que no es función de otro profesional de la salud?

**Participante:** yo realmente considero que no, debe ser el medico

**Nidia:** ¿considera usted que desde la academia deben darse en las etapas de pregrado, los profesionales deban recibir formación en temas relacionados con duelo y muerte?

**Participante:** claro que sí y de pronto ese es un tema que nos e toma muy frecuentemente en la universidad y obviamente en la profesión está ligada con la muerte y obviamente este debes ser tema de las universidades

**Nidia:** Gracias

### **Transcripción Entrevista G. 20150921100129**

**Nidia:** Buenas Tardes, me regla su nombre por favor

**Nidia:** ¿Qué es para usted una unidad de cuidado intensivo y como la relaciona con la muerte de los pacientes?

**Participante:** La unidad de cuidados intensivos, es una de las áreas más especializadas dentro de cualquier institución que es dedica al cuidado de la salud, de por si considero que es el área de mayor complejidad y por tanto llegan allí los pacientes y por lo tanto es donde se está más cerca de la muerte

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido y el objetivo de su profesión, respecto de un paciente en estado crítico?

**Participante:** Realmente la muerte de un paciente ya sea en cuidado crítico o en cualquier área es un momento de dolor y de duelo no solo para la familia sino también para nosotros el personal de salud, creo que a pesar de todo nunca vamos a estar preparados para asumir la muerte

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** Tiene varios Sentidos, para mí personalmente es simplemente una transición porque pienso que somos parte de Dios y estamos dentro de un cuerpo que es una envoltura porque somos simplemente la extensión de Dios, pero desde el punto de vista físico esa transición que implica dejar esa envoltura es doloroso porque es dejar el mundo físico

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?

**Participante:** Como ya te dije, la muerte de un paciente es muy frustrante, como profesional es muy frustrante cuando un paciente uno lo pierde ya sea porque no se lograron cumplir las metas y las expectativas que teníamos porque muchas veces es imposible poder luchar contra lo que está ocurriendo dentro de un organismo y por otra parte es muy doloroso como ser humano siempre ver el partir de otro ser humano

**Nidia:** ¿Recuerda la muerte de algún paciente en especial, cuénteme que sintió, que significo para usted y por qué?

**Participante:** Si, eee la verdad es que... muertes de pacientes hay muertes muy dolorosas, recuerdo que una vez un paciente era un niño de 12 años y que fue llevado a cirugía y el cual era

hijo único y durante el procedimiento quirúrgico falleció, y pues era un niño que lo estábamos esperando en la unidad de cuidados intensivos y habíamos hablado con él y su familia y desafortunadamente quedo en el proceso quirúrgico... y aunque uno no lo crea la muerte de un niño causa mayor dolor que la de un adulto

**Nidia:** ¿Qué significado para usted esta muerte?

**Participante:** Como ser humano lloré y como médico me sentí impotente realmente, es uno de los momentos como yo le digo siempre a muchos médicos y aunque la gente y los familiares no lo crean y aunque muchos colegas no están viviendo la muerte como uno, a uno como médico del paciente siempre uno tiene un duelo, siempre hay un duelo, cada vez que nosotros enfrentamos el dolor de la familia sobre todo, no sé cómo estamos aguantando nosotros eso, porque es muy doloroso y uno no se puede acostumbrar a la muerte y aunque esto se ve como una tradición el dolor de las personas es muy desgarrador

**Nidia:** ¿Quién tuvo que comunicar la muerte de este paciente a su familia?

**Participante:** Yo, Una de las cosas que siempre he hecho es informar la muerte a las familias y trato de hacerlo según los protocolos que he estudiado frente a dar malas noticias pero vuelvo y lo repito, llevo 25 años ejerciendo la medicina y todavía no me acostumbro a ello, cada vez me da dolor, cada vez me siento nervioso y cada vez siento mariposas en el estómago y de qué manera la familia lo va a recibir. Y las familias reaccionan diferente, algunas se van preparando cuando la persona es mayor, pero las muertes más dolorosas son las que se dan cuando las familias no se lo esperan

**Nidia:** ¿Pero esta muerte ocasiono una conmoción emocional para usted?

**Vadillos: Participante:** Claro lloré

**Nidia:** ¿Usted tuvo alguna manifestación física?

**Participante:** ninguna gracias a Dios

**Nidia:** ¿Qué sabe respecto al duelo?

**Participante:** Es un proceso que todos tenemos cuando hay una perdida, una pérdida de cualquier cosa puede ser un bolígrafo, puede ser mil pesitos, puede ser un televisor, un amigo, un trabajo, causa dolor y ese proceso cuando se trata de la pérdida de un ser querido es más doloroso, entonces yo lo puedo definir como la perdida de algo

**Nidia:** ¿ha manejado o manifestado alguna de las etapas de duelo por alguno de sus pacientes?

**Participante:** Siempre, como te digo cada vez que se muere un paciente, sobre todo los que yo estoy tratando, si hay un servicio y uno no tiene mucho contacto no tanto pero si uno lo está tratando día a día en el pre o el pos operatorios mediato o inmediato siempre me ha causado dolor

**Nidia:** ¿Cree que haya des humanización para los profesionales frente a la muerte de un paciente?

**Participante:** No sé para los profesionales, para mí no es algo que vico todos los días pero no me he podido acostumbrar a enfrentar la muerte

**Nidia:** ¿Cree que desde su experiencia profesional uno pueda naturalizar esos procesos?

**Participante:** Yo no creo que haya deshumanización, yo creo que en todos los servicios donde yo he estado trabajando, cuando el médico tratante ve que el paciente sufre siempre veo que hay tristeza, que hay conmoción, que hay dolor, que los diferentes actores lo experimentan de diferente manera es distinto, pero no creo que haya deshumanización

**Nidia:** ¿cree que la carga laboral afecta al proceso?

**Participante:** se tenga o no se tenga mucho trabajo la muerte es un suceso que impacta lo que tú estás haciendo, te hace así sea un segundo pensar, reflexionar, sobre que es la vida y el poco tiempo que tenemos en la vida

**Nidia:** ¿cree que hay necesidades de formación que debemos tener con respecto al proceso de duelo y muerte en la clínica?

**Participante:** Bueno. Formación realmente, en la universidad no le enseñan a uno, en ninguna clase le enseñan a cómo afrontar la muerte eee de pronto se le está hablando al personal de cómo dar malas noticias pero de cómo afrontar la muerte, cómo comportarse o como comunicarle a un familiar no lo enseñan, yo creo que uno lo va a preniendo día a día. Como un estudiante de medicina lo afronta con su profesor cuando el paciente muere es un gran impacto, un gran impacto que va a quedar una gran emoción y lo va aprendiendo de como el viva ese momento así van a ser las percepciones de la muerte y como las sienta en un futuro, pero yo creo que si se le pregunta a un profesional de la salud si alguien le ha enseñado en cómo afrontar la muerte yo creo que te darían la misma respuesta.

**Nidia:** ¿Ha recibido algún tipo de información, seminarios, cursos respecto al duelo y la muerte?

**Participante:** La formación, bueno yo como la mayoría de los médicos, 25 años, nadie me enseñó, ni a dar malas noticias ni a definir duelo, ni cómo afrontar la muerte ni nada de eso, realmente en mi formación como médico no me lo enseñaron, vine a tratar sobre el tema en el 2010 cuando hice la maestría de bioética precisamente porque quería resolver muchas dudas éticas que no sabía que se profundizara en ella, y vi que estos temas no se tratan, al médico le enseñan a tratar el dolor físico pero al médico nunca jamás de los jamases le enseñan a tratar el dolor emocional.

**Nidia:** ¿En caso de que usted fuera el familiar de la persona que fallece, como le gustaría que le comunicaran?

**Participante:** Pues la verdad, es que eso no ha ocurrido gracias a Dios hasta ahora, pero si me gustaría que lo hicieran de una manera prudente que el profesional escogiera bien las palabras, que fuera un lugar privado, que no estuviera lleno de gente, no en el corredor, sino que fuera una oficina especial para eso y cuando estamos solos y que me vaya diciendo poco a poco para que fuera haciendo mis propias conclusiones para que al final me dijera que el paciente haya fallecido

**Nidia:** ¿Quién cree que debe ser la persona más adecuada para notificarle a un familiar la muerte de los pacientes?

**Participante:** Yo realmente considero que el médico tratante es quien debe tomar la vocería de cómo comunicar el evento de la muerte, pero él no tiene que tener la participación en solitario, realmente para uno es muy necesario, muy valioso y beneficioso apoyarse en por ejemplo de otro profesional médico que esté involucrado, de enfermería o por ejemplo residente o estudiante, porque primero es un momento doloroso y comunicar una noticia de este tipo implica tener carácter e implica tener fortaleza y cuando lo expresa acompañado de las otras personas, da mayor fortaleza y uno se siente acompañado e inclusive a veces me da miedo comunicar que un paciente falleció, o el estar al lado de otro profesional, enfermera u otro profesional de salud, uno se siente más apoyado y puede servir como para enseñar a otras generaciones nuevas y ellos ven en cómo se dan las malas noticias y ellos van aprendiendo, porque como dije eso no lo enseñan en las universidades, eso se aprende en el día a día en las instituciones de salud

**Nidia:** ¿considera que es parte de su formación profesional ayudar a informar a los familiares?

**Participante:** Claro, desde que el estudiante, tenga una formación que son académicas universitarias, pero en el momento que el ingresa a la formación práctica y asistencial se le deben dar información de cómo manejar la muerte, como manejar el duelo, como manejar sus propias emociones y como dar buenas noticias y tenga una base de referencia y pueda ir ejecutándolo para que sepa cómo dar las malas noticias, como ser cada vez más fuerte, como tener cada vez más carácter y también como saber cómo asumir esto sin tanto miedo, porque realmente comunicar alguien que se murió... da miedo, y si usted le preguntas a alguien si alguna vez a comunicado, te diría que ha dado miles de vueltas antes de comunicarlo y no solamente en el ámbito hospitalario o en la casa de como se lo van a decir

**Nidia:** Muchas gracias Doc.

**Participante:** A la orden

### **Transcripción Entrevista G.20150921103432**

**Nidia:** Buenas Tardes, me puede indicar su nombre, cargo y profesión

**Nidia:** Me podría indicar ¿Qué es para usted una unidad de cuidado intensivo y como la relaciona con la muerte de los pacientes?

**Participante:** Una unidad de cuidado intensivo es, eee una unidad especializada en pacientes con patologías de alta complejidad y que requieren manejo con medicamentos primero de alto costo y supervisión permanente y pues bueno obviamente y por la complejidad de las patologías de los pacientes que ingresan a la unidad el índice de mortalidad es bastante alto y podría decirse que la relación con la muerte es excesivo.

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido y el objetivo de su profesión, respecto de un paciente en estado crítico?

**Participante:** Realizar acompañamiento al a familia, brindar los cuidados necesarios para que el paciente tenga un a muerte digna sin dolor, tratando de minimizar el dolor del paciente y de la familia

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** La muerte es como el paso obligado al que todos tenemos que llegar, que es un proceso difícil que puede ser traumático, inesperado muchas veces, es una situación compleja pues viéndola desde como ser humano, desde lo profesional y ser humano común y corriente, una situación compleja y dolorosa

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?

**Participante:** La muerte de un paciente, eee pues tiene varios aspectos, pues, en algunos puedes ser proporcionar un sentido de fracaso, pues seguramente por la complejidad de las patologías de los pacientes y por más que se realicen los máximos esfuerzos, no se logra llevar a cabo el objetivo de salvaguardar la vida del paciente

**Nidia:** ¿Recuerda la muerte de algún paciente en especial, cuénteme que sintió, como lo tomo, como actuó frente a la muerte de ese paciente en especial?

**Participante:** Recuerdo la muerte de un paciente en reanimación, un niño de dos años, fue una situación realmente dura, primero porque uno de profesional es aún más fuerte y más sentida la

muerte de un niño que la de un adulto además de ponerse uno en el papel de los papas, fue bastante dura crítica para nosotros o para mí personalmente, fue muy triste y fue como ver reflejado en ese niño a mi hijo, entonces fue algo muy muy duro

**Nidia:** ¿Cómo se les informo a los familiares?

**Participante:** Pues ellos estaban... sabían de la complejidad del niño y pues obviamente tenían la esperanza que todo saliera bien, la persona que les informo fue la pediatra que estaba liderando la reanimación, en compañía de la psicóloga y la trabajadora social, pues la actitud fue dolor absoluto que nos inundó e inundo todo el servicio una actitud de tristeza derrota, llanto incontrolable eee mmm angustia ansiedad, frustración y posiblemente enojo por parte de la familia y especialmente de los papas

**Nidia:** ¿alguna manifestación física sintió ustedes?

**Participante:** Sentimos, yo personalmente, un vacío en el estómago, la boca seca, los ojos húmedos, un nudo en la garganta, queda uno después de la reanimación de los niños sin energía, sin nada de energía

**Nidia:** ¿alguna manifestación en su conducta, conductual... se aisló del resto del grupo, se aisló cuando llego a su casa con su familia?

**Participante:** Pues eee posterior a la muerte del niño, fue generalizado, todos nos aislamos porque tuvimos que sacar ese sentimiento y pues uno se tiene que aislar porque le da a uno pena, eeee trata uno de mantener controlada la situación pero, pues hay momentos en el que uno no puede contener, los sentimientos brotan a flor de piel y las lágrimas se escurren

**Nidia:** ¿Qué es para usted un duelo?

**Participante:** Es como la aceptación de un proceso, de una pérdida, de una derrota, podríamos decirlo así, es como empezar a aterrizar y darse uno cuenta realmente que ya con esa persona no va uno a volver a tener contacto y es iniciar el proceso como de acople tal vez a una nueva vida

**Nidia:** ¿ha manifestado alguna de las etapas de duelo por alguno de sus pacientes?

**Yuli Participante:** Eee si eee pues he estado presente en la etapa de negación, la inicial pienso yo generalizada y en algunas personas también el enojo y en otros que no es muy frecuente en el inicio de la pérdida, la aceptación.

**Nidia:** ¿desde lo anterior, se ha sentido alguna vez afectada por la muerte de sus pacientes?

**Participante:** Si específicamente el caso que hablaba del niño de dos años, me...creo, pienso que siempre me ha dejado como marcada, me ha dejado una huella y una sensación de angustia que aún no he superado y recordar el momento es sentir nuevamente la tristeza y la angustia del momento.

**Nidia:** ¿Se puede decir que se vuelve normal o natural la muerte con el paso del tiempo?

**Participante:** No es normal, tal vez esta uno más familiarizado uno con ese proceso, pero no es normal, tiene uno que afrontar muchas situaciones, bien sea adultos mayores, adultos jóvenes, niños, no es un proceso normal y obviamente es más complicado ese proceso cuando son niños y adultos jóvenes y tal vez es un poquito más llevadera la situación con un adulto mayor, pero no es algo normal

**Nidia:** ¿Cree que desde su experiencia profesional que hay deshumanización frente a estos procesos es decir frente a la muerte y al duelo?

**Participante:** De pronto en algunas situaciones tal vez es como lo que todo el mundo estaba esperando en alguna situación muy crítica de un paciente en una patología de difícil manejo, lo que se espera es eso, no es como deshumanización, sino lo que se está esperando es el deceso de esa persona, no puedo decir que haya deshumanización porque siempre la muerte de los pacientes lo marcan a uno, porque ya se han hecho todos los esfuerzos, la muerte de los pacientes siempre queda en el recuerdo y no creo o por lo menos en la institución no.

**Nidia:** ¿Considera que hay una relación de la carga laboral con la forma de abordar este fenómeno?

**Participante:** Si, uno quisiera hacer más acompañamiento en la familia al inicio del proceso, pero muchas veces la carga laboral, y además porque es una situación muy compleja porque no hay como palabras, todo lo que uno diga como que sobra en el momento, influye un poco esa parte y la carga laboral porque no hay como el acompañamiento que se debería ser, entonces me parece que si influye en algo.

**Nidia:** ¿Cuáles cree que son las necesidades de formación profesional y de la clínica frente a este tema?

**Participante:** Pues desde la academia pues pienso que influye mucho, no solamente desde la academia sino desde la vida personal de uno, sus valores, su formación y desde la academia que

a uno le enfatizan sus códigos de ética profesional, pero desde la academia no lo preparan a uno para afrontar esos temas, porque es muy diferente tomar una cátedra en un aula de clase donde le dan a uno tal vez para realizar el abordaje o el acompañamiento, pero ya es diferente uno enfrentarse a la situación real, a veces queda uno sin nada que decir y a nivel de la institución se ha humanizado un poco más el trato la información y la comunicación a los familiares pero de pronto si aún quedan vacíos, quedan falencias y la gente aún siente que no se realizó debidamente el proceso, la información o el acompañamiento y sienten muchas veces que han quedado solos o que no han recibido oportunamente apoyo

**Nidia:** ¿En caso de que usted fuera el familiar de la persona que fallece, como le gustaría que le comunicaran?

**Participante:** Pienso que no es fácil ni para la persona que recibe la información ni para el portador de la noticia, pero, pues, e, llegado el caso, pues me gustaría que fueran... la información fuera oportuna, pues en su momento, porque muchas veces los profesionales pues no saben cómo abordar la situación y como que dan espera a organizar sus ideas y dar la noticia de la mejor manera, pero pienso que es necesario como sacar de la angustia a una persona que está esperando respuesta favorable o no favorable, pienso que con palabras muy cómo le dijéramos castizas, términos que se entienda lo que ha sucedido, porque muchas veces los profesionales hablan con términos científicos que las personas no conocen y pues me parece que es bueno manejar un idioma que todos deben entender, principalmente me parece que sea en el momento oportuno y humanizado en el momento.

**Nidia:** ¿considera que es su función informar la muerte de un paciente y ayuda inicial en el manejo del duelo de los familiares?

**Participante:** Pues a mí me parece que la información inicial es liderada por el médico, aunque en algunas ocasiones uno los realiza y generalmente nosotros como enfermería somos los que realizamos el inicio del apoyo, el seguimiento y la asesoría correcta para iniciar con el proceso del duelo, pero considero que la información inicial debe estar liderada por el médico.

**Nidia:** ¿considera que se debe formar desde la academia en el manejo del duelo y la muerte?

**Participante:** Si considero un punto importante en la formación profesional porque realmente uno nunca recibe mucha capacitación acerca de eso y muchas veces cuando uno se acerca a una

situación como esta en la realidad uno se queda como sin palabras como sin saber cómo actuar entonces me parece importante que desde la academia de profundice más acerca

**Nidia:** ok. Muchísimas gracias

### **Transcripción Entrevista G.20150921112731**

**Nidia:** Por favor me dice su nombre y su profesión

**Nidia:** ¿Qué es para una unidad de cuidado intensivo y como la relaciona con la muerte de los pacientes?

**Participante:** Para mí una unidad de cuidado intensivo es donde están los pacientes en estado crítico y de cuidado vital y como se relaciona con la muerte pues a ver yo pienso... como por su nivel de complejidad pues yo creo que son pacientes...por sus diagnósticos están más cerca y tienen más riesgo de morir

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido y el objetivo de su profesión, respecto de un paciente en estado crítico?

**Participante:** Pues, yo que hago, pues primero estabilizarlo, seguir las ordenes medicas sus medicamentos sus cambios de posición, darle comodidad y confort a si el paciente este inconsciente hay que darle el mejor bienestar, proporcionarle un buen bienestar y si el paciente tiene riesgo de muerte es darle una mejor muerte

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** Para mí la muerte es como... ir al encuentro con Dios, es la muerte a la carne más no al espíritu, porque la carne es la que muere pero el espíritu sigue vivo.

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?

**Participante:** Pues la verdad a veces me duele mucho porque... yo establezco muy buenas relaciones con mis pacientes y a veces me familiarizo tanto que a veces me duele mucho.

**Nidia:** ¿Recuerda la muerte de algún paciente en especial, cuénteme que sintió, que significo para usted y que actitudes y actividades realizo frente a esto?

**Participante:** Yo realmente hace como cuatro meses tuve la experiencia de 20 años con un testicular, metastasico en el pulmón, el paciente estuvo hospitalizado conmigo 15 días, fue un paciente que ingreso pues, entre comillas pues estable, que se fue deteriorando al paso de los días, tenía muy buena relación con él , lo saludaba, que como estaba, que como se sentía, le daba mucho ánimo, actitud positiva de que se iba a mejorar, que confiara en Dios, el paciente tenía mucho apoyo familiar, eeee pero pues por desgracia el paciente se fue empeorando hasta el punto

pues de que ya al final ya no había nada que hacer, acompañe a la familia en su dolor, acompañe al paciente hasta su último día de la vida, fue una experiencia muy dolorosa, porque digamos al paciente digamos lo quise y lo hice parte de mi vida, de mí y por eso me dolió mucho

**Nidia:** ¿Cómo se le comunico a la familia el fallecimiento y como tomaron ellos la noticia?

**Participante:** Pues la verdad, no sé porque el paciente falleció hacia las dos de la mañana, yo lo entregue a las siete de la mañana el papá, la mamá, y la esposa estaban muy desconsolados, pero ellos eran conscientes pues la verdad no había ya nada que hacerle, era un paciente terminal, en la mañana cuando yo ingreso a la clínica me encuentro al papá y me dijo, jefe lamento decirle que el muchacho se nos fue y el papa me abrazo y yo le dije que se reconfortara mucho en Dios y lo fortaleciera y lo ayudara a salir adelante ya que le quedaba un nieto de un añito de vida

**Nidia:** ¿Qué causo en usted, emociones le crearon, el fallecimiento de este paciente?

**Participante:** Pues primero fue de tristeza, de angustia, de dolor de impotencia al no poder yo como enfermera hacer más por él y la verdad mucha tristeza en mi interior

**Nidia:** ¿Alguna manifestación física?

**Participante:** Si, llanto eeee me dio mucha tristeza, me dio depresión, me dio angustia y me dio inapetencia, no quería comer nada en ese día

**Nidia:** ¿alguna manifestación conductual?

**Participante:** Sí, yo estuve triste, decaída y pues mis compañeras me preguntaban que me pasaba y pues la verdad no podía digamos dejar de manifestar la tristeza que sentía

**Nidia:** ¿Qué significa para usted el duelo?

**Participante:** El duelo para mí es como, el poder superar ese momento de crisis por el cual yo estoy pasando, digamos en este caso la muerte de este paciente es como la realidad con lo imposible de creer, digamos la vida hay que seguirla y todo sigue, todo sigue con su curso

**Nidia:** ¿ha manejado o manifestado alguna de las etapas de duelo con respecto a alguno de sus pacientes?

**Participante:** De pronto la de negación, si, que a veces le es imposible de creer a uno de porque se murió el paciente, de porque pasan esas cosas, sí.

**Nidia:** ¿Se puede decir entonces que cuando pasa la muerte de los pacientes se vuelve como algo natural?

**Participante:** Pues natural si, pues todos nacemos y morimos ahí si como el cuento todos nacemos crecemos nos reproducimos y morimos etapas de la vida que todos tenemos que cursar y lo que de pronto para uno es duro aceptarlo es porque ocurren cosas inesperadas, cuando ocurren cosas de muerte, pero porque murió, que paso, pero si estaba bien, son cosas de muerte que uno no explica ¿por qué?

**Nidia:** ¿Desde su experiencia profesional hay deshumanización frente a esos sucesos?

**Participante:** Pues por parte mía no, pero yo si lo he visto en algunas compañeras y ellas son duras de corazón y dicen se murió y ya, y tenía que morirse, ya se murió y ya y la visa sigue adelante, entonces pienso que les falta más humanización en eso

**Nidia:** ¿frente a esa deshumanización que dices, se puede decir que la sobre carga laboral influye para que se tomen esas actitudes?

**Participante:** Puede ser la sobre carga laboral o el pasar del tiempo que hace que se cree una coraza de acero ahí y digamos se cree ese obstáculo, esa dureza entre el paciente la enfermera y la muerte

**Nidia:** ¿Entonces se podría decir que hace falta desde la formación profesional y la clínica frente a esos temas de muerte y duelo y deshumanización?

**Participante:** Si a mí sí, me parece que nos hace falta más humanización cada una de nosotras incluyéndome, porque a veces la dureza para decirle las cosas a los familiares, a no es que el paciente se va a morir y no se le da a veces una buena muerte un trato digno, si una buena muerte y aunque el paciente a veces uno piensa que ellos no sienten que porque están inconscientes, ellos no sienten o no escuchan lo que uno habla, ellos sienten, claro que si

**Nidia:** ¿Ha recibido algún tipo de información, seminarios, cursos respecto al duelo y la muerte en la institución?

**Participante:** No la institución no, pero cuando yo era estudiante si tuve una catedra de darle un trato digno a un paciente moribundo

**Nidia:** ¿Si usted fuera el familiar del paciente que muere, como le gustaría que le comunicaran?

**Participante:** Huy no sé, porque de todas formas eso es duro, pues de pronto el médico que le diga a uno con amor, bueno se hizo todo lo posible, se hizo todo lo pudimos, pero al final no se logró lo que queríamos

**Nidia:** ¿considera que es función suya dar la información a los familiares?

**Participante:** No, creo que la función es del médico de dar ese tipo de noticia, pero si es importante que la jefe este acompañando a la familia frente a lo que está pasando

**Nidia:** ¿Quién cree que es la persona encargada de comunicar esta situación a los familiares?

**Participante:** El médico y la jefe

**Nidia:** ¿Después de todo lo que me has dicho, crees que respecto al duelo y la muerte hay necesidad desde la academia de abordar estos temas, desde pregrado?

**Participante:** Si señora, para mí es muy importante que nos enseñen desde nuestra formación proporcionarles un trato digno al paciente, porque el paciente hace parte de uno y ellos merecen un trato digno, un paciente que este en su fase antagónica necesita estar con su familia, llenarlo de amor y a ellos que es poco lo que les queda en este mundo

**Nidia:** Muchísimas gracias

### **Transcripción Entrevista G. 20150921114149**

**Nidia:** Buenas Tardes, me regla su nombre por favor

**Nidia:** ¿Qué es para usted una unidad de cuidado intensivo y como la relaciona con la muerte de los pacientes?

**Participante:** Una unidad de cuidado intensivo es... un paciente crítico, un paciente donde necesita un cuidado especial, continuo por parte de enfermería y por parte de los médicos, relación con el duelo en pacientes... ¿en qué sentido? ... En estar con un pie aquí y el estar con un pie en el otro lado.

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido y el objetivo de su profesión, respecto de un paciente en estado crítico?

**Participante:** El objetivo es sacar de la unidad de cuidado intensivo a hospitalización, que vuelvan a casa, esa es como la gran inicial, sabemos que los pacientes que entran a la unidad de cuidado intensivo están tanto metabólicamente tanto neurológicamente, malos, comprometidos, pero a pesar de todos los hallazgos que se han visto, uno espera que salgan que haya un bote de fe de esperanza que ellos vuelvan a reaccionar

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** Un paso de la vida

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?

**Participante:** Depende, depende de la situación en que esta el paciente, en realidad me he enfrentado a, de hecho estos días que estuve en la UCI a pesar que los patienticos están entre comillas que van ya para afuera que no se ven de mejora... uno ve a los familiares y ayer ... de una vez los sentimientos a flote, a pesar de que soy enfermera y he visto mucho paciente morir, pero todavía aun mis sentimientos están ahí y cuando yo veo a un paciente que está muy muy malito y que ha estado en hospitalización conmigo y que tiene código no reanimable y por las patologías que tiene, yo si le pido a Dios que mejor le dé su santa paz y obviamente los pacientes que uno le dice Dios porque se los lleva y están jóvenes, niños que llegan de un momento a otro y entraron simplemente por un dolor en las amígdalas y se complican tanto, un cáncer y mueren, es muy duro.

**Nidia:** ¿Recuerda la muerte de algún paciente en especial, cuénteme por favor el caso, que sintió, que significo para usted y por qué, que sentimiento nació y que actitud tomo ante la muerte de este paciente?

**Participante:** Un niño que llevo a urgencias, aunque no estaba dentro de mi servicio de reanimación, todos tuvimos que ver con él y aunque dicen por ahí, uno no debe ver reflejado en los pacientes los hijos o la familia, es muy duro ver al familiar simplemente pidiendo que lo salvaran , pidiendo llorando y gritando desesperada porque no sabía qué hacer y nosotros desde dentro tampoco sabíamos que hacer y reanímelo y reanímelo y entre comillas yo simplemente le decía a Dios que pasa, salga adelante y todo salimos de ese momento de reanimación cuando la doctora dijo no más, ya llevamos mucho tiempo en reanimación , todos salimos con el ojo aguado, la terapia respiratoria, todos simplemente nos salimos de ese cubículo y soltamos el llanto.

**Nidia:** ¿Cómo se le comunico a la familia el deceso del paciente y quien fue la persona que dio la comunicación y cuál fue la expresión de los familiares en ese momento?

La doctora salió y le dio la comunicación que el paciente definitivamente se había muerto y

**Participante:** yo cuando salí simplemente escuchaba los gritos de la familia, de la mamá que decía “dígame que lo saco, dígame que lo puso salvar, dígame que lo salvo” solo decía y gritaba eso delante de, en el pasillo delante de todo el mundo, dígame que lo pudo salvar y simplemente ella después cogió el teléfono y llamo a la mamá y le dijo “que se murió, simplemente se murió” y no sabía y yo creo que en la expresión de ella aunque mucha gente decía pero a quien grita y hay diferentes formas de expresar y se pueden interpretar mal pero yo sé que ella llamaba a alguien y le decía “ no entiende que se murió, no entiende que se murió” y solo gritaba eso

**Nidia:** ¿Qué fue lo más difícil de todo este proceso?

**Participante:** Sentirme impotente, mmm pensar de que uno pudo haber hecho más y no, no hay forma y uno piensa que hago más, que hago más, como lo saco y tenemos que saber en esta función que no somos dioses

**Nidia:** ¿Qué le afecto emocionalmente o personalmente?

**Participante:** Principalmente como lo dije anteriormente mucha tristeza la muerte de ese niño, la ida de ese niño y la frustración de que pude haber hecho algo más y no sé qué se quede uno ahí como impactado de que no pude hacer nada más.

**Nidia:** ¿Alguna manifestación clínica? Perdón Física

**Participante:** El llanto, el llanto me condujo naturalmente, como cuando uno llora con ese sentimiento de tristeza, falta el aire sentía un atragantamiento en la garganta tenaz y por eso nos mirábamos y sentíamos que no podíamos ni siquiera hablar

**Nidia:** ¿Alguna manifestación conductual?

**Participante:** Llorar, simplemente llore, obviamente sabía que teníamos que seguir adelante, y como dicen por ahí respirar otra vez, la tristeza se lleva dentro y pues seguir

**Nidia:** ¿Qué sabe usted respecto al duelo?

**Participante:** Es la etapa que todos debemos de pasar, ante cualquier situación, duelo me refiero como lo decía un amigo psicólogo, nosotros tenemos etapas en la vida como la perdida de algo, la pérdida de un amor y uno pasa por una etapa y el duelo de diferente forma se manifiesta de alguna forma, con llanto, con soledad, con tristeza, con aislamiento de la misma persona, pero pienso que para mí cada persona es diferente de manifestarlo y es muy valioso

**Nidia:** ¿ha manifestado alguna de las etapas de duelo por alguno de sus pacientes?

**Participante:** Dentro de las etapas la negación y el enojo por el mismo paciente y aceptación por pacientes que realmente necesita ir a descansar

**Nidia:** ¿De acuerdo a todo lo anterior y todo lo que me ha manifestado, la ha afectado emocional o personalmente la muerte de alguno de sus pacientes?

**Participante:** No, pues personalmente eeeee, yo creo que en el momento, yo creo que lo que decíamos anteriormente, el duelo que se pasa en el momento y ya luego uno profesionalmente nos posicionamos en el lugar en donde estamos simplemente levanto la cabeza

**Nidia:** ¿Se vuelve normal o natural la muerte de los pacientes con el pasar del tiempo?

**Participante:** Eso es lo que yo estaba ahorita hablando de la UCI nosotros con la rutina diaria en la parte de enfermería, de ver tanta cosa uno dice ya se murió enterrémoslo, y yo creo que aún tengo en el interior un sentimiento por la muerte de los pacientes y me puedo dar cuenta

simplemente por ver por ejemplo al familiar “levántate, levántate tú eres fuerte” seme arrugo el corazoncito

**Nidia:** ¿Cree que desde su experiencia profesional que hay deshumanización frente a estos sucesos de muerte y duelo?

**Participante:** General, si hay deshumanización por lo mismo, yo creo que por la rutina que tenemos a diario, el corre corre diario y yo he tratado de buscar el respeto por el paciente ya sea muerto o no, pero si se va perdido esto.

**Nidia:** ¿Considera que tiene algo que ver la carga laboral frente a el duelo y la muerte?

**Participante:** En ocasiones, en ocasiones porque hay mucho deceso de personas por las situación que está pasando la clínica estado y muchas personas ,eee, ósea, ya, ya rápido hay que amordazar el paciente, porque como dice administrativamente, hay una cama que debo ocupar, segundo hay más pacientes que toca atender

**Nidia:** ¿Cuáles cree que son las necesidades de formación y de la clínica frente a estos dos temas?

**Participante:** La clínica como tal pienso que no está formada como tal, pero en una comunicación que hubo de atención al usuario se está trabajando en eso, se está trabajando precisamente en el duelo del paciente, en cómo realizar ese abordaje, no lo han establecido y eee finalmente, pero si escuche precisamente a la doctora que estaba realizando ese proceso

**Nidia:** ¿Ha leído al respecto de la muerte el duelo, ha tomado algún curso algún seminario?

**Participante:** No

**Nidia:** ¿En caso de que fuera a usted a la que le fueran a comunicar la noticia de que un familiar falleció, como le gustaría que le dieran la noticia?

**Participante:** Por lo menos sentada, y que yo sé que cuando un paciente llega a reanimación uno está afuera a la expectativa y uno ya va a saber cómo es parte de la salud, cuando todo el mundo se empieza a alejar, simplemente uno ve la expresión de la gente y vean al médico dirigirse a uno ,ya lo sospecha, entonces, si como mínimo, en ese momento yo no creo que uno quiera irse a una habitación o un sitio privado a que le digan su familiar murió, pero si se pudiera, pues sería como más privado, como más tranquilo y hay unos médicos que le dicen simplemente a uno

“falleció” y ya y no tienen como la ... como se llama eso, el tacto de decirle a uno sutilmente de “se murió”

**Nidia:** ¿considera que es parte de su formación profesional ayudar a dar la información y acompañar a los familiares?

**Participante:** Es una responsabilidad muy grande, No, no me ha tocado, yo no doy ese tipo de información digo yo, porque yo rompo en llanto, siempre le he dicho al médico para que lo haga

**Nidia:** ¿Quién cree que debiera informar si no fuera el médico, la muerte del paciente?

**Participante:** Yo creo que los más preparados espiritualmente serían los curas, pero como no todos somos de la misma religión, lo veríamos como equivocado, pero desde la profesión un psicólogo que llega como más fácil con la gente o un trabajador social

**Nidia:** ¿Hablando del duelo y la muerte considera que deberíamos hacer una cátedra o las facultades nos deberían preparar en el duelo y la muerte en pregrado?

**Participante:** Sí, es importante, porque uno no piensa en eso, simplemente le suceden las cosas y ya, por eso yo creo que uno también va perdiendo la humanización en eso, porque se vuelve todo tan rutinario que ya sabes qué pides, creces y mueres y así de sencillo, pero si deberían como meternos esa partecita de tener respeto frente a esas personas, y sobre el duelo y muerte no recibí información, simplemente ya!

**Nidia:** ok. Muchísimas gracias

### **Transcripción Entrevista G. 20150921120342**

**Nidia:** Buenas Tardes, me regla su nombre por favor

**Nidia:** ¿Qué es para usted una unidad de cuidado intensivo y como la relaciona con la muerte de los pacientes?

**Participante:** La unidad de cuidados intensivos es un servicio en el cual se manejan los pacientes en estado crítico en el cual se le realizan procedimientos especiales, es donde están los pacientes más delicados, en estado crítico.

**Nidia:** ¿Cuál es el sentido y el objetivo de su profesión, respecto a un paciente en estado crítico?

**Nini: Participante:** Los pacientes en estado crítico pues se les brinda la mejor atención , a los cuales tenemos que brindarles el mayor cuidado y son pacientes que se les realiza estricta revisar conceptos pacientes que se les inicia medicación determinada, pacientes con respiración mecánica, pacientes que requieren tanto enfermería como terapia respiratoria

**Nidia:** ¿Qué es para usted la muerte?

**Participante:** La muerte para mí es como el proceso que tiene un paciente que de acuerdo ya sea a sus condiciones de estado en el que llega, ya no responde

**Nidia:** ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?

**Participante:** Eeee pues la, desde el punto de vista mío, desde, por la experiencia que llevo desde el principio da como tristeza para mí y ya después se vuelve como un común y no sé, entonces cuando se da el momento de partida se tiene que aprender a diferenciar entre la muerte de un paciente

**Nidia:** ¿Recuerda la muerte de algún paciente en especial, que sintió, como actuó?

**Nini: Participante:** Recuerdo una muerte que me impacto, un niño de cuatro años, un niño que llega por una revisar concepto, abdominal, ee me causo muchísimo dolor ver la angustia de su madre, gritando que por favor hiciéramos algo para salvarlo, pues llego en condiciones generales malas, con paro cardo respiratorio y la mamá llorar y suplicar que porque si él era un angelito que estaba comenzando a vivir

**Nidia:** ¿Qué fue lo más difícil de la situación?

**Participante:** Lo más difícil de todo el proceso de la muerte del paciente mmm, fue el momento en que teníamos que trasladar al paciente a sala de y la mamá se me acercó y me preguntaba el porqué de las cosas, por qué y con un nudo en la garganta no pude decirle nada, lo único que le pude decir fue diríjase el médico

**Nidia:** ¿Qué paso en usted, que sentimientos afloraron en ese momento?

**Participante:** Sentí como tristeza y al mismo tiempo frustración y pues enojo porque no se pudo hacer mucho por el niño, quisiéramos haberle brindado lo mejor, pero ya estaba muy avanzado lo que traía el niño, un vacío en el estómago tenaz, dolor de cabeza y debilidad

**Nidia:** ¿alguna manifestación conductual?

**Participante:** No... llanto

**Nidia:** ¿Qué es para usted el duelo?

**Participante:** Para mí el duelo es como un vacío, un vacío porque de pronto uno tiene que... ya he vivido que es el duelo, porque mi papá falleció, es como si le faltara algo que todo el tiempo estuvo con usted y que lo acompañó en todo instante

**Nidia:** ¿ha manifestado alguna de las etapas de duelo por alguno de sus pacientes?

**Nini Participante:** Aceptación

**Nidia:** ¿De acuerdo a todo lo que me ha expresado, hasta qué punto se ha sentido afectada profesionalmente o de pronto personalmente?

**Participante:** De pronto como personalmente y parte también como la parte profesional... quisiera como haber tenido mejores condiciones para haberle ayudado más al paciente ...al menos unas horas más de vida

**Nidia:** ¿Se puede decir que se ha vuelto natural o normal la muerte de los pacientes?

**Participante:** Yo pienso que algo normal, se volvió como algo tan rutinario que... las primeras veces uno se pone en el papel del familiar pero se vuelve tan rutinario, natural

**Nidia:** ¿Cree que desde su experiencia profesional se ha deshumanizado estos procesos?

**Participante:** Si en gran parte, porque muchas personas no saben ni tolerar, ni saben cómo enfrentar que cada persona tiene un duelo diferente, no sabe asimilarse

**Nidia:** ¿Considera que existe alguna relación de la carga laboral con la forma de abordar estos fenómenos?

**Participante:** Pues lo que pasa es que en gran parte cuando hay estos sucesos así de duelo lo que trata uno es ...uno la verdad evade decir las cosas y manda a otras personas a que lo digan

**Nidia:** ¿Cuáles cree que son las necesidades de formación que debemos tener desde la profesión y con respecto a la clínica frente a estos temas?

**Participante:** Yo creo que si falta más capacitación en esa parte, en la parte de cómo asimilar el duelo porque no se sabe, más que todo relacionados al familiar

**Nidia:** ¿Ha leído libros, asistido a seminarios respecto la muerte y el duelo?

**Participante:** No

**Nidia:** ¿En caso de que usted fuera el familiar de la persona que fallece, como le gustaría que le comunicaran?

**Participante:** No sé, que me la hubieran comunicado de una forma tranquila sin gritos, porque a veces pasa eso, porque a veces el profesional no sabe cómo decirle las cosas al familiar que esta alterado y lo único que le dice es ¡ya cálmese! Entonces debe ser un poquito como con más tranquilidad

**Nidia:** ¿considera que es parte de su formación profesional ayudar a informar a los familiares?

**Participante:** No, porque avisar al familiar no.

(Se habla, pero no es claro lo que se dice)

Sí, sí se puede porque si se ha manejado, en el área de pediatría si se ha manejado pero en adulto debía ser diferente.

**Nidia:** ¿Quién cree que debiera informar la comunicación de que está muerto el paciente?

**Participante:** El medico

**Nidia:** ¿Bueno, entonces frente a los temas de duelo y muerte, considera que la academia nos debería formar en pregrado para estos temas?

**Participante:** Sí, porque en primera vez, uno no sabe cómo enfrentar el duelo hacia el paciente y menos este tema a los familiares y a la verdad uno al ver la situación lo que hace es huir, uno le dice “falleció” que uno le tenga que explicar...porque uno tiene que decir, pero ya

**Nidia:** Gracias.

## **Anexo No. 5. Matriz de análisis**