

MANEJO DEL PROCESO DE DUELO E INTERVENCIÓN EN CRISIS CON PACIENTES Y SUS FAMILIAS EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO: LA SITUACIÓN DE LOS NUEVOS PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA EN COSTA RICA

Flor María Artiaga Artiaga*

Recepción: 1 de diciembre de 2006 • Aprobación: 13 de abril de 2007

RESUMEN

Esta investigación identifica necesidades de capacitación en profesionales de medicina y enfermería egresados de la Universidad de Costa Rica en habilidades para la comunicación de malas noticias e intervención en crisis. El estudio es de tipo exploratorio-descriptivo. Los datos fueron obtenidos por cuestionario de autoaplicación y mini-grupos focales. El análisis integra datos cualitativos y cuantitativos en triangulación. Se determinó que ambos grupos requieren de capacitación en los temas mencionados, principalmente en los de medicina.

Palabras claves: duelo, intervención en crisis, autocuidado, capacitación, medicina, enfermería, hospital.

ABSTRACT

This research identifies training needs of professionals in medicine and nursing graduates of the University of Costa Rica in skills for communicating bad news and crisis intervention. This is an exploratory - descriptive study. The data was obtained by self-administered questionnaire and mini - focus groups. Analysis integrates qualitative and quantitative data on triangulation. It was found that both groups need training in those subjects, mainly in medicine.

Key words: Grief, Crisis Intervention, Selfcare, Training Medicine, Nursing, Hospital.

* Sede de Limón de la Universidad de Costa Rica [flor.artiaga@ucr.ac.cr]

Introducción

La muerte constituye, una de las experiencias más difíciles en la vida de toda persona. Tanto fallecimiento de un ser querido como el padecer de una enfermedad mortal o bien, la pérdida de facultades físicas y / o mentales requiere de un proceso psicológico de adaptación, e implica elaborar un duelo.

Los centros hospitalarios, son instituciones que se dedican a trabajar de forma cercana con la enfermedad y la muerte, por tal razón, quienes laboran en ellas suelen encontrarse en situaciones en las que deben lidiar con las reacciones psicológicas propias de las crisis los procesos situaciones, en las que deben lidiar con las reacciones psicológicas propias de las crisis, los procesos de duelo y muerte, en sí mismos y también con sus familiares.

En Costa Rica, existen instituciones encargadas de brindar apoyo, contención y acompañamiento a los familiares y pacientes que se encuentran en una fase terminal de su enfermedad, estas suelen tener personal capacitado, para dar una intervención apropiada a las crisis y a los procesos de duelo, sin embargo, en la mayoría de los hospitales, la muerte se da sin que exista una formación adecuada en la mayor parte del personal de salud, para afrontar estas situaciones.

Por eso tanto el personal de medicina como el de enfermería, cuentan con pocas herramientas para hacer frente tanto, a sus pérdidas personales como las de sus pacientes y las personas relacionadas con éstos, generando altos niveles de estrés. (Gómez, 1996).

Por lo expuesto anteriormente, se considera de suma importancia ofrecer herramientas conceptuales, técnicas básicas, para el equipo de trabajo médico y

de enfermería y así facilitar espacios de apoyo, catarsis y contención, que les permita afrontar, de una forma más efectiva y segura, la crisis, el proceso de duelo y muerte de los pacientes a su cargo. (Cabo, 2001; Pasnau et. al., 1987).

A partir de lo anterior, el proyecto estableció el siguiente objetivo general:

Diagnosticar las necesidades de capacitación de un grupo de profesionales en el área de medicina y enfermería de la Universidad de Costa Rica para comunicar malas noticias e intervenir en situaciones de crisis, que puedan sufrir, tanto los pacientes como sus familiares dentro de un hospital.

Metodología

a. Sujetos

La investigación se hizo con estudiantes de medicina que estaban efectuando su internado y con los del último nivel de la carrera de Licenciatura en enfermería, ambos de la Universidad de Costa Rica. El del maestro fue de tipo no probabilístico (Hernández, Fernández y Baptista, 1991) seleccionado a 60 sujetos voluntarios, que representan a los estudiantes de niveles superiores, profesionales de medicina y enfermería, que laboran en los diferentes hospitales del país.

b. Procedimiento

En esta investigación se recolectó la información a partir de la elaboración y uso de un cuestionario de autoaplicación, a los 60 estudiantes que conformaron la muestra. Dicho cuestionario contenía preguntas abiertas y cerradas y exploró información referente a conocimiento sobre el tema del duelo; experiencia en enfrentar la muerte con pacientes, sentimientos, pensamientos, estrategias de

afrontamiento, trato con familiares de pacientes terminales y necesidades asociadas con la intervención psicológica en casos de duelo por muerte.

Se organizó posteriormente, dos grupos focales con el fin de complementar la información obtenida a través del cuestionario, uno con estudiantes de último nivel de enfermería y otro con estudiantes de medicina, que estaban realizando el internado en el Hospital calderón Guardia. El grupo focal de enfermería, se realizo con cuatro personas, en el caso del grupo de medicina, se contó con cinco participantes todos de sexo masculino. Los temas tratados en el grupo focal, fueron el trabajo y la muerte, el ámbito personal y auto cuidado, el trabajo interdisciplinario en medicina y enfermería, capacitación profesional.

c. Análisis

Los datos se elevaron a partir de las variables definidas previamente. Las preguntas cerradas, se codificaron y analizaron con apoyo de los programas SPSS y Excel. Los datos fueron analizados por grupos clasificados, según la disciplina a la que pertenecen, con el fin de controlar la variabilidad. La información obtenida se analizo a través de la triangu-

lación establecida al vincular la información bibliográfica obtenida, con los datos derivados del cuestionario, del criterio de expertos y la reflexión analítica de las investigadoras.

Luego del procedimiento descrito, se definieron los contenidos y la estrategia didáctica mas apropiada para la elaboración del modulo de capacitación.

Con la información recabada, se elaboró un modulo de capacitación que responde a las necesidades identificadas.

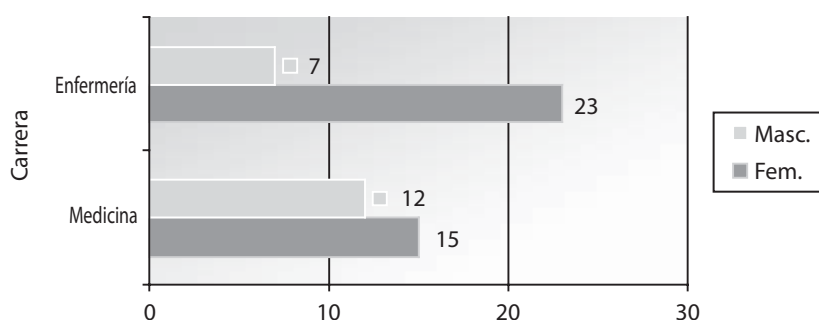
Resultados

a. Características de la muestra

En esta variable, la mayoría de las personas entrevistadas se encuentran entre los 23 (26.3%) y los 24 años (21.1%). Los rangos de edad varían de acuerdo a la carrera, por eso en enfermería se establece un grupo entre los 20 y 32 años, que en medicina se encuentra entre los 22 y 27 años. Con respecto al sexo, la mayoría de las personas participantes (66.7% del total) fueron mujeres.

Considerando que la muestra de este tipo no probabilístico y los participantes fueron voluntarios, este comportamiento de la muestra, podría reflejar una mayor sensibilidad e interés por parte de ellas

Gráfico 1
Sexo



en estos temas, que podría ser explicado con base en el proceso de socialización de género y que podría ser estudiado en futuras investigaciones.

Participantes

La muestra final estuvo constituida por 27 estudiantes de medicina y 30 de enfermería. Hubo una mortalidad del 10% en los participantes médicos lo que podría reflejar una mayor resistencia al tema tratado en comparación con los de enfermería.

b. Actitudes hacia la pérdida, la muerte, el duelo y la comunicación de malas noticias en el contexto hospitalario

En el caso del grupo de enfermería, se puede identificar con claridad una visión homogenizada de la muerte, tanto en el tipo de respuesta dada en los cuestionarios, como en las intervenciones hechas en el grupo focal.

Las actitudes manifestadas en este grupo de estudio están, permeadas por la formación académica que han recibido en torno a los procesos de duelo y muerte. En ambos grupos se considera, que el fallecimiento de un paciente bajo su cuidado y comunicar un diagnóstico negativo a los familiares son situaciones que generan estrés, en el ámbito hospitalario. En ambos grupos se mantuvo proporciones similares. (Ver tabla 1).

Otros elementos que causan estrés no existe señalados en el grupo focal fueron la causa de muerte o enfermedad del paciente. Los participantes, manifestaron sentirse afectados tanto por la muerte de una persona en circunstancias trágicas o súbitas, como por un proceso de intervención médica.

En el caso de la muerte antecedida por enfermedad, el punto crítico se da debido a que, a pesar de las intervenciones realizadas, se sabe que la persona va a

Tabla 1

VARIABLES	CÓDIGOS	CARRERA		TOTAL
		MEDICINA	ENFERMERÍA	
		%	%	
P4: FALLECIMIENTO DE UN PACIENTE	Muy de acuerdo	37,0%	23,3%	29,8%
	De acuerdo	55,6%	56,7%	56,1%
	Indeciso (a)	0,0%	3,3%	1,8%
	En desacuerdo	7,4%	16,7%	12,3%
P5: DAR DIAGNÓSTICO	Muy de acuerdo	22,2%	26,7%	24,6%
	De acuerdo	37,0%	43,3%	40,4%
	Indeciso (a)	14,8%	20,0%	17,5%
	En desacuerdo	25,9%	6,7%	15,8%
	Muy en desacuerdo	0,0%	3,3%	1,8%
	No. SUJETOS	100,0%	100,0%	57

fallecer. Cuando las muertes son inesperadas, lo impactante son las condiciones trágicas en las que se puede haber dado.

Preocupa la cantidad y calidad de la información que se espera de ellos como profesionales en medicina, temen dar datos erróneos. A este punto, se debe adjuntar también la apremiante demanda de información por parte de las familias.

La etapa del desarrollo en la que se encuentra la persona enferma o fallecida es otro factor estresante.

Los participantes de ambos grupos, señalan que la edad del paciente es una característica significativa pues se asocia con un factor de identificación con dicho paciente. Se considera la identificación con el paciente como un problema en el desempeño de la labor de los profesionales de la salud, por que resta objetividad en el trabajo profesional que se agudiza con el dolor, tristeza e inseguridad que, como, provoca el tener que dar una mala noticia al paciente.

El grupo de enfermería señaló, como principal factor estresante al comunicar una mala noticia, el saber que van a provocar sufrimiento en la persona que recibe dicha información.

A partir de lo planteado por los informantes, estas situaciones, tienen un denominador común: La preocupación en torno a la familia y el impacto psicológico que puede tener la muerte, tiene especial relevancia, e incluso pareciera ser más importante que el propio enfermo.

A raíz de las respuestas facilitadas en el grupo focal de medicina, se profundizó en lo que la muerte les significa. El profesional en medicina, pasa por un proceso de desensibilización que da inicio a partir de las primeras prácticas en el contexto hospitalario y que se reproduce constantemente como una característica propia

de este gremio, se considera que esa desensibilización termina muchas veces en la despersonalización y minimización de la muerte.

Ambos grupos, consideraban que las experiencias personales influyen en la forma de comunicar la noticia y el manejo de las reacciones, producto de ella. Sin embargo, se observó una mayor resistencia en el grupo de medicina a hacer referencia a dicho aspecto, en las intervenciones hechas, es posible observar como la experiencia personal y la subjetividad entran en contradicción con los mandatos sociales y profesionales de poder, control y objetividad, depositados en el personal de medicina, deben sumarse en este, grupo, a los mandatos desde la masculinidad en el proceso de socialización.

El varón profesional en medicina (que es del que se tiene información en el grupo focal de medicina) carga con la tarea de cumplir no solo con su rol profesional con el propia de su género, doble encargo de poder que no le permite sentir ni expresar dolor, pues son signos de debilidad en ambos casos. Así mismo, como producto de estas expectativas hacia el varón médico, se le asigna el rol de protección, desde su lugar de poder (como médico y como hombre), debe el sostén en medio de la adversidad. Se legitima la estrategia de bloquear, desensibilizar y despersonalizar para poder cumplir con las expectativas que se tienen de él, aún en deprimente de su salud.

Además, fue posible identificar que la muerte es vivida como un evento que genera importancia, principalmente cuando la tarea del médico está asociada con el “poder” combatir la enfermedad y “salvar” a los pacientes.

De acuerdo con los datos recopilados, es posible afirmar que, la formación es un

factor de gran peso cuando a las actitudes generales al enfrentarse con la muerte en el ámbito laboral. De tal forma, los estudiantes de enfermería poseen más recursos para afrontar las situaciones de crisis y pérdida en tanto que profesionales en medicina, al carecer de este tipo de formación tienden a ser más distantes con los pacientes, lo cual se ve reforzado por los roles propios de la labor médica.

c. Fortalezas identificadas en situaciones que implican duelo y/o muerte y la comunicación de malas noticias en el contexto hospitalario

Se determinó, como una fortaleza del grupo de medicina, que dan importancia a la disposición de tiempo como un factor que debe ser tomado en cuenta para comunicar una mala noticia.

Otra fortaleza es que, a pesar de los encargos sociales y familiares, no desestiman la calidad y veracidad de la información. En la discusión, los participantes al grupo focal de medicina hicieron énfasis en la importancia de no dar falsas esperanzas, tanto a los pacientes como a sus familiares, sobre el pronóstico de una enfermedad. Expresan, que ésta ha sido la formación que han obtenido *“esperar buenos resultados, mas nunca dar buenas noticias”*, esto por cuanto el curso de un padecimiento es, muchas veces, incierto y la hospitalización de una persona implica muchos riesgos.

En el caso de los estudiantes de enfermería, se identificó como fortaleza la disposición de crear el ambiente apropiado para una buena intervención y la importancia que le dan al abordaje psicoafectivo en la comulación y apoyo a los dolientes que se puede observar en el énfasis que dan a la escucha, los sentimientos y al acompañamiento a lo

largo de la comunicación o apoyo de los dolientes.

Esto se refleja en el cuestionario al indagar las estrategias empleadas para comunicar un diagnóstico negativo a la familia. En caso del grupo de enfermería, la distribución de respuestas fue la siguiente:

“Tratar de explicar sencillamente lo ocurrido” (30%), no respondió (16.7%), “Comprender la reacción de los afectados” (13.3%), “Les diría que se hizo lo posible (13.3%), “Dejar que se desahoguen” (13.3%), “Explicar las acciones que se realizaron” (10%) m “Dejar que externen sus sentimientos” (10%), “No me sentiría mal (3 personas, 10%).

Por otra parte, en el caso de los estudiantes de enfermería, estos señalan las pérdidas personales como un obstáculo en el momento de realizar una intervención en crisis. Sin embargo, manifiestan también que este factor podría convertirse en un elemento que a la persona y potencie empatía, pues una experiencia con la muerte, puede orientar a la persona sobre las necesidades que tienen quienes están en crisis en ese momento:

“Eso sí, da una fortaleza para que uno pueda saber qué necesita la otra persona, saber que algunas necesidades que tiene, yo también las viví, para saber cómo quisiera ser ayudado”.

d. Debilidades identificadas en situaciones que implican duelo y/o muerte y la comunicación de malas noticias en el contexto hospitalario

Se determinó como un área débil la formación teórico – práctica para el abordaje de situaciones que implican duelo y muerte. Sin embargo, esta necesidad se visualiza en dos niveles diferentes, ya que los estudiantes de enfermería poseen una formación básica, no así el grupo de

estudiantes de medicina, quienes afirmaron en repetidas ocasiones en el grupo focal, no haber tenido formación en este sentido.

A partir de lo anterior, se explica el que los médicos participantes del grupo focal hagan referencia a las formas inapropiadas o duras con las que algunos colegas comunican el fallecimiento de una persona a sus familiares:

Se identificó como debilidad en los participantes médicos la sobreestimación del conocimiento médico – científico y la subestimación de los aportes que las otras profesiones de la salud – incluyendo la psicología – pueden hacer para informar un diagnóstico negativo o la muerte de manera efectiva y adecuada. Consideran importante conocer y comunicar todos los tecnicismos médicos sobre la causa de muerte o enfermedad, pero no dan importancia a las estrategias de comunicación, la empatía o la sensibilidad.

El grupo de estudiantes de medicina entrevistados, descalificó, la intervención que los profesionales en enfermería podrían aportar. Redactar no considera necesario formarse en otras áreas y subestiman la labor del resto de trabajadores de la salud.

En este sentido, la descalificación que el personal de medicina realiza hacia el personal de enfermería, podría estar vinculado con invisibilización del trabajo femenino personificado en el trabajo que realizan los y las profesionales en enfermería.

De acuerdo a la división sexual del trabajo, culturalmente se asignan roles específicos a las personas en razón de su sexo, y en este caso las labores realizadas por el personal de enfermería se caracterizan por el cuidado de los otros, la atención de necesidad básicas y el servicio,

factores que definen el trabajo “doméstico”, tradicionalmente desempeñado por mujeres.

Esta situación se considera una debilidad en la organización de los trabajadores de la salud, principalmente del área de medicina y enfermería, en la cual no se dilucida la existencia de un trabajo interdisciplinario propiamente dicho, ya que la visión de un grupo profesional con respecto al resto del personal, entorpece las posibilidades de canales de comunicación efectivos que benefician aún a los pacientes y su familia.

Otro elemento que constituye una debilidad dado que es un obstáculo importante para la comunicación de malas noticias. El miedo constituye un factor que obstaculiza una comunicación asertiva, ya que el médico tiene temor de ser demandado. Es importante señalar, que a pesar de la descalificación hacia el personal de enfermería, en este contexto es considerado de gran apoyo, ya que consideran que pueden ser “testigos” del trabajo médico y pueden dar fe de que se hizo lo posible evitando eventual demanda por mala praxis.

En síntesis, las debilidades identificadas en el grupo de medicina corresponden a elementos básicos de comunicación asertiva e intervención en crisis como lo son la empatía, escucha, validación de sentimientos, contención emocional, etc.

En el caso del grupo de enfermería, se identificaron como debilidades las limitaciones impuestas por el sistema de trabajo que podría debilitar la buena disposición del personal para realizar la labor de comunicar diagnósticos negativos y realizar intervenciones en crisis por situaciones de pérdida o duelo.

Estas limitaciones se refieren a la necesidad de espacio físico en las instalaciones

hospitalarias, para la Caja Costarricense del Seguro Social es más importante poner a disposición de los pacientes la mayor cantidad de camas, que propiciar espacios privados que para la administración de los hospitales no tienen ninguna utilidad médica específica.

e. Capacitación obtenida

Se exploró este tópico en el cuestionario, y se encontró que 13 personas de medicina y solo 1 de enfermería respondieron no haber recibido capacitación en intervención en crisis, lo que representa un 24.6% del total. Es importante señalar que de 41 personas que respondieron si haber recibido algún tipo de capacitación, lo que representa un 71.9% del total, solamente 14 son estudiantes de medicina y 27 de enfermería.

Asimismo, al indagarse en el grupo focal, cuáles son las herramientas con las que cuentan los profesionales en medicina para comunicar malas noticias situaciones derivadas de ésta, los participantes respondieron haciendo un recuento de experiencias académicas que han tenido. Mencionaron el diagnóstico por etapas y el conocimiento médico como herramienta. El grupo de estudiantes de medicina reconoció no haber tenido capacitación

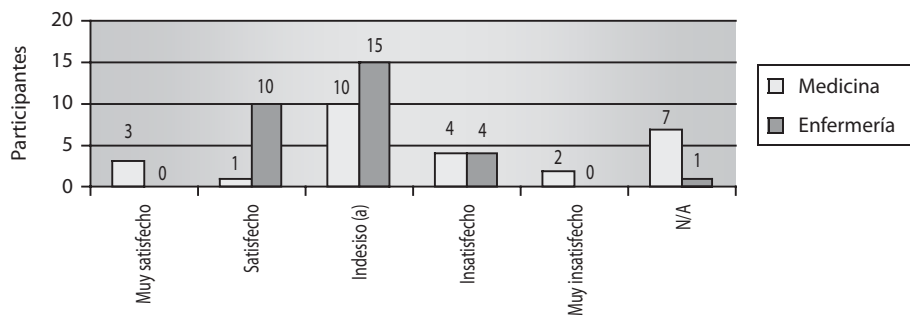
formal al cómo dar las malas noticias.

En cuanto de capacitación en procesos de duelo, 18 (66.7%) de los participantes del grupo de medicina manifestaron haber recibido algún tipo de capacitación, 14 (78%) de estos como fuente de información un curso de carrera (psiquiatría), en tanto que los 4 (23%) mencionaron haberse formado de manera autodidacta. *Del total de encuestados, solamente un 14.8% se encuentra satisfecho o muy satisfecho con la capacitación recibida en el tema.*

Según la información obtenida por medio del cuestionario, un 90% del grupo de enfermería, afirma haber recibido capacitación en intervención en crisis como parte de un curso establecido en la carrera, 25 personas (91.6%) indicaron el curso de Relaciones Interpersonales de Ayuda, 6 (22.2%) señalaron también el curso de Dolor y Cuidado Paliativo y el taller de desarrollo personal (2 personas, 7.4%). Con respecto a la capacitación a través de cursos optativos, se tiene 1 persona y con formación autodidacta, se encontró 2 más.

Con respecto a la capacitación en el conocimiento y manejo de proceso de duelo, 28 (93.3%) del grupo de enfermería indicó haber tenido capacitación en esta área. (Ver gráfico 2)

Gráfico 2
Satisfacción con capacitación recibida



Actitud

Al consultarse sobre las características que podría tener una eventual capacitación, los participantes señalaron la importancia de que ésta se llevara a cabo en grupos pequeños, donde no haya muchas personas, porque así: "... *la gente se puede expresar libremente*", resaltaron también el que no sea magistral.

Si esta formación se incluye como parte del plan de estudios, señalan la importancia que el mismo sea en niveles avanzados y en el ámbito laboral recomendaron capacitar por servicios y dentro del horario de trabajo. Ambos grupos señalaron que la modalidad didáctica mas atractiva seria el taller pues la estructura flexible que le caracteriza permitiría espacios para desahogarse y expresar las ansiedades que no tienen lugar en el ámbito de trabajo indicando también que seria importante que se realizan fuera de la institución.

La modalidad autodidacta es considerada como una mala estrategia como modalidad principal, pero como material complementario tiene mayor aceptación.

"En medicina lo autodidacta está mal porque uno aprende y lo aprende mal" (Participante en grupo focal de medicina, octubre, 2003).

Los roles de trabajo propios de las instituciones hospitalarias inciden en la calidad de vida de sus trabajadores y sus hábitos de actualización profesional, por lo cual se considera muy válido las demandas que hacen ambos grupos con respecto a las condiciones óptimas para una eventual capacitación en cómo comunicar malas noticias y hacer intervención en crisis, lo anterior no excluye la posibilidad de elaborar o utilización de material complementario a lo aprendido en las capacitaciones presenciales.

Con respecto a los tópicos de interés, los mencionados con mayor frecuencia por el grupo de enfermería son: Procesos de duelo (15 personas, 50%), Familia (duelo, crisis y abordaje de) (12 personas, 40%), comunicación de malas noticias (9 personas, 30%), intervención en crisis (8 personas, 26.7%) y preparación para la muerte (6 personas). en el caso de los estudiantes de medicina, estos señalan como temas de interés los siguientes: intervención en crisis (16 personas, 59.3%), procesos de duelo (11 personas, 40.7%), autocuidado (7 personas, 25.9%), intervención en crisis a grupo familiar (5 personas, 11.1%).

e. Autocuidado

Según la manifestación por una de las áreas que presenta mayores problemas es el que se refiere al autocuidado.

A pesar de la importancia que se le da a nivel discursivo de sentimientos generados por tener que afrontar fallecimientos y comunicar malas noticias, en el ámbito formal este tipo de acciones no son consideradas de importancia.

Las prácticas de autocuidado son más frecuentes mientras se está en formación profesional, pero se pierde al estar en un espacio formal de trabajo. Reconocer que las prácticas de autocuidado no son tomadas en cuenta como parte de la cultura organizacional de las instituciones hospitalarias, la salud del personal de salud no es un tópico de interés, sólo se da importancia a la disponibilidad de fuerza de trabajo, principalmente entre el personal de enfermería y pero es un problema que afecta a todos los demás profesionales que laboran en los hospitales públicos.

Al igual que el espacio para los pacientes, el espacio para el personal de enfermería no es reconocido oficialmente por

el sistema hospitalario sino que se da en el ámbito informal de la convivencia profesional, además se mantiene a un nivel muy superficial.

Al enfrentar la muerte de un paciente, el personal de salud tiende a formularse una serie de interrogantes vinculados con su quehacer y el fin último de su labor: salvar vidas.

Sin embargo, según ellos luego lo asimilan. La pérdida de los pacientes es una situación que experimentan muchas veces durante su labor profesional, por lo tanto deben asumir la muerte como parte de su cotidianidad, sin que esto signifique que se deba perder, ignorar o evadir la sensibilidad y los sentimientos que esta situación naturalmente genera.

En torno a este tema, también se les consultó sobre el manejo de la presión diaria de trabajar con personas en crisis, no obstante, es importante señalar quienes participaron, dieron poca importancia a esta pregunta a la cual respondieron de manera escueta y vaga lo cual refleja claramente la poca atención y cuidado que se tiene al cuidado personal.

Algunos participantes señalan actividades como “*pasear al perro*” o ingerir café. Llama la atención que uno de esos individuos señala que “*no siente que se me de tanto, he perdido más sensibilidad seguro...*” (Participante en grupo focal de medicina, octubre, 2003), es decir, no puede reconocer que sienten, el dolor o la tristeza en el personal de medicina, no tiene lugar, pues es signo de debilidad y están en la obligación de mantener el poder y el control. Por lo tanto, se identifica una ausencia total de políticas y *prácticas efectivas de autocuidado*.

Se les planteó a las personas participantes la posibilidad de establecer un espacio para la expresión emocional y la

catarsis, plantearon una serie de inconvenientes acerca del establecimiento y el uso que se haría eventualmente de Este.

La existencia de un espacio físico y temporal para descubrirse emocionalmente, es una idea que genera mucha resistencia en el personal de medicina, pues implica exponer lo que se considera “debilidades”, por ende genera mucho temor y resistencia, sin que esto implique que no estén necesitados de este apoyo. A pesar de lo anterior, una de las personas participantes sí consideró importante un espacio de carácter psicológico para preservar la salud mental de profesionales de salud, debido a la presión de las deposiciones y responsabilidades que conlleva su trabajo y no tanto por las defunciones de sus pacientes:

En la discusión en torno a la pregunta hecha, los participantes minimizaron la importancia al aporte de la psicología en el contexto hospitalario. Señalaron necesidades más concretas como comida, acondicionamiento del cuarto de internos y distribución de las guardias como elementos suficientes para mejorar su ambiente laboral y por ende, su salud mental.

Es evidente que el hacer referencia a su condición personal emocional, se ve como una amenaza para su seguridad e imagen, las posibilidades de pensar en, reconocer o aceptar apoyo no es un asunto que parezca estar en discusión dentro del gremio médico, sigue siendo una necesidad negada. Mientras no se haga un intento por modificar la cultura organizacional de este gremio, las posibilidades de mejorar su calidad profesional y la relación con los pacientes y sus familias son reducidas, sin embargo, la creación de espacios en la formación profesional puede empezar a marcar la diferencia.

Conclusiones

La muerte sigue siendo un tema tabú, genera estrés, ansiedad y resistencia en las personas, aún en aquéllas que trabajan en un contexto en el que el fallecimiento de personas forma parte de la cotidianidad. La percepción de la muerte como aquéllo que debe ser combatido y que representa, en muchos casos, el fracaso de la ciencia médica o incluso negligencia, genera en el personal altos niveles de estrés que pueden repercutir en la calidad de vida de los y las profesionales si no es abordado adecuadamente.

Ante tal situación, una de las estrategias utilizadas frecuentemente para afrontar la ansiedad que genera el fallecimiento de los pacientes por parte de los profesionales en medicina, es la desensibilización. En esta se produce un distanciamiento de los pacientes que puede degenerar en una “deshumanización” del vínculo con ellos. Se considera que este distanciamiento obedece no sólo a la falta de formación académica en ésta área sino a las políticas institucionales y normas culturales, que presentan al profesional en medicina desde la perspectiva de la masculinidad hegemónica donde el mostrarse sensible ante estas situaciones supone “debilidad”, lo cual atenta directamente con el lugar de “poder” que el puesto tradicionalmente ostenta.

Se considera que esta “desensibilización” no es exclusiva de los médicos varones sino que afecta igualmente a las mujeres, sin embargo, estas últimas se ven afectadas por causas diferentes. Siendo la carrera de medicina, un espacio tradicionalmente masculino, las mujeres que se incorporan como profesionales en ésta área necesitan desarrollar estrategias de sobrevivencia en ese contexto.

Por lo anterior, no es gratuito el hecho de que exista resistencia por parte del personal de medicina a ser capacitados en habilidades psicológicas. La formación profesional se construye desde una visión empírico-positivista en donde el cuerpo y sus reacciones físicas determinan el éxito o el fracaso de su labor, por lo que el aporte de profesionales de otras áreas es desestimado.

Esta visión parcializada de la labor se legitima desde la cultura organizacional de las instituciones hospitalarias, las cuales priorizan en sus recursos la atención médica, dejando de un lado la atención de las necesidades psicológicas de la población, para las que se cuentan con un mínimo de profesionales en psicología en cada hospital.

En el área de enfermería, la formación académico profesional, aunado a un rol más asistencial, les permite establecer una relación diferente con los pacientes y sus familias, lo que le da mejores elementos de apoyo para comunicar malas noticias, acompañar a los dolientes y hacerse cargo de su propio proceso. Este factor está relacionado con la socialización de género que tiene esta población que en su mayoría es femenina, por lo que es posible identificar elementos propios de los roles asignados a las mujeres de acuerdo a nuestro contexto cultural: el cuidado de otras personas y la atención de sus necesidades, postergando las propias.

Existe disposición en la institución académica para capacitar a los estudiantes en lo que a duelo y crisis se refiere, sin embargo no se logran desarrollar las habilidades que la labor les exige, especialmente en el área médica. Ni la institución educativa desde los programas de estudio, ni la institución hospitalaria promueven espacios de capacitación en

técnicas de auto cuidado, lo cual se reflejó en la ausencia de estas estrategias como parte del proceso de intervención que estos profesionales realizan. Esto denota la existencia de una gran necesidad de capacitación y de reflexión en torno al discurso de formación y trabajo médicos en pos de una relación más humanizada con los y las pacientes a la vez que se ofrecen las herramientas para lidiar con este vínculo, de manera que no se afecte la calidad de vida de los y las profesionales.

Asimismo es importante la revisión del rol y las habilidades que el personal de enfermería y otros profesionales poseen en el contexto hospitalario y que, por asuntos de tipo administrativo y organizacional, ven limitado e imposibilitados de realizar otras tareas que podrían mejorar la atención en salud.

Bibliografía

- Álvarez, T. (2001, abril) La muerte en la cultura occidental. Aproximación al trabajo de morir. [589 párrafos]. *Revista Universidad de Antioquia*. Editorial Universidad de Antioquia [En red], no. 264. Disponible en: <http://www.editorialudea.com/revista/264.htm>
- Caja Costarricense de Seguro Social (2003) *Curso Especial de Postgrado en Atención Integral para Médicos Generales. Cuarto módulo*. San José: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) 2003. [Disponible en] <http://www.cendeiss.sa.cr/modulos/AISmodulo4.pdf>
- Casarett, D., Kutner, J., Abraham, J. (2001) Life after Death: A Practical approach to Grief and Bereavement. *Annals of Internal Medicine*, 134, 3, 208-213
- Claramunt Montero, Cecilia (1999) *Guía de trabajo para la intervención en crisis*. San José. Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS.
- Cobo Carlos (2001) *Ars Moriendi: vivir hasta el final (de cómo afrontar la muerte anticipada)* Madrid. Editorial Díaz de Santos, S.A. [En red]. Disponible en: <http://www.iespana.es/La-Muerte-Humana/indice2.htm>
- Fonnegra de Jaramillo, I. (1996) *Introducción al proceso de morir y la muerte. Última etapa del desarrollo humano*. Bogotá: Fundación Omega, Punto EXE editores.
- Fonnegra de Jaramillo, I., Bejarano P. (1992) *Morir con dignidad: Fundamentos del cuidado paliativo. Atención interdisciplinaria del paciente terminal*. Bogotá: Fundación Omega.
- Fonnegra de Jaramillo I. (2002) *El médico ante el sufrimiento del paciente que enfrenta su muerte*. [En Red] Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica3/00_Indice3.html Fortunecity (2003) Grupos focales. [En red] Disponible en: <http://victorian.fortunecity.com/operatic/88/articulos/art101.htm>
- Gil-Monte, P. y Peiró J. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gómez, M.(1996) *Cómo dar malas noticias en medicina*. Madrid: Grupo Ala médica S.A.
- Greenbaum, T. L. (1993). *The handbook for focus group research*. New York: Macmillan.
- Kearl M. (2001) Death and medicine. [En Red] Disponible en: <http://www.trinity.edu/~mkearl/deathmed.html>
- Kübler-Ross, E. Kübler-Ross, E. (2000) *Sobre la muerte y los moribundos*. Traducción de Neri Daurella. 1a Edición, España, Grijalbo Mondadori S.A.(El trabajo original se publicó en 1967)
- Morales, G., Pérez, J. y Menares, M. (2003) Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología*

- de la Universidad de Chile, 1: 9-25. [En red]
Disponibile en: <http://www.Rehue.csociales.uchile.cl/psicología/publica/PDF%20Revista%202003%20n1/cap01.pdf>
- Pasnau, R., Fawzy, I., Fawzy, N. (1987) *Role of the Physician in Bereavement*. Psychiatric Clinics of North America, 1, 109-120.
- Prigerson, H., Jacobs, S. (2001) Caring for Bereaved Patients. "All the Doctors Just Suddenly Go". *JAMA*, 286, 11, 1369-1376.
- Saunderson, E y Ridsdale, L (1999) General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study, *British Medical Journal*. Vol 319, p 293-296.
- Sherr, L. (1992) *Agonía, muerte y duelo*. Traducción de Sonia Flores. Bogotá: Editorial El Manual Moderno.
- Slaikueu, Karl (1996) *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Editorial El Manual Moderno, S. A.
- Stuart, J., et. Al. (2002) Defining Effective Clinician Roles in End-of-Life Care, *The Journal of Family Practice*. 51, 2, 53-158.

