



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE ASESORAMIENTO PSICOLOGICO Y ORIENTACIÓN**

**PROPUESTA DE ANALISIS DEL PROCESO DE DUELO EN MÉDICOS**

**Tutor:**

Purificación Prieto R.

**Autor:**

Juan S. Bethencourt M

**CARACAS, JULIO DE 2015**



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE ASESORAMIENTO PSICOLOGICO Y ORIENTACIÓN**

**PROPUESTA DE ANALISIS DEL PROCESO DE DUELO EN MÉDICOS**

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para el título de Licenciado(a) en Psicología)

**Tutor:**

Purificación Prieto R.

**Autor:**

Juan S. Bethencourt M.

**CARACAS, JULIO DE 2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a Dios por guiarme con su sabiduría

Les agradezco a todas y cada una de las personas que participaron en esta investigación,  
ya fuese como sujetos o como colaboradores al momento de la aplicación.

Gracias a mi familia por su paciencia y comprensión.

Gracias a mi novia y compañera de camino, por impulsarme siempre hacia la meta.

A mis compañeros de mención, cada uno a su manera está dentro de este trabajo,  
muchísimas gracias por todo.

Gracias a la UCV por ser el espacio perfecto para crecer.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
OPCIÓN: ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y ORIENTACIÓN**

**PROPUESTA DE ANALISIS DEL PROCESO DE DUELO EN MÉDICOS**

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

Juan S. Bethencourt M.

**RESUMEN**

El duelo es definido para los propósitos de esta investigación como el conjunto de manifestaciones que se ponen en marcha tras una pérdida y es un proceso que trae consigo un conjunto de emociones, representaciones mentales, y conductas vinculadas al área afectiva, frustración y dolor; además es experimentado por cada ser humano en el transcurso de su vida de alguna u otra forma; debido a esto se propuso la realización el presente trabajo con médicos y practicantes de distintas ramas de la medicina, dado que día a día se ven enfrentados a la muerte de algún paciente y la bibliografía especializada no reporta estudios que describan la manera en que se da el proceso de duelo en estos profesionales; razón por la cual se pretendió realizar una propuesta de análisis del proceso de duelo. Los participantes se desempeñaban en diversos centros hospitalarios entre Caracas y Valencia. El tipo y diseño de investigación fue exploratoria, debido al poco material existente que vincule directamente el proceso de duelo con los médicos y de corte no experimental. Se diseñó y aplicó un cuestionario que permitió identificar las siguientes categorías de respuesta: Tristeza, Frustración, Alteraciones en el comportamiento. Se sugiere en futuros trabajos ampliar el número de participantes e incluir a otros profesionales que también conformen el equipo de salud.

**Palabras Claves:** Proceso de Duelo, Médicos, Categorías analíticas de respuesta.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
OPCIÓN: ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y ORIENTACIÓN**

**PROPOSAL OF THE ANALYSIS OF GRIEF IN DOCTORS**

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

Juan S. Bethencourt M.

**ABSTRACT**

For the purpose of this research, Grief is defined as the set of actions and feelings that are put in motion after a loss, and it is a process that brings together an array of emotions, mental representations, behaviors related to the affective area, frustration and pain; it is also experienced by every human being throughout his life in some way or another. Because of the latter, it was decided to carry this research with graduated physicians and practitioners of different branch of health care; since, every day, they deal with the death of a patient, and the specialized literature does not report studies that describe the way in which the mourning process occurs in these professionals. A proposal, for the analysis of the mourning process is intended. The research participants are physicians that hold health care responsibilities in different hospitals in the cities of Caracas and Valencia, Venezuela. This research type and design was exploratory, since there is few written material that links grief process to the health care professionals. A questionnaire was designed and used to identify the following answer categories: sadness, frustrations and alteration in behaviors. Future works suggest to expand the samples and to include other health care professionals.

**Key words:** mourning process, medical doctors, Analytic response categories

## INDICE DE CONTENIDO

Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Introducción.....	8
Justificación.....	10
Objetivos.....	15
Marco Referencial.....	16
Marco Metodológico.....	34
Tipo de Investigación.....	35
Recursos.....	35
Procedimientos.....	36
Resultados.....	45
Análisis de Resultados.....	58
Limitaciones y Recomendaciones.....	61
Referencias.....	63

## INDICE DE TABLAS

Cuadro 1: Resumen de las etapas del estudio.....	34
Cuadro 2: Datos de identificación de los jurados.....	37
Cuadro 3: Resultados de la validación “Definición de Duelo” .....	38
Cuadro 4: Resultados de la Validación de “Emociones relacionadas a la muerte de un paciente.....	40
Cuadro 5: Resultados de la Validación de “Comportamientos asociados a la muerte de un paciente”	41
Cuadro 6: Resultados de la Validación de “Formación Tanatológica” .....	42
Cuadro 7: Datos relativos a los participantes de la Investigación.....	43
Cuadro 8: Categorización del proceso de duelo en médicos.....	61

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como génesis la aproximación a un proceso tan íntimo como lo que puede llegar a ser el contacto de una individuo con la muerte de un ser querido con la posterior elaboración de la pérdida y proceso de duelo, es cierto que el hombre, es un ente social, por lo cual durante su vida estará iré estableciendo varios vínculos con las personas que lo rodean, familia, amigos, parejas, compañeros de trabajo, estudio, etc; al romperse alguno de estos, se sufrirá una pérdida y posterior duelo, existen diferentes tipos de pérdida que harán que reviva este fenómeno, tal como lo pueden ser una enfermedad, la pérdida de un órgano o miembro, la migración, ruptura amorosa, entre otras, pero en esta investigación estaremos basados en el duelo que evoca en el personal de salud la pérdida de un paciente.

El duelo ha tenido diversas definiciones a lo largo de los años, por ejemplo Freud en 1917, en su publicación *Duelo y Melancolía*, lo definió como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad o un ideal; por su parte, Bowlby, (1980), ve el duelo como todos aquellos procesos psicológicos que se desencadenan después del hecho de la muerte o desaparición.

La pérdida de un ser querido, familiar o no, pudiera llegar a ser un evento muy traumático para muchas personas, tanto para su mundo psicológico como fisiológico, de hecho, el psiquiatra George Engel (1961) argumentó que el proceso de duelo, conlleva un proceso curativo similar al fisiológico, el cual permite que el cuerpo vuelva a su estado homeostático, este requiere tiempo y paciencia, tomando en cuenta el carácter individual del mismo, cada individuo se adapta, elabora y procesa a su manera y a su ritmo.

En adición, Stroebe (1992) ve el duelo como un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de la pérdida y el mundo diferente en el que ahora debe vivir la persona que sobrevive al fallecido. Más adelante en 1993, agrega el hecho de que los duelos son situaciones de crisis vitales en las cuales el sujeto puede llegar a salir fortalecido, todo según las estrategias de afrontamiento con las que cuente para enfrentarse el hecho.

Fauré (2004) lo define como una experiencia única y personal, en donde la respuesta de la persona dependerá del tipo de formación psicológica, emocional y hasta espiritual que tenga el

individuo al momento de sufrir la pérdida, este proceso lleva implícito un rasgo muy importante, el vínculo afectivo que existía entre el doliente y el objeto o sujeto perdido, ya que cuando mayor es la dependencia, mayores serán los mecanismos y la dificultad para aprender a vivir sin ella.

Por lo tanto, se conceptualiza al duelo como un fenómeno por el que no solo se atraviesa a raíz de una pérdida humana, sino también puede ocurrir debido a una ruptura de pareja, cambio de residencia, pérdida de mascota, incluso un proceso de migración, puede producir en la persona un proceso de duelo y hasta un desequilibrio emocional que debe ser abordado para devolver al cuerpo ese estado de equilibrio primario y de funcionamiento óptimo para enfrentar al día a día.

Viendo entonces el duelo desde esta postura, es muy válida la hipótesis de que para el personal de salud, el perder un paciente o incluso alguna muerte en su vida privada que no haya sido elaborada o trabajada por el sujeto, pudiera ser un motivo para entrar en un proceso de duelo y por consecuencia en un deterioro de su atención personal hacia el paciente, Berrios y Bracho (2007) respaldan esta hipótesis al exponer como cada quien que se encuentre trabajando dentro del área de salud es vulnerable al hecho que las muertes de sus pacientes llegue a afectar de alguna u otra forma en su desempeño.

Es por esto, precisamente que se tomó la decisión de trabajar con esta población específica en la presente investigación, al verla como un grupo que si bien se enfrentan a la muerte de sus pacientes día a día, no necesariamente cuentan con las herramientas para lidiar con este fenómeno y que además si arrastran algún proceso de este tipo, es probable que los afecte de algún modo en el ámbito laboral.

La misma contará con un abordaje desde la psicología humanista, y más específicamente desde el Asesoramiento Psicológico, está la oportunidad de trabajar bajo programas, estos programas, diseñados a modo de taller, proporcionan a la persona una muy buena oportunidad de aprender y crecer, tanto teórica como personalmente en conjunto con otras profesionales que, en este caso, comparten su experiencia personal y académicamente.

## JUSTIFICACIÓN

Uno de los psicólogos más relevantes del siglo XX como lo fue Sigmund Freud, en el año 1917 definió el duelo como el proceso intrapsíquico por el cual pasa un sujeto al retirar su interés del mundo exterior para dedicarse a la elaboración de la pérdida, esta primera definición que se encuentra en la literatura tradicional le da un matiz íntimo e individual a este fenómeno, años después, en 1957, Allport agrega “Todos los hombres son como los demás, algunos son como otros; y cada uno es diferente”; esta afirmación dota al duelo y a sus procesos de un carácter tanto universal como individual, esto debido a que todo ser humano pasará por un duelo en algún momento de su vida y este será particular a cada sujeto, no hay dos duelos iguales ya que no hay dos personas iguales, postura que es respaldada por Parkes, quien en 2002 afirma que la respuesta ante el duelo presenta una gran variación individual y que no todas las personas pasan por las diferentes fases de la misma manera.

Este proceso por lo general trae consigo uno de los mayores sufrimientos por los que pasa el ser humano en el transcurso de su vida, según Jaspers (1977) este momento es cuando la persona entra en contacto por primera vez con su propia finitud y le causa un profundo sentimiento de indefensión (Olmeda García, 1998).

El filósofo griego Sócrates, referido por Pastorini (1997), señalaba lo siguiente “El temor a la muerte, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer sobre aquello que no se sabe. Quizás la muerte sea la mayor de las bendiciones del ser humano, nadie lo sabe, y sin embargo todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males”.

Bowlby (1980) estudio el vínculo entre el apego de la persona y su relación con el duelo que sufre al momento de la muerte de la persona objeto del apego, la intensidad del mismo dependerá de la intensidad de estos vínculos que se hayan mantenido con el sujeto fallecido, esta es la postura de Glass (2005). Ripoll describe cuatro factores que afectan de alguna u otra forma la forma en la que se lleva este proceso: factores psicológicos, recursos personales, circunstancias específicas y los sistemas de apoyo que tenga la persona. Bracho (1997) agrega además que el proceso de elaboración del duelo son lentos y que traen consigo varias etapas, como las propuestas por Kübler-Ross o Bowlby que se abordarán más adelante en este trabajo,

pero que no necesariamente se dan de forma consecutiva como muchos creen, en ciertos casos pueden ocurrir regresiones a etapas previas o la sensación de estar pasando por varias etapas a la vez, lo que sí se resalta como indispensable de este proceso es que todas sean transitadas para que gradualmente pueda ocurrir la aceptación y posterior integración de la pérdida a la vida del sobreviviente.

Trabajos e investigaciones en procesos de duelos hay muchos y con diferentes vertientes y propuestas investigativas, sin embargo, al momento de buscar alguna relacionada con personal de salud directamente, solamente se encontró una, realizada en la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela (Berrios y Bracho, 2008); en esta, las investigadoras, profesionales en el área de la enfermería, buscaron develar el significado del proceso de duelo de otras enfermeras al enfrentarse a la muerte de algún paciente, en esta oportunidad eran pacientes pediátricos oncológicos, aplicada metodología cualitativa, encontraron que estas enfermeras elaboraban el duelo de la pérdida de un paciente con herramientas obtenidas a través de sus propias experiencias de duelo.

La investigación definió los equipos multidisciplinarios de salud como aquellos que están integrados por un grupo de profesionales, de dos o más disciplinas, con elementos que la califican para brindar cuidados de calidad, eficacia y eficiencia a personas que lo requieran, mientras que por otra parte está la Organización Panamericana de Salud, cuya definición es que son un conjunto de individuos de diferentes disciplinas que interactúan cambiando el foco de la atención centrado en la disciplina misma, a la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema que los agrupa. Para los propósitos de este trabajo se contará con la colaboración de médicos ya graduados y en formación, entendiéndose este aspecto como aquellos estudiantes que ya se encuentran en el último año de la carrera de medicina.

Los miembros del equipo de salud quienes permanecen en contacto continuo con el paciente y su familia al principio y al final de la vida, ya que la mayoría de los nacimientos y muertes se producen en los centros hospitalarios. Este hecho hace que se generen relaciones estrechas entre estos profesionales; los pacientes y sus familiares, quienes esperan encontrar en el equipo de salud el apoyo y la comprensión para enfrentar sus angustias y sentimientos presentes y futuros relacionados con los confines de la vida.

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.

La concepción de la muerte ha cambiado mucho desde la época de nuestros antepasados, en donde morir era un asunto de todos los días, la expectativa de vida no era muy alta y la gente usualmente moría en sus casas, poco que ver con aquello podemos observar en la actualidad; en donde las personas fallecen en camas de hospitales bajo los efectos de una cantidad de medicamentos y tratamientos que, en la mayoría de los casos, llegan a restringir la autonomía del paciente. (Mantilla, 2012)

Berrios y Bracho (2007) exponen que lamentablemente, en nuestro medio, el equipo de salud ha sido formado para promover la salud, prolongar la vida, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos, aliviar el dolor físico; pero no para comprender que en ocasiones su intervención profesional está dirigida a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar digna mente la muerte y el duelo y apoyarlos en sus decisiones, lo cual implica enfrentar no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales.

En este mismo orden de ideas, Barrantes (2001) plantea que la labor del profesional de la salud, cuando se enfrenta a situaciones de pérdidas significativas, consiste en orientar saludablemente el duelo, es decir, acompañar a la persona en duelo (incluyendo al paciente terminal), por un camino lento, largo y extremadamente doloroso que implica redirigir poco a poco el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está y guardar en el mundo interno su imagen, su recuerdo y/o el recuerdo de sus experiencias de vida.

Con lo que entonces es válida la afirmación que estas experiencias previas son de terminantes para el profesional en el área de salud al momento de sufrir algún tipo de pérdida por parte de un paciente, no con esto cabe decir que si sus experiencias previas han sido positivas, no habrá proceso de duelo, no, el proceso se dará de igual forma, lo que se verá modificado es la calidad del mismo.

Kübler-Ross (1969), en sus muchos años de investigación, desarrolló la idea de que para poder acompañar a un paciente moribundo en sus últimos momentos, el cuidador debe de estar en paz con sus propios procesos de duelo y con la misma concepción de que algún día va a morir, propuso entonces su modelo de cinco fases del duelo, el cual más adelante es criticado por Worden (1982) quien planteó su modelo de cuatro tareas básicas para el abordaje de procesos los duelos que algún sujeto pueda llegar a tener, haciendo ver que este, a diferencia del modelo previamente mencionado el cual es tildado como pasivo, permite que el sufriente sea un ente activo dentro de su propio proceso, sin embargo, para los propósitos de esta investigación, el instrumento ad hoc estará dirigido hacia la categorización de las fases del proceso según las categorías nominales que planteó Kübler-Ross

Existen gran cantidad de formas de abordar el trabajo del proceso de duelo, por lo cual se han hecho varias investigaciones para evaluar la eficacia de estas, se ha encontrado que en muchos estudios hay varios problemas a nivel metodológico, como pocos sujetos, heterogeneidad en las muestras, entendiéndose esta como la mezcla de personas con duelos normales, de riesgo y complicados.

Sin embargo, en la Guía Práctica de Cuidados Paliativos del País Vasco (2008), destacan que en las distintas revisiones sistemáticas, los resultados han sido bastante consistentes, por ejemplo, en el análisis llevado a cabo por Allumbaugh y Hoyt (1999), el cual incluyó 35 estudios, con un total de 2284 sujetos, con una media de tiempo transcurrido desde la pérdida de 27 meses, encontró que los mejores resultados en las intervenciones se daban cuando era el mismo doliente quien solicitaba la ayuda.

Von Fortner (2004), por su parte, comenta que el Asesoramiento Psicológico no tenía justificación a la hora de intervenir en un duelo normal, incluso podía hasta ser iatrogénico, sin embargo, parece que sí es de ayuda en los casos de los duelos de riesgo o complicados, en el caso de los adultos, hay evidencia que apoya las intervenciones a corto plazo, en lo que sí pareciera ser beneficioso es en los casos de muertes inesperadas, traumáticas o con poco apoyo socio familiar, esto lo expresa Wimpenny (2006), la cual además expresa que otras intervenciones que parecen evidenciar beneficios para el doliente son los grupos de autoayuda, el asesoramiento familiar, de pareja, y las terapias basadas en técnicas cognitivo-conductuales.

Con respecto al caso específico de médicos, no se han encontrado algún tipo de trabajo o investigación que se encargue de analizar el proceso de duelo por el cual pasa esta población al momento de la muerte de un paciente, y en esta propuesta de análisis versará este trabajo.

Basado entonces en toda la evidencia bibliográfica que se ha recabado, se ha optado por el diseño de una propuesta de análisis del proceso de duelo por el que pasan Médicos graduados, que esté enmarcado dentro de los principios del asesoramiento psicológico, en donde se observa a la persona que acude al mismo como un ente activo capaz de tomar decisiones que lo afecten de forma directa y que sabe qué lo rodea y cómo lo hace, una persona que esté en medio de este proceso puede llegar a sentirse desamparada, sin fuerzas e incluso con una tristeza tan grande que le evita la realización de cualquier tarea, por simple que sea esta, es el objetivo general de este trabajo, el de categorizar estas fases del duelo para que en un futuro se puedan diseñar protocolos o programas de intervención que permitan un transitar más armonioso por las mismas y que la atención del profesional no se vea afectada.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- El objetivo general de esta investigación fue el de analizar y categorizar el proceso de duelo en médicos

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar los ítems y áreas que conformarían un instrumento ad hoc que permita identificar el proceso de duelo por el cual pasan los médicos.
  - Validar el cuestionario a ser aplicado en médicos.
  - Identificar a partir de la información recolectada las categorías bajo las cuales se manifiesta el duelo en médicos luego de la muerte de un paciente del cual hayan sido el médico tratante.
- .

## MARCO REFERENCIAL

A lo largo del desarrollo del estudio del Duelo, han habido diversos autores que se han atrevido a darle una definición característica a este proceso, durante el siglo XX se le atribuyó a Sigmund Freud, en su libro *Duelo y Melancolía* de 1917, el primer abordaje de los procesos psicológicos que toman lugar en el interior de la persona al momento de experimentar algún duelo, aquí Freud lo define simplemente como la reacción del sujeto ante la pérdida de una persona amada, destacó además que dicha reacción pasaría con el tiempo y que era un momento en el cual no debía ser perturbado ya que llegaría a ser perjudicial para el doliente.

Posteriormente, Lindemann (1944) muestra apoyo ante la postura analítica del trabajo de duelo, calificándola como pasiva y universal, un momento en el cual la persona elabora el duelo mediante la retirada de la energía que se le daba al objeto perdido y la redirige hacia otras relaciones. Lindemann realizó su estudio en 101 personas con un duelo reciente, y en estas identificó cinco características universales de un proceso de duelo normal, estas eran: alguna forma de malestar somático o corporal, preocupación por la imagen del fallecido, algún tipo de culpa relacionada con las circunstancias de la muerte de la persona, reacciones hostiles y una incapacidad para actuar como antes de la pérdida. Además de estos rasgos, también observó que muchas de los sujetos estudiados, parecían desarrollar algún tipo de rasgo conductual que era propio del fallecido.

Para este autor, de corte psicoanalítico, el objetivo central del trabajo de duelo es el de que el doliente se emancipe de todo lazo que pueda tener con el fallecido. Rompiendo con una postura estrictamente psicoanalítica, se encuentra Bowlby (1980), que a pesar de también ser un autor clásico dentro del Psicoanálisis, toma aspectos psicosociales en su abordaje del trabajo de duelo, y lo define como una respuesta adaptativa, en donde tiene peso el grado de apego que haya tenido el sujeto con el fallecido, las condiciones sociales del sobreviviente y la redefinición que puede llegar a dar a sí mismo y a su contexto.

Para Bowlby (1980), la razón de no poder llevar un “duelo normal” es debido a que de alguna u otra forma, siguen existiendo lazos con la persona, lo que lleva al sobreviviente en una búsqueda de significados

La idea de las etapas universales del proceso de duelo también se evidencian en el libro “Sobre la muerte y los moribundos” (1969) de Kübler-Ross, en este menciona cinco etapas por las cuales pasa el doliente a través de su proceso de duelo; a) negación, b) rabia, c) negociación, d) depresión y e) aceptación. Mientras que por otra parte, Worden (1982) y Rando (1984) ven este proceso desde una perspectiva más activa por parte de la persona y en vez de hablar de etapas del duelo, hablan de tareas con el propósito que se dé un duelo efectivo.

Las tareas de las que habla Worden (1982) son cuatro, y él las llama: a) Aceptar la realidad de la pérdida, b) experimentar el dolor de la pérdida, c) adaptarse al medio en que ya no está el fallecido y d) reinvertir la energía que antes se dedicaba a la persona fallecida hacia otras relaciones.

Por su parte, Rando (1984), enfatiza en que se debe tomar el aspecto idiosincrático de cada proceso de duelo, el cual está determinado por una combinación de factores psicológicos, sociales y fisiológicos. Estos dos autores otorgan al duelo una característica individual a cada proceso de duelo, haciendo una adaptación a la premisa de Allport, quien en 1957 dijo lo siguiente: “Todos los hombres son como los demás; algunos como otros; y cada uno es diferente”; llevándolo hacia el proceso de duelo, resalta el hecho de que cada quien lo vive de formas diferentes, no hay dos procesos iguales.

La intensidad del duelo dependerá de la intensidad de los vínculos de apego entre la persona fallecida y la persona doliente. En cualquier caso, en el mejor de los supuestos, el duelo puede verse como una vivencia agresiva, debido a que enfrenta a la persona con los cuatro conflictos básicos de su existencia: la muerte, la libertad, la soledad y la falta de significado de la vida. La muerte sirve como recordatorio de que no somos tan libres como se cree. Además, como ya se dijo anteriormente, el duelo es una experiencia individual. Por último, la pérdida de nuestros seres queridos nos confronta con la eterna pregunta sobre el significado de nuestra existencia (Glass, 2005).

### **Tipos de Duelo:**

**Duelo Anticipado:** este tipo de duelo da comienzo mucho antes de que ocurra la muerte de la persona querida, generalmente tiene inicio cuando esta recibe algún diagnóstico irreversible que

pondrá fin a su vida, puede definirse de igual manera como las “respuestas conductuales, intelectuales y emocionales mediante las que las personas intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida”. Lindemann (1944) además lo considera como aquella fase anticipatoria al duelo que facilita el desapego emotivo antes de que suceda la pérdida.

**Duelo Súbito o de Urgencia:** según Parkes (1975) este tipo de duelo, que ocurre como dice su nombre debido a la muerte súbita del sujeto al cual estaba dirigido la relación de apego, son las más difíciles de elaborar por la persona. En la sociedad actual este tipo de proceso ocurre con mayor frecuencia, debido a las muertes de carácter violento que suceden, sea homicidios, suicidio, accidentes de tráfico o enfermedades fulminantes; los familiares o allegados no disponen de tiempo alguno prepararse para la situación. Para Cobo (1999) este tipo de proceso ve como las reacciones defensivas de negación o el alargamiento o cronificación del proceso, en muchas ocasiones estos fallecimientos repentinos dejan al sobreviviente con la idea de que la muerte no es real, sensación que puede durar cierto tiempo, lo que retrasa el trabajo de la elaboración del duelo. Es común que la rabia haga presencia para contrarrestar el sentimiento de impotencia que usualmente invade al sobreviviente (Mantilla, 2012).

**Duelo Complicado:** sobre este hay diversas posturas en su definición, por su parte Cobo (1999) lo califica como la exacerbación del duelo normal, considera que pudiera haber riesgo de un duelo patológico si el dolor moral se extiende prolongadamente en el tiempo, si la persona queda impedida de amar o de crear relaciones sociales nuevas, vive retraído y sin otro interés que el de recordar constantemente al fallecido; ya en estas etapas no se habla de duelo sino de un cuadro depresivo.

**Duelo Crónico:** Mantilla (2012) lo denomina aquel duelo que tiene una duración excesiva y que nunca tiene una conclusión satisfactoria para el sobreviviente. Cobo (1999) habla de lo que puede llegar a convertirse en un “Duelo Cultivado” en donde la misma persona se rehúsa a concluirlo, llegando incluso a estructurar su vida alrededor de ese proceso de duelo que se niega a cerrar. En este tipo de duelos, es común observar prácticas como las de conservar de forma obsesiva pertenencias del difunto, mechones de pelo, objetos personales o incluso adoptar características conductuales.

**Duelo negado:** El duelo que debe producirse pero que por circunstancias coyunturales no tiene lugar, usualmente es un proceso de defensa psicológica que de forma inconsciente se instaura en el individuo para evitar sentirse ahogado y hasta paralizado por profundos sentimientos de dolor y angustia que de vivirlos en ese preciso momento, arriesgarían con desequilibrarlo completamente. Esta estrategia es normal que se dé por algún corto periodo de tiempo. Cobo (1999).

**Duelo retenido:** a diferencia del duelo negado, en este el sujeto hace un esfuerzo voluntario para evitar mostrar su grado de aflicción, ya sea para no afectar de forma negativa a la gente que se encuentra a su alrededor o también porque siente que su tristeza sería descalificada y por eso evita mostrarla. Gómez Sancho (2007) se refiere a estas como “reacciones diferidas” y, según el autor, se muestran generalmente en las primeras fases del duelo, en donde las personas parecen mostrar control sobre los sucesos sin dar señal de su sufrimiento, a menudo se enfocan en atender a otros para no ocuparse de sí mismo. Cobo (1999) también señala que ocurre una normal retención de estas manifestaciones que usualmente con el tiempo terminan por disolverse, pero que también de tomarse más tiempo del debido, pueden llegar a evolucionar en un duelo crónico retenido.

Existen diversas variables que parecen afectar la forma en cómo se vivencia el proceso de duelo, sobre este aspecto diversos autores tienen distintas opiniones, esto debido a que el proceso del duelo es un fenómeno universal y por ende está sujeto a los diversos estilos de pensamiento tanto de la persona, como de los grupos sociales tanto a nivel macro y micro, además de todas las circunstancias externas que son particulares de cada proceso.

La propuesta que hace Worden (2008) sobre los mediadores del duelo es la siguiente:

Cómo era la persona: Este mediador está dictado por el parentesco que exista entre el sobreviviente y el fallecido. Parkes (1998) menciona que el fallecimiento que causa mayores inconvenientes en personas adultas es el de la pareja, mientras que el proceso de duelo más perturbador es el de la muerte de un hijo.

Naturaleza del apego: Aquí el autor hace una separación de cuatro puntos en cuanto a esta naturaleza, menciona la fuerza del apego, la seguridad de este, la ambivalencia de la relación y

los posibles conflictos que pudiera haber con el fallecido. En el primer punto hace referencia a que es una relación lineal entre la gravedad del duelo y la intensidad de la relación afectiva; con el segundo, se hace la pregunta ¿qué tan necesaria era la persona fallecida para el bienestar del superviviente? Si el sujeto era dependiente, pronostica una reacción más complicada; en cuanto a la ambivalencia de la relación, habla de los sentimientos positivos y negativos que coexisten dentro de la persona que es objeto del duelo, en ocasiones los sentimientos positivos suelen superar a los negativos, pero cuando la relación es muy ambivalente, estos pueden entrar en conflicto y surge un fuerte sentimiento de culpa que en casos evoluciona hasta en ira hacia la persona que muere; por último, están los conflictos con el fallecido, Krupp, Genovese y Krupp (1986) hacen especial mención a los conflictos resultantes de las víctimas de abuso sexual y/o físicos en una edad temprana, en el caso de este tipo de relaciones existe la posibilidad de que hayan quedado asuntos no resueltos con el fallecido.

Cómo ha fallecido la persona: aquí influyen aspectos como la proximidad, Addington-Hall y Karlsen (2000) encontraron que las personas que cuidaron en su hogar al fallecido presentaban más inconvenientes psicológicos, añoraban más al fallecido y tenían más problemas para aceptar el hecho; las muertes repentinas también son un factor con peso a la hora de elaborar un duelo, Parkes y Weiss (1983) encontraron que los sobrevivientes de accidentes repentinos tienen más problemas que cuando la muerte ha sido previsible; cuando ocurren muertes múltiples, Kastenbaum (1969) habla de que ocurre una “sobrecarga de duelo” y la persona experimenta unas grandes cantidades de dolor y sufrimiento.

VARIABLES SOCIALES: al ser el duelo un fenómeno social, es importante que el doliente pueda compartirlo con la gente cercana a él, Schwartzberg y Janoff-Bulman (1991) encontraron que el apoyo social percibido alivia los efectos adversos de los procesos de duelo y después Sherkat y Reed (1992) encontraron que no solo influye el apoyo, sino como es percibido por la persona.

### **Duelo y la Teoría de Apego de Bowlby:**

La teoría del apego es una teoría del desarrollo y todo lo relacionado con los vínculos de apego a lo largo de toda la vida, se ocupa de los avatares y de los distintos caminos que pueden transitar estos vínculos, ya sea cuando se mantienen sin quebrarse durante muchos años, ya sea

cuando se encuentran con dificultades o se rompen debido a separaciones, pérdidas o la muerte de un ser querido.

Las vicisitudes del duelo normal y patológico en las distintas etapas de la vida desde la infancia a la adultez, así como los distintos tipos de duelo por pérdida del cónyuge, de los padres, de un hijo y las condiciones facilitadoras y los factores de riesgo para la elaboración del duelo son inherentes y forman parte de la estructura básica de la teoría.

Para Bowlby (1980) el duelo es doloroso, largo, generalmente es desorganizante, y produce un desequilibrio a la homeóstasis del sistema de comportamiento de la persona que desestabiliza a su vez los mecanismos que regulan la relación entre la figura de apego y la persona. Según este autor, el duelo se desencadena por la pérdida de la figura de apego y no por cualquier figura, de igual forma también a raíz de una cantidad de estudios revisados en relación con la pérdida del cónyuge y el transcurso del duelo propuso unas cuatro fases diferenciadas, pero en donde no necesariamente se dan en forma secuencial y que incluso pudiera suceder una superposición entre estas.

Fase de Aturdimiento o de Shock: Se tiene que la primera reacción ante la noticia de la pérdida suele ser de confusión, negación ante el hecho, el doliente incluso se siente aturdido y con dificultades para comprender lo que está sucediendo. Puede durar algunas horas, en ciertos casos hasta días. En esta fase el proceso de la elaboración del duelo no necesariamente ha comenzado

Fase de Anhelo y de búsqueda de la persona pérdida: Por lo general dura unos meses, en esta ya la realidad de la pérdida empieza a ser comprendida y conlleva a sentimientos intensos de añoranza, nostalgia, sensación de abandono y un intenso deseo de reunirse con el ser querido perdido, el doliente busca en vano formas de reconectarse con el fallecido, mientras que a su vez, su pensamiento está dirigido a momentos de su vida que compartió, acontecimientos de las semanas previas, cualquier posibilidad que pudo haber evitado la muerte del fallecido, usualmente, en esta fase existe un sentimiento ambivalente entre poder reunirse otra vez, y la imposibilidad de hacerlo, el comportamiento del apego entra en una etapa de hiperactivación, lo que hace que el doliente se pueda llegar a sentir inseguro, desubicado en su propia vida, no le encuentre sentido a las actividades que lleva a cabo.

Fase de Desorganización y Desesperación: Por fin ocurre la toma de conciencia de que el ser querido no volverá, que no lo volverá a ver y que no tiene sentido alguno seguir buscándolo, pero de igual forma, la presencia del fallecido se mantiene en el mundo interno de superviviente, los buenos recuerdos son un gran consuelo para este.

Fase de Reorganización: Para que el duelo pueda tener un desarrollo beneficioso para la persona, debe poder estar en capacidad de soportar cuando las emociones dolorosas, como el anhelo y la frustración, angustia, ansiedad y tristeza. Se da cuenta de que las viejas pautas de comportamiento que estaban relacionadas con el fallecido carecen de sentido en la actualidad, he ahí cuando ocurre la reorganización, tanto del mundo interno, como del externo, esto ocurre mediante la aceptación de la realidad, tomando en cuenta que si bien ya la persona no está, sí continúa existiendo en la memoria del superviviente. En esta fase el sujeto ya empieza a disponer de fuerzas para rearmar su vida de una manera diferente a como era antes, recupera la habilidad de disfrutar de su cotidianidad y de las cosas que con anterioridad le daban placer,

La historia previa del sujeto con los vínculos de apego que mantenga influirá sobre la capacidad que tenga para enfrentar el duelo. Hay tres factores que Bowlby (1980) expone como determinantes para poder observar la evolución del duelo:

1. Los patrones de apego tenidos en la infancia
2. Los patrones de apego en la vida adulta derivados de sus relaciones de apego actuales y de la elaboración de la historia de las relaciones de apego del individuo
3. La calidad y el tipo de relación con la persona perdida.

Mientras que en el caso del duelo patológico, el autor describe dos tipos de este, el crónico y la ausencia del mismo; explica que en ambos existe la falsa creencia de que la pérdida es reversible, lo cual causa que el desarrollo del duelo sea deficiente, lo que desemboca en que el sujeto no llega a la fase de reorganización de su vida.

En el caso específico del Duelo Crónico sucede que se caracteriza por respuestas emocionales inusualmente intensas, en algunos casos lo acompaña el alcoholismo, ansiedad, agorafobia e incluso la hipocondría, los dolientes se sienten culpables constantemente, con

sentimientos de que pudieron haber evitado la pérdida o incluso de que de alguna forma ellos mismos la provocaron.

Usualmente son sujetos con una constante demanda de afecto y por estar preocupados por la capacidad de respuesta que puedan llegar a tener sus figuras de apego y por lo mismo, se vuelven muy dependientes de estas.

Con el caso de los supervivientes con ausencia de duelo, sucede que la elaboración de este no sucede de una forma observable, hay una evitación total de los sentimientos dolorosos de la pérdida, su vida diaria no ha sufrido muchos cambios, carece de síntomas físicos que evidencien el sufrimiento, las personas que son propensas a este tipo de reacción, por lo general son autosuficientes, orgullosas de su independencia y de su autocontrol, llegan incluso a actuar como si nada hubiese pasado, sin embargo, también se muestran tensas e irritables, evitando a toda costa hablar sobre el fallecido.

Este estado no suele mantenerse indefinidamente, el quiebre usualmente es detonado por alguna pérdida menos significativa o por el aniversario o fecha relacionada con la persona fallecida.

### **Investigaciones Clásicas**

Una de las primeras investigaciones que buscar sistematizar el estudio del duelo, fue llevada a cabo por Erich Lindemann en 1944, esto ocurrió cuando él era jefe de psiquiatría el Massachusetts General Hospital y ocurrió una tragedia en un club nocturno que acabó con la vida de casi quinientas personas.

El equipo de Lindemann trabajó con algún miembro familiar de las personas que perdieron su vida en esa tragedia y observó en ellos las características del llamado, duelo normal.

Las características observadas fueron las siguientes: alguna forma de malestar somático o corporal, preocupación por la imagen del fallecido, sentimiento de culpa con el fallecido o con las circunstancias en las cuales ocurrió la muerte, reacciones hostiles y una incapacidad para actuar como lo hacía previo a la pérdida.

A parte de esto, los investigadores se dieron cuenta de que también el sobreviviente había adoptado algún rasgo conductual que era propio del fallecido.

Kübler-Ross ha sido una de las investigadoras más relevantes en esta área, y en 1972 propuso un modelo del proceso de duelo en el cual identificó cinco etapas, estas son la negación, la ira, la negociación, la depresión y por última la aceptación,

La negación, primera etapa descrita por Kübler-Ross (1972), funciona como una especie de amortiguador para el paciente y el familiar ante una noticia inesperada e impresionante, el doliente la vive con un grado de incredulidad ante su situación, levantando así una defensa provisional que luego será sustituida por una aceptación parcial de su situación. Luego viene la ira, fase muy difícil de afrontar, ya que hay una descarga de energía muy fuerte y esta es proyectada hacia todas las direcciones sin discriminación alguna, sobre esta etapa en particular la autora dice lo siguiente:

La tragedia es quizá que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando, el origen, no tiene nada que ver, o muy poco, con las que se convierten en blanco de sus iras (p.55)

Luego viene la etapa de la negociación, o de pacto, en la cual el paciente actúa más con pensamiento mágico que con la realidad, busca hacer algún tipo de trato con algún ente espiritual o físico a cual otorgue cierto grado de poder con la esperanza de que lo cure de sus males, son comunes las ideas de que si deja de hacer un acto en particular o si empieza a hacer algún otro acto, será curado o su sufrimiento acabará, generalmente tiene poca duración en el tiempo.

La siguiente etapa es la de Depresión, en donde ya el doliente no puede continuar con la negación de su enfermedad, ya empieza a notar la debilidad de su cuerpo y mente, sus sentimientos de ira y rabia son sustituidos por una sensación de pérdida, en esta etapa es, según la autora, la etapa en donde más se atascan los pacientes, dice además que aquí es donde las personas que rodean al sujeto intentan animarlo, decirle que trate de ver las cosas desde una perspectiva más positiva, lo cual de forma inconsciente responde a nuestra propia necesidad de nuestra incapacidad de tolerar a una persona deprimida por un periodo tan largo de tiempo, Kübler-Ross expone que esta depresión de la persona es una herramienta para prepararse para su

muerte inminente y que aupearla en pensamientos positivos la aleja de esa preparación, la tarea recomendada por las personas acompañantes es la de proporcionar un espacio en donde pueda expresar su dolor, ya que de esa forma podrá aceptarlo con mayor facilidad.

La última fase del proceso de duelo que es descrita bajo este modelo es la de Aceptación, aquí ocurre la preparación para el “descanso final antes del largo viaje” (p.97) aquí es la familia la que requiere de más apoyo, ayuda y comprensión, tal como lo dice su nombre, el paciente acepta su destino, acata que ya sus últimos días están ante él y por ende espera a que lleguen, quienes llegan a esta etapa pueden por fin encontrar la paz a su sufrimiento.

Estas etapas no necesariamente son vivenciadas de igual forma por todos los dolientes ni son experimentadas de forma exclusivamente secuencial, inclusiva, la autora destaca que en varios casos hay sujetos que pasan por cada etapa dos o más veces antes de llegar a la parte terminal de su proceso de duelo.

Precisamente por este hecho de las etapas planteadas por la doctora Kübler-Ross, Worden (1982), además agrega que otro de los inconvenientes del modelo de las etapas es que la gente con poca experiencia en el área de duelo se las puede llegar a tomar en un sentido muy literal y como propuesta tiene lo que denominó “las tareas del duelo”, estas tareas, dice que ven al sujeto como un ente activo y que es responsable de su propio proceso de duelo.

La primera tarea de este modelo es el aceptar la realidad de la pérdida, como su nombre lo indica, la persona está encargada de aceptar que la persona ha muerto, no volverá, lo contrario a esta es no creerla mediante algún mecanismo de negación, el psiquiatra Gorer, en 1965 describe un fenómeno al que le pone el nombre de “momificación” el cual consiste en el sobreviviente guardando pertenencias e incluso habitaciones en un estado tal cual como lo dejó el fallecido, esperando que vuelva y encuentre todo como lo dejó. Worden (1982) dice que esta actitud a corto plazo no es rara, pero si sigue con el pasar de los años se convierte en negación.

Llegar a aceptar la muerte no solo es una tarea intelectual, sino también emocional, una persona que esté viviendo un duelo puede muy bien estar consciente del carácter irreversible de la pérdida que acaba de sufrir, sin embargo a nivel emocional todavía está sufriendo mucho para aceptarla.

Esta es una tarea que requiere de tiempo, sin embargo, rituales tradicionales como funerales o velorios pueden llegar a ser beneficiosos para el sobreviviente al momento de aceptar la muerte del fallecido.

La segunda tarea de Worden (1982), es la de elaborar el dolor de la pérdida, en esta, se trabaja bajo la noción de que si el dolor no se reconoce o resuelve, terminará por manifestarse bajo síntomas físicos o con alguna conducta que esté lejos de lo común,

Pincus (1974) dice que entre los intentos de la gente para hacer sentir mejor al doliente, pueden terminar con hacer que refuerce sus defensas y niegue su dolor, lo cual Worden (1982) ve como obstaculizador para el cumplimiento de esta tarea. Otra forma de evitarla es idealizando a la persona que murió y el uso de alcohol u drogas para evitar pensar en él.

Según Bowlby (1980) eventualmente, las personas que evitan el duelo se terminan por derrumbar y eso desencadena algún tipo de depresión. Si esta tarea no se aborda de manera adecuada, lo más seguro es que el doliente requiera algún tipo de terapia psicológica más adelante en su vida para poder afrontar ese dolor que había estado evitando.

La tercera tarea que propone Worden (1982) es la de adaptarse a la vida sin el fallecido, aquí existen tres adaptaciones que el autor denomina, adaptación externa, adaptación interna y adaptación espiritual. La externa consiste en como el sobreviviente aprende a vivir sin el fallecido tomando en cuenta los roles y tareas que desempeñaba y que de alguna u otra forma tenían influencia en su cotidianidad, sobre esto, Parkes (1972) dice que con los duelos no siempre está claro qué es lo que se ha perdido exactamente, ya que a ciencia cierta, solamente con la falta de la persona, el sujeto que queda se da cuenta realmente qué era lo que hacía, que roles tenía y qué tareas desempeñaba.

En muchos casos a los sobrevivientes les disgusta tener que aprender las tareas que tenía su cónyuge y los roles que desempeñaba, y es en esta tarea en donde el trabajo consiste en buscarle el sentido a la pérdida. Niemeyer (1999) y Attig (1996) escribieron sobre la importancia de dotar la muerte de algún tipo de significado, esto de alguna u otra forma logra que la persona descubra nuevos significados dentro de las cosas que la rodean y establezca nuevas metas para su vida.

En el caso de las adaptaciones internas, la muerte le da a la persona el reto de readaptar su propia identidad personal, como se ve a sí misma, cuál es su sensación de eficacia personal, este último concepto se puede ver afectado a la hora de pasar por un proceso de duelo, Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick (1980) plantean el duelo como un fenómeno que puede hacer que la persona se vea a sí misma como impotente, inepto, incapaz y hasta empobrecido en el área personal, además, está la posibilidad de que al momento de desempeñar los roles del fallecido puedan fracasar, lo cual ocasionaría una reducción de la autoestima de la persona, y además pondría en duda la eficacia personal que se pudiera tener.

Attig (1996) destaca la necesidad de reaprender el mundo tras sufrir una pérdida y centrarse en la sensación de identidad del superviviente, en esta tarea, las preguntas que debe de hacerse la persona son: “¿Quién soy ahora?, ¿En qué soy diferente?”. Shuchter y Zisook (1986) escriben sobre qué con el tiempo las imágenes negativas acabarán por dar paso a otras imágenes más positivas y que poco a poco el sujeto aprenderá a enfrentarse al mundo con nuevas herramientas.

La tercera adaptación, la espiritual, se refiere al sentido que se le imprime al mundo que rodea, ya que es frecuente que una persona que esté viviendo un duelo sienta que haya perdido el rumbo de su vida, de no cumplir adecuadamente la tarea tres, la persona se verá incapaz de adaptarse al mundo luego de la pérdida sufrida.

Por último, la tarea cuatro de Worden (1982), es la de hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva, Klass, Silverman, y Nickman (1996) sobre esto dicen la idea no es que las personas se desvinculen de los difuntos, sino que establezcan otro tipo vínculo con ellos a pesar de ya no estar físicamente.

Volkan (1985) expresa que un individuo en duelo nunca llega a olvidar por completo al fallecido si de realmente lo apreciaba mucho mientras estaba con vida, agrega además que no podemos borrar de nuestra historia a alguien que ha estado tan cerca de nosotros. Worden (1997) comenta que el trabajo del asesor no es hacer olvidar al difunto, sino acompañar al sobreviviente a darle un lugar adecuado en la vida psicológica que le permita tanto recordarlo, como vivir de manera eficaz.

Para Worden (1997) esta tarea puede llegar a ser la más complicada para la sujeto, e incluso muchos se quedan encallados en la misma.

En cuando a investigaciones llevadas a cabo en los años cercanos una llevada a cabo en el año 2007, en Venezuela, por Berrios y Bracho, esta buscó dar una interpretación a los sentimientos de duelo que surgen en médicos y enfermeras ante la muerte de sus pacientes, destacan el hecho de que en la cultura venezolana, el abordaje médico está diseñado para buscar alargar la vida, curar y rehabilitar enfermos y para aliviar el dolor físico que pudiera presentarse, sin embargo, esta formación no contempla el hecho de que en ciertos momentos, la única labor viable es la de acompañar al paciente, y a su familia, a enfrentar de forma digna y cómoda la muerte inevitable de la persona, dando así un último apoyo que puede llegar a ser la diferencia entre un duelo traumático para los familiares o una muerte en paz para la persona que sufre la enfermedad.

Barrantes (2001) plantea el hecho de que la labor primordial del profesional de salud ante estas situaciones de pérdida inminente, ha de ser la de acompañar a la persona en duelo, esto incluye al paciente terminal, para que poco a poco vaya deshaciendo el vínculo, la relación con el ser amado que ya no estará y que guarde en su mundo interno la imagen que tenga del sujeto.

Esta investigación fue llevada a cabo con una muestra de tres médicos y tres enfermeras, utilizando metodología cualitativa, la recolección de información se dio a través de la observación por parte de los investigadores y mediante el uso de entrevistas a profundidad, las cuales tuvieron una duración de entre 45 y 60 minutos; el procesamiento de esta información se dio de forma simultánea con la recolección de la misma, describiendo, codificando y posteriormente categorizando en las unidades temáticas.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: surgieron dos categorías entre médicos y enfermeras ante la muerte del paciente, la primera fue la vivencia anticipada de su propia muerte y la segunda fue la impotencia ante la muerte del paciente, mientras que la categoría central que surgió fue la del miedo ante la muerte presente en los profesionales de estas profesiones

Los autores afirman el hecho de que la evidencia recabada da a entender que la experiencia central de estos profesionales es el temor a la muerte, con sentimientos predominantes de ansiedad, frustración, incompetencia, negación de la muerte y consciencia de la finitud de su propia vida.

Otra investigación llevada a cabo en Costa Rica, bajo Díaz, Bermúdez y Madrigal (2011) buscó evaluar el nivel de conocimiento y prácticas personales que tenía el personal docente en el instituto superior Julio Acosta García sobre el proceso de duelo en adolescentes, esta se llevó a cabo con metodología cuantitativa a través de un cuestionario, el número de participantes fue de 67, 36 de estos ubicados en las edades de entre 40 a 59 años y los 31 restantes ubicados en las edades de entre 22 y 39, y como resultado se obtuvo que los profesionales tiene muy poca información sobre el manejo del duelo en adolescentes y hasta en ellos mismos.

En la Universidad Católica de Chile, con Vega, González, Palma, Ahumada, Mandiola, Oyazún y Rivera (2012) se llevó a cabo una investigación con metodología cualitativa fenomenológica se buscó develar el significado del proceso de duelo en enfermeras que sufrieron la pérdida de niños con cáncer. Se planteó el principio de que los cuidados médicos modernos están basado en la cura de enfermedades y en la prolongación de la vida, por lo que la pérdida de un paciente ante esta es considerado como un fracaso, causando dentro del equipo médico tratante varios sentimientos de impotencia y frustración. Los resultados que se obtenidos develaron tres unidades de significado principales, el transitar en la forma de enfrentar su propia muerte, el cuidado profesional que se otorga y el aprendizaje de vida, la conclusión que se obtuvo fue que la experiencia de las enfermeras ante la muerte de un paciente es vivida como una pérdida, por lo cual pasan por un proceso de duelo que las lleva a buscarle un sentido a esa muerte, dicho significado se logra a través de un ejercicio personal según los investigadores y destacan la necesidad de preparación profesional sobre la muerte para estas profesiones que se enfrentan a este fenómeno con regularidad.

Por otro lado, investigación llevada a cabo por Dunn, Otten y Stephens (2005), que utilizó un método descriptivo y correlacional entre variables demográficas y la actitud de enfermeras ante la muerte y la ocupación ante el paciente moribundo, encontró que las enfermeras que pasaban más tiempo con los pacientes terminales, mantenían una actitud más

positiva ante las situaciones complicadas de los dolientes, lo cual es brindaba la oportunidad de dar un cuidado mucho más personalizado lo que ayudaba al sujeto a encontrar un sentido a la enfermedad y a una muerte en paz.

Artiaga (2008) en su investigación sobre el manejo del proceso de duelo con pacientes y sus familiares dentro del contexto hospitalario se dio cuenta de las necesidad que existen en los profesionales de salud egresados de la universidad de Costa Rica, estas eran en cuanto a habilidades para la comunicación de malas noticias y de intervención en crisis, se trabajó con 60 sujetos voluntarios, algunos de ellos eran estudiantes de medicina realizando su internado y el resto cursantes del último año de la licenciatura de enfermería, la información fue recolectada a través de cuestionarios autoaplicados y con grupos focales.

Lo que se ve como resaltante de esta investigación es el encuentro de que dentro de estos estudiantes la muerte sigue siendo un tema tabú que les genera estrés y ansiedad, la percepción que tienen es que la muerte debe ser algo combatido y que la muerte es una representación de su fracaso como cuidador principal de algún enfermo, he ahí la importancia de algún tipo de programa de intervención que entrene y concientice a profesionales de esta rama sobre los procesos de duelo y como llevarlos de forma sana y eficiente, con el propósito final de poder acompañar de una mejor manera a pacientes terminales que puedan encontrarse a lo largo de su ejercicio profesional.

### **Instrumentos utilizados en el trabajo con Duelo:**

Uno de los instrumentos que se utiliza en el trabajo de los proceso de duelo es el Texas Revised Inventory of Grief, desarrollado por Faschingbauer en 1981, este tiene el fin de evaluar entre los síntomas de un duelo normal y uno patológico, consiste de 13 afirmaciones en primera persona y se encuentra redactado de forma que la persona clasifique sus sentimientos actuales y el rango de respuesta es de una escala de rating que va desde “completamente falso, medianamente falso, verdadero y falso, medianamente verdadero y completamente verdadero”.

Gallager, Breckenridge, Thompson y Peterson (1983) realizaron estudios psicométricos de este instrumento en una muestra de adultos mayores y encontraron un coeficiente alfa de Cronbach de .80 en los periodos entre 3 y 30 después del fallecimiento de la persona. En el 2005,

García, Landa, Trigueros y Gaminde, en España hicieron la adaptación al español de esta prueba, trabajando exclusivamente con viudos/as, y obteniendo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.86, concluyendo así que la adaptación al castellano era tan fiable para la medición del proceso de duelo como el instrumento original.

En otra investigación, pero con el propósito de evaluar el efecto de intervenciones psicoterapéuticas a los procesos de duelo, Currier, Holland y Neimeyer (2010) incluyeron un total de 11 estudios (n=1113 personas), 10 de ellos con asignación aleatoria. Se encontró que quienes recibieron la intervención cognitivo-conductual (TCC) obtuvieron mejores resultados a corto (Odds ratio (OR)=0,27, IC95%: 0,09-0,44) y largo plazo (OR=0,25; IC95%: 0,05-0,46). Cabe destacar que intervenciones no basadas en TCC obtuvieron mejores resultados a corto plazo (OR=0,38; IC95%: 0,09-0,67) con respecto a la no realización de alguna intervención, pero estas diferencias desaparecieron a largo plazo.

Allumbaugh y Hoyt (1999) incluyeron 35 estudios (13 sin grupo control y 22 con grupo control y asignación aleatoria), 2284 sujetos. En este estudio se concluye que las intervenciones en duelo dirigidas a personas autoseleccionadas (donde la persona en duelo decide pedir ayuda profesional) y las que comienzan unos pocos meses después de la pérdida, son las que obtenían mejores resultados.

### **Muerte y Médicos**

En un artículo publicado en el año 2000 por Bayés, Limonero, Romero y Arranz señalaron que desde la visión de la medicina relacionada a la muerte, tradicionalmente se ha considerado a esta como su enemiga principal, viéndola, como un mal evitable e interpretando el fallecimiento de un paciente como un fracaso. En la actualidad la muerte es vista como algo tabú, algo sobre lo cual no se habla y se debe temer; este carácter que se le imprime a la muerte afecta el acercamiento entonces que tienen los profesionales de la salud con sus pacientes.

La posible muerte de un paciente es un hecho que siempre está presente en el quehacer profesional del profesional de la medicina, y le genera una gran variedad de sentimientos, como la impotencia y hasta culpa. Esta es una condición humana, en la que el médico se implica

personal y profesionalmente, si no es reconocida y aceptada, hace que la muerte sea uno de los acontecimientos de mayor ansiedad de su quehacer clínico.

Gómez (2012) señala que el temor a la muerte de los pacientes es uno de los aspectos más importantes de la medicina, sobre todo por el principio que plantea de que el hombre por lo general huye de la muerte, para él es una realidad dolorosa y para el médico significa un encuentro con sus propias limitaciones desde su ignorancia.

La capacidad de negación que el paciente tiene de su propia muerte, generalmente es directamente proporcional a la del médico, si éste niega se niega la realidad a sí mismo, el enfermo también lo hará. (Kübler-Ross, 1969). Los profesionales son hijos de su época, tomando entonces en cuanto el carácter tabú de la muerte, aunado con una supuesta omnipotencia con la que los médicos son vistos, y que algunos terminan por creerse, es perfectamente entendible que se obtengan respuestas de indefensión, rabia y hasta de miedo al momento de la muerte de un paciente.

Es de notar que no muchos estudios se han hecho vinculando el duelo de perder un paciente con los profesionales de salud, algo que llamó en exceso la atención al momento de la realización de este trabajo

### **Asesoramiento Psicológico y Duelo**

El asesoramiento psicológico es una especialidad surgida en el siglo XX. Su finalidad es ayudar a las personas a mejorar su bienestar psicológico, a resolver crisis e incrementar su habilidad para solucionar problemas (Fretz, 1993). Uno de los principales precursores de dicha especialidad fue el reconocido psicólogo estadounidense Carl Rogers, quien desde el campo de la psicología humanista propuso la terapia individual centrada en la persona, basándose en la creencia de que todo individuo por muy dañado que esté posee capacidades para encontrar su camino y mejorar.

Rogers (1984), parte de la idea de que la persona posee por naturaleza una tendencia a actualizarse, una especie de impulso hacia el crecimiento y la salud; por lo tanto, la terapia busca crear las condiciones apropiadas para dicho crecimiento y desarrollo adecuados. Según este autor la principal forma de ayudar consiste en el establecimiento de una relación profunda y cercana

con las otras personas, que permite comprender, a medida que se va manifestando en las sesiones, su mundo interno (sus sentimientos, valores, actitudes e ideas) en un clima cercano y respetuoso. Rogers, no comulga con la idea de dar consejos ni decir al cliente lo que tiene que hacer, pues considera que cada persona es quien mejor se puede conocer y ayudar, por lo tanto considera que el papel del terapeuta es principalmente el de acompañante a través de tres actitudes básicas: autenticidad, aceptación incondicional y empatía ( León, 2006).

Los asesores psicológicos se dedican a la realización de investigaciones, intervenciones a nivel individual y grupal, y evaluaciones de servicios (programas) con el fin de estimular el desarrollo y prevenir y corregir dificultades (Fretz, 1993).

Según Worden (1997) el asesoramiento psicológico ligado a los procesos de duelo es reto especial para el profesional de la salud mental, sobre esto, Bowlby (1980) también agrega que la pérdida de un ser querido es uno de los fenómenos más duros por los que puede llegar a pasar una persona, tanto para que lo sufre de forma directa, como para quien observa desde fuera el sufrimiento del sobreviviente, Neimeyer (2010) en su guía para afrontar el duelo plantea que el objetivo del asesoramiento en procesos de duelo ha de ser el ayudar al superviviente a resolver cualquier cuestión no resuelta con el fallecido y luego llegar al adiós final

Trabajar con los sobrevivientes, hace que la persona tome consciencia de sus propios procesos de pérdida, si el asesor no tiene resueltos esos procesos de forma adecuada, a la hora de realizar una intervención que sea provechosa para el doliente, se le hará complicado hacerla.

Una manera de abordar el trabajo con personas en procesos de duelo, es mediante el reconocimiento de la vulnerabilidad que siente cada ser humano ante una pérdida, Simons (1979). Es recomendable que antes de hacer algún tipo de intervención en casos de duelo, que el asesor busque entrar en contacto con sus propios sentimientos y emociones que le causen o evoquen de sus propias pérdidas, de forma que pueda partir de esa empatía y realice intervenciones que sean provechosas para el doliente.

Neimeyer (2010) por su parte comenta una serie de cosas que sí deben hacerse y otras que no, y que van acorde con los principios del Asesoramiento Psicológico que son mencionados al comienzo de este apartado; entre aquellas que el autor apoya están: Abrir las puertas de la

comunicación, con esto se refiere a que una simple pregunta puede iniciar una gran conversación; comenta además que habría que escuchar mucho más de lo que se hable; hablar de las propias pérdidas, ya que de esa forma se puede generar una conexión empática con la persona; y entre las cosas que comenta no se deben hacer, se encuentran: Sugerir que el tiempo cura todas las heridas; decir “sé cómo te sientes”; e intentar que la persona se dé prisa en superar el dolor.

## MARCO METODOLÓGICO

Esta investigación se llevó a cabo siguiente dos etapas: La primera relacionada con la construcción y validación de un cuestionario que cumplieran con los objetivos 1 y 2 (Etapa preliminar); y la segunda correspondiente al tercer objetivo, el cual consistió en la aplicación del cuestionario realizado en la etapa anterior con el propósito de recolectar la información referente al proceso de duelo en médicos (Etapa de Aplicación). A continuación se presenta un cuadro que resume las etapas de este estudio.

**Cuadro 1: Resumen de las etapas del presente estudio**

FASES	OBJETIVOS
Preliminar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los ítems y áreas que conformarían un instrumento ad hoc que permita identificar el proceso de duelo por el cual pasan los médicos.</li> <li>2. Validar el cuestionario a ser aplicado en médicos.</li> </ol>
Aplicación	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identificar a partir de la información recolectada las categorías bajo las cuales se manifiesta el duelo en médicos luego de la muerte de un paciente del cual hayan sido el médico tratante</li> </ol>

## **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

De acuerdo Hernández, Fernández y Baptista (2006), esta investigación se cataloga como descriptiva debido al reducido número de trabajos en el área, apenas es la segunda en Venezuela que busca explorar y categorizar el duelo de los médicos al momento de la muerte de un paciente. Estas se efectúan cuando el investigador desea abordar un tema que no ha sido previamente investigado o que se ha hecho en poca medida. Permiten el conocimiento de fenómenos que hasta el momento se consideraban desconocidos y de sentar las bases para investigaciones futuras y que ayuden a dar más luz sobre el mismo.

### **Diseño de Investigación:**

La presente investigación se basó en un diseño no experimental, transversal, de un solo grupo esto significa que no existe una manipulación deliberada de las variables a trabajar, por ende, se busca observar el fenómeno tal como se da en su entorno natural para luego ser analizado. (Hernández y cols.2006).

### **Participantes**

#### **Sujetos de la etapa de Aplicación**

Estos fueron Médicos que laboran en distintos centros hospitalarios, entre Valencia y Caracas, y se desempeñan en diferentes ramas de la medicina, entre estas se encuentran la Cirugía, Cuidados Paliativos, Oncología y Psiquiatría. El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2006) debido que la selección de los sujetos no dependió del azar sino de las características propias de la investigación.

## **RECURSOS**

### **ETAPA PRELIMINAR**

#### **Recursos Materiales para la Validación de expertos**

- Cinco ejemplares de la guía de Validación.

#### **Recursos Humanos para la Validación de expertos**

- Seis expertos en teoría y práctica del duelo y trabajo con médicos.

## **ETAPA DE APLICACIÓN**

### **Recursos Materiales para la aplicación**

- 15 ejemplares del cuestionario

### **Recursos Humanos para la aplicación.**

- Investigador.
- Aplicadores
- 15 sujetos participantes.

## **PROCEDIMIENTOS**

### **Etapa Preparatoria**

En esta etapa del estudio se procedió a la construcción de la guía de validación que se utilizaría como instrumento de análisis y categorización del proceso de duelo en médicos. Para esta validación se contactó con seis profesionales de la psicología y expertos en duelo, metodología y en el trabajo con profesionales de la medicina.

En el cuadro 2 se presenta el resumen de los miembros de este jurado de validación para el cuestionario que permitiría el análisis y categorización del proceso de duelo en médicos.

**Cuadro 2: Datos de identificación de los jurados**

<b>JURADOS</b>	<b>PROFESION</b>	<b>LUGAR DE TRABAJO</b>
<b>1</b>	<b>Psicólogo</b>	<b>Docente adscrito al Dpto. de Asesoramiento Psic y Orientación. Esc de Psicología UCV</b>
<b>2</b>	<b>Psicólogo</b>	<b>Docente adscrito al Dpto. de Asesoramiento Psic y Orientación. Esc de Psicología UCV</b>
<b>3</b>	<b>Psicólogo</b>	<b>Docente adscrito al Dpto. de Asesoramiento Psic y Orientación. Esc de Psicología UCV</b>
<b>4</b>	<b>Psicólogo</b>	<b>Docente adscrito al Dpto. de Psicología Clínica. Esc de Psicología UCV</b>
<b>5</b>	<b>Psicólogo</b>	<b>Docente adscrito al Dpto. de Psicología Clínica Dinámica. Esc de Psicología UCV</b>
<b>6</b>	<b>Médico Cirujano-Biotecista</b>	<b>Unidad de Coloproctología, Hospital Universitario de Caracas.</b>

La guía de validación que fue presentada a los jurados (anexo 1) constaba de un total de 11 páginas, y se dividía en dos partes, una breve introducción del trabajo y el contenido de la misma, que se describen a continuación:

**Introducción:** En esta parte se le presentó a los jurados información referente a la investigación, los objetivos del proyecto, la composición de la guía y las instrucciones para ejecutar la validación del contenido

**Contenido:** La segunda parte contenía las preguntas del cuestionario, divididas a su vez en cuatro categorías: Definición de duelo, Emociones relacionadas a la muerte de pacientes, Comportamientos asociados a la muerte, Formación Tanatológica. Cada una de estas categorías estaba acompañada de sus respectivos objetivos e ítems y al final de cada una se agregaba la hoja de evaluación para que el jurado escribiera las correcciones o comentarios que considerara pertinentes.

Los miembros del jurado fueron contactados previamente en sus lugares de trabajo y se les explicaron las instrucciones de llenado de la guía. Se esperó a que el experto concluyera con el trabajo de validación, esto tomó aproximadamente unos 20 minutos. La sugerencia de reformulación de las preguntas se discutió con cada uno de los validadores.

Los datos recolectados fueron vaciados en tablas, utilizando frecuencias relativas y porcentajes; tales estadígrafos permitieron el análisis de cada categoría de la guía para luego consolidar el Cuestionario que posteriormente se aplicaría a los participantes.

**Cuadro 3: Resultados de la validación del cuestionario  
(Definición de Duelo)**

AREA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	TOTAL DE JURADO	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
			SÍ	NO	SÍ	NO
DEFINICIÓN DE DUELO	1) ADECUACIÓN	5	2	3	40	60
	1.a) Agregar	5	2	3	40	60
	1.b) Eliminar	5	2	3	40	60
	2) ORDEN	5	1	4	20	80
	3) REDACCIÓN	5	Adecuada	Confusa	Adecuada	Confusa
			3	2	60	20
	3.a) Modificaciones de la redacción	5	SÍ	No	SÍ	No
			1	4	20	80
	4) ADECUACIÓN DEL CONTENIDO	5	3	2	60	40
5) OTRAS MODIFICACIONES	5	1	4	20	80	

**Definición del Duelo:**

Se deseaban determinar aquellos elementos conceptuales empleados por los médicos en los que se enmarcan términos como el Duelo y el proceso de duelo, así como su significación tanto personal como profesional; originalmente este apartado contaba con cuatro ítems, pero luego de la validación se le agregaron cuatro más para tener un total de ocho, las modificaciones en esta parte del cuestionario fueron el agregar preguntas que previamente no habían sido consideradas

pero que la mayoría de los jurados sugirieron sobre las mismas, por lo cual fueron agregadas; se consideró que tanto el contenido, como el orden eran adecuados.

**Cuadro 4: Resultados de la validación del cuestionario  
(Emociones relacionadas a la muerte de un paciente)**

AREA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	TOTAL DE JURADO	FRECUENCIA		PORCENTAJE		
			SÍ	NO	SÍ	NO	
EMOCIONES RELACIONADAS A LA MUERTE DE UN PACIENTE	<b>1) ADECUACIÓN</b>	5	2	3	40	60	
	1.a) Agregar	5	0	5	0	100	
	1.b) Eliminar	5	4	1	80	20	
	<b>2) ORDEN</b>	5	0	5	0	100	
	<b>3) REDACCIÓN</b>		5	Adecuada	Confusa	Adecuada	Confusa
				0	5	0	100
	3.a) Modificaciones de la redacción	5	Sí	No	Sí	No	
			4	1	80	20	
	<b>4) ADECUACIÓN DEL CONTENIDO</b>	5	2	3	40	60	
	<b>5) OTRAS MODIFICACIONES</b>	5	0	5	0	100	

### **Emociones relacionadas a la muerte de un paciente**

Se desean identificar las emociones presentes en los médicos al momento de la muerte de un paciente bajo sus cuidados. Originalmente se contaba con 15 ítems para esta categoría, pero después de la validación y los comentarios del jurado quedó con 12, esto debido a que se

fusionaron los ítems 5, 6 y 7; igualmente se recomendaron modificaciones en la redacción de algunos ítems, con respecto al orden de la presentación de las preguntas, hubo un consenso entre los validadores con respecto a su adecuación.

**Cuadro 5: Resultados de la validación del cuestionario  
(Comportamientos asociados a la muerte de un paciente)**

AREA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	TOTAL DE JURADO	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
			SÍ	NO	SÍ	NO
COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS A LA MUERTE DE UN PACIENTE	<b>1) ADECUACIÓN</b>	5	5	0	100	0
	1.a) Agregar	5	0	5	0	100
	1.b) Eliminar	5	2	3	40	60
	<b>2) ORDEN</b>	5	1	4	20	80
	<b>3) REDACCIÓN</b>	5	<b>Adecuada</b>	<b>Confusa</b>	<b>Adecuada</b>	<b>Confusa</b>
			5	0	100	0
	3.a) Modificaciones de la redacción	5	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
			3	2	60	40
	<b>4) ADECUACIÓN DEL CONTENIDO</b>	5	5	0	100	0
	<b>5) OTRAS MODIFICACIONES</b>	5	0	5	0	100

### Comportamientos asociados a la muerte de un paciente

Se deseaban identificar los comportamientos más frecuentes que ejecutan los médicos posterior a la muerte de un paciente; en un comienzo esta categoría contaba con 12 preguntas y luego de la validación se agregó uno de los ítems de la categoría anterior por sugerencia de uno de los validadores. A los ítems 1, 2, 4, 7 y 9 se le realizaron modificaciones de redacción y en el orden de presentación, el resto de los ítems no fueron modificados.

**Cuadro 6: Resultados de la validación del cuestionario  
(Formación Tanatológica)**

AREA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	TOTAL DE JURADO	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
			SÍ	NO	SÍ	NO
FORMACIÓN TANATOLOGICA	1) ADECUACIÓN	5	4	1	80	20
	1.a) Agregar	5	2	3	40	60
	1.b) Eliminar	5	1	4	20	80
	2) ORDEN	5	0	5	0	100
	3) REDACCIÓN	5	Adecuada	Confusa	Adecuada	Confusa
			5	0	100	0
	3.a) Modificaciones de la redacción	5	Sí	No	Sí	No
			1	4	20	80
	4) ADECUACIÓN DEL CONTENIDO	5	4	1	80	20
5) OTRAS MODIFICACIONES	5	0	5	0	100	

### **Formación Tanatológica**

Se deseaba evidenciar la existencia o no de la necesidad por parte de los médicos de recibir formación tanatológica. Luego de la validación por parte de los expertos, esta categoría no sufrió mayores modificaciones, solamente se eliminó el ítem 1 ya que este pasó a la categoría anterior, el resto de los ítems permanecieron igual que en el original.

La versión definitiva del cuestionario se puede observar en el anexo 2 del presente trabajo.

### **ETAPA DE APLICACIÓN**

Corresponde a la segunda etapa de la investigación, fue realizada en diversos centros hospitalarios y de atención médica entre las ciudades de Caracas y Valencia, Venezuela; en Caracas se ubican el Hospital Universitario de Caracas, el Instituto de Oncología y Hematología ambos en la Ciudad Universitaria, Universidad Central de Venezuela, Hospital Militar Carlos Arvelo y el Centro Médico de San Bernardino; mientras que en la ciudad de Valencia, el Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera. En esta fase se procedió a administrarles a los médicos el cuestionario de recolección de información (anexo 2) para luego proceder al análisis de las respuestas y categorización de las mismas.

Se contó con la participación de quince médicos practicantes de diversas ramas de la medicina

**Cuadro 7: Datos relativos a los participantes de la investigación**

<b>SUJETO</b>	<b>EDAD</b>	<b>AÑOS EJERCIENDO</b>	<b>RAMA DE LA MEDICINA</b>	<b>CENTRO HOSPITALARIO</b>
1	53	29	Cuidados Paliativos y Anestesiología	Instituto de Oncología y Hematología
2	40	15	Oncología	Instituto de Oncología y

				Hematología
3	28	5	Cirugía	Cirugía General-Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera
4	59	35	Psiquiatría	Unidad de Psiquiatría- HUC
5	28	9	Cirugía	Unidad de Coloproctología- HUC
6	29	6	Cirugía	Unidad de Coloproctología- HUC
7	31	7	Cirugía	Unidad de Coloproctología- HUC
8	50	26	Urología	Centro Médico San Bernardino
9	30	3	Cirugía	Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"
10	28	2	Cirugía	Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"
11	28	4	Cirugía	Hospital Militar

				“Dr. Carlos Arvelo”
12	27	4	Cirugía	Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”
13	25	8	Cirugía	Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”
14	29	7	Cirugía	Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”
15	29	5	Cirugía	Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”

## RESULTADOS

Fueron analizados para posteriormente realizar la categorización del proceso de duelo en los médicos a partir de la información que se recolectó con el cuestionario. A continuación se presentan una caracterización de las respuestas de cada uno de los sujetos, para ello se realizará una descripción de las respuestas obtenidas mediante el uso del cuestionario, empleando en ocasiones el verbatim de los entrevistados

### Sujeto 1: Paliativista y Anestesiólogo, 29 años de ejercicio profesional

La definición de duelo que dio este sujeto fue que “es la sensación de aflicción que se produce como consecuencia de una pérdida”. Más adelante indicó que conoce al menos dos tipos de duelo, el normal y el patológico; expresó además que cree que el duelo dentro del ámbito de la medicina debería ser esperado, pero que él observa que la manifestación del mismo es algo

que se niega entre los colegas, incluso llega a mencionar la palabra “Tabú” en sus respuestas. Respondió que considera que el duelo en los médicos es distinto al de las personas, sobre esto dice “Sí, es particular, porque al deber ser este algo natural, es negado; ocurriendo así una tergiversación dentro de la persona”

Sobre la primera vez que experimentó la muerte de un paciente dice que sintió mucha rabia y expresó no sentirse en absoluto preparado, además que esta estuvo asociado a un error médico que él previó pero sobre el cual no pudo hacer nada, agregó que esto lo hizo sentir incapacitado para hacer su trabajo. De esta experiencia comenta que lo ha convertido en alguien profundamente autocrítico y agregó no sentirse confiado a la hora de tratar un paciente.

Sobre los sentimientos que asocia al duelo, señala la tristeza, el desasosiego e incluso frustración y rabia, agrega que considera la muerte como algo inevitable pero sí previsible en algunas circunstancias, y que así busca que le llegue al paciente de la mejor manera posible, causándole el menor dolor posible.

Ya al momento de la muerte de estos, dice que procura darle la mayor asistencia a los familiares y que a modo de honrar a la persona fallecida, procura recordar esos rasgos de la persona que lo llevó a formar una relación con él; agrega que solamente ha asistido a velorios de pacientes por solicitud de los familiares, nunca lo ha hecho de forma espontanea y que sabe de varios médicos que al igual que él, han asistido a velorios y entierros de pacientes.

Asocia como conductas del duelo el recordar lo perdido, el valor humano de la persona fallecida y manifiesta que observa como sus compañeros se comportan de forma evasiva con respecto a la muerte de algún paciente y que en su opinión este no es el comportamiento más adecuado, que en vez de evadir, lo correcto sería asumir esa muerte; más adelante también dice que por lo general procura estar presente al momento del fallecimiento de alguna persona del cual él haya sido el médico tratante y que incluso ha llorado la muerte de alguno de ellos.

Con respecto a la preparación sobre la muerte, considera que desde la Universidad no los preparan para lidiar con esta y que es algo necesario a abordar, de ser posible, durante toda la carrera.

## Sujeto 2: Oncólogo, 15 años de ejercicio profesional

Este doctor definió el duelo como una pérdida, que consta de varias fases y que es variable en cada ser humano, para él la identificación de una persona en duelo viene de la mano con la tristeza, cambios en los patrones de conducta, como por ejemplo cita el caso de algún colega médico, expresando que piensa que pudiera estar pasando por un duelo ya que este pudiera llegar a tornarse repetitivo con algún tema particular o si lo siente muy afectado por algún caso en específico. Además ve el duelo como algo esperado y particular en la medicina, pero que cada médico lo maneja de formas diferentes.

El primer sentimiento que señaló al momento de la primera muerte de un paciente a su cargo fue la rabia, recuerda haber trabajado mucho en esa persona y que al momento de estar supuestamente fuera de peligro, murió súbitamente, desde entonces dice que se cuida mucho de no realizar ningún tipo de “transferencias” con sus pacientes, además de la rabia también sintió miedo y duda. No considera la muerte como algo evitable, pero sí se debe hacer todo lo posible por darle a la persona calidad de vida y de muerte.

Asocia con el duelo la tristeza, miedo, melancolía, rabia y dolor y que al momento de la muerte de algún paciente lo enfrenta con tranquilidad ya que estos “casi siempre fallecen”, argumenta que además siempre trata de acompañarlos en su dolor pero que siempre los remite a una doctora Paliativista de su confianza. Nunca ha asistido al velorio de algún caso, pero sí a misas, agrega que conoce de quienes sí han participado en estos actos y que generalmente son oncólogos de mayor edad.

Considera que sus compañeros lidian con la muerte de sus pacientes de forma “normal”, que es parte de su trabajo y que de alguna u otra forma se terminan adaptando; al momento del fallecimiento busca conversar con los familiares para luego dejarlos para que se despidan de su ser querido. Agrega por último que desde la academia no se les prepara para la muerte de sus pacientes y cree que esto es algo necesario, posiblemente desde el pregrado.

## Sujeto 3: Cirujía, 5 años de ejercicio profesional

Define el duelo como la adaptación y aceptación posterior a una pérdida, una persona afectada por este puede adoptar distintas conductas para dar respuesta al hecho de la muerte, un

médico pasando por un duelo tendrá un cambio de actitud con las actividades e incluso presentará conductas de aislamiento, comenta que para ella, el duelo es frecuente y particular en el ámbito de la medicina debido a la frecuencia con la que se enfrentan a este.

Al momento de pasar por primera vez por la muerte de una paciente, dijo que sintió frustración y no se sentía preparada para esta, agrega que la muerte la ha llevado a esforzarse más con el resto de sus pacientes, con los cuales busca siempre establecer una relación de confianza, educación e información. Comenta también que en algunos casos ha estado emocionalmente conectada con el caso debido a la cercanía con el paciente.

Asocia la tristeza, desconsuelo, rabia y agresividad como los principales sentimientos en el duelo y que al momento del fallecimiento usualmente medita cuales fueron sus acciones con respecto a ese caso en particular “Que hice por él”; comenta que no ha asistido a algún velorio u otro ritual mortuorio de algún paciente ni conoce a nadie que lo haya hecho.

Considera que sus compañeros se comportan de forma “adecuada” al momento de la muerte de un paciente, teniendo un dialogo con los familiares y posteriormente teniendo un proceso de introspección. Dice no haber llorado nunca la muerte de algún caso y que desde la Universidad la preparación que se les da para lidiar con la muerte de sus pacientes es inadecuada, sin embargo, también comenta que la única forma que existe para prepararse adecuadamente para la muerte de un paciente es vivirla.

#### Sujeto 4: Psiquiatría, 35 años de ejercicio profesional

El duelo es, “La pérdida de una persona u objeto de valor significativo para la persona”; dice que cuando un colega está pasando por un proceso como este lo manifiesta, agrega que el duelo es esperado en el ámbito de la medicina ya que “también somos seres humanos” y que este no se diferencia al duelo en las demás personas.

Al momento de pasar por primera vez por la muerte de un paciente, comentó que lo primero que sintió fue negación y tristeza, al no sentirse preparado para este desenlace; agrega que todas las muerte de sus pacientes lo han marcado en alguna medida y que cada una suma a la experiencia del médico. Agrega que busca establecer una relación médico-paciente y que cuando alguno de estos le expresa su deseo de morir su reacción es de buscar cómo ayudarlo.

Considera como sentimientos principales del duelo la negación, la culpa, la rabia, impotencia y tristeza y que al momento de la muerte busca tratar de comprender a sus familiares y que desarrollen su duelo, admite haber asistido a entierros de pacientes y que también sabe de otros médicos que igualmente han asistido. Sobre como observa que sus compañeros lidian con el duelo comenta “Hay de todo” y considera que este comportamiento debería ser de comprensión y ayuda.

Comenta que desde la Universidad no los preparan debidamente para pasar por la muerte de los pacientes y lo considera además como algo necesario, no solo para la muerte de sus pacientes sino para la muerte de sí mismo.

#### Sujeto 5: Cirugía, 9 años de ejercicio profesional

La definición que dio de duelo este participante fue “Es la reacción o comportamiento que se toma ante la pérdida de una persona”; describe que una persona que esté pasando por un duelo presenta usualmente tristeza, apatía y disminución del apetito. En cuanto a sus colegas médicos, dice que piensa alguno pudiera estar pasando por un proceso similar cuando se conoce la personalidad del colega, se pudiera sospechar que esté pasando por uno, además, dice que el duelo debería ser algo esperado en el ámbito de la medicina y que a su vez es diferente que en el resto de las personas.

Con respecto a la primera vez que se murió un paciente bajo su cuidado, recuerda haber sentido impotencia y no sentirse preparado para esta, además de la sensación de querer ayudar a salvar una vida pero no poder hacerlo. Agrega que le gusta mantener una relación directa, de confianza y sincera con sus pacientes y que cuando alguno de estos le comenta su deseo de morir, piensa por todo por lo que pudiera estar pasando la persona, pero que también trata de ayudarlo a cambiar de opinión. Comenta que de la muerte de sus pacientes ha aprendido a que debe mejorar, a tener mayores y mejores herramientas para poder salvar sus vidas.

Los sentimientos que asocia con el duelo son la tristeza, la apatía, impotencia y el extrañar y en cuanto a las conductas, expresa que busca ser comprensivo y prestar ayuda en todo momento, buscando aliviar el dolor de los familiares; con respecto a sus compañeros observa que estos actúan según el momento aconseja, son comprensivos y colaboradores. Dice que no ha

llorado nunca la muerte de un paciente y que tampoco ha asistido a entierros u otros rituales mortuorios de estos, aunque conoce de otros médicos sí lo han hecho.

Con respecto a la formación tanatológica, afirma que sí los preparan para lidiar con la muerte desde la Universidad, pero también que es necesario formación extra para la misma y que esta debería ser durante toda la carrera.

#### Sujeto 6: Cirugía, 6 años de ejercicio profesional

Comenta que para ella el duelo es una “Fase por la que tenemos que pasar cuando tenemos una pérdida y que se puede manifestar de diferentes maneras” ; describe que una persona pasando por un duelo se observa con una personalidad ensimismada, puede que llore o se muestre triste. Con respecto al posible duelo en sus colegas dice que ellos también sufren como seres humanos y se muestran tristes; además que agrega que es un proceso esperado en el ámbito de la medicina porque todos han pasado alguna vez por una pérdida. No considera que el duelo sea distinto en médicos.

Con respecto a la primera vez que pasó por la muerte de un paciente dijo haber experimentado tristeza y una sensación de que pudo haber hecho más, no se sintió preparada para ese desenlace; agregó que creyó haber hecho todo lo que se podía hacer por esa persona e igual murió. Con el resto de sus pacientes busca establecer una relación Médico-Paciente, creando así un ambiente de confianza para que este pueda abrirse y expresar lo que siente. Cuando un caso le comenta su deseo de morir comenta sentir un poco de molestia, aunque depende de aquello por lo que esté pasando y hacerle ver que hay razones por las cuales vivir.

Con respecto a si ve la muerte como algo evitable, dice que en ciertas condiciones lo es, pero que no todo está en las manos del médico, la muerte de un paciente no es un indicador de la calidad de este como profesional también agregó. Comenta que cuando los pacientes fallecen busca explicar a los familiares de forma frontal aquello que pasó; no ha asistido a entierros y otros rituales mortuorios ni sabe de quien sí lo pudo haber hecho.

Las conductas que asocia con el proceso de duelo son “generalmente depresivas” y observa que sus compañeros se muestran “tranquilos” ante el fallecimiento de un paciente, aunque dice que también es normal que algunos lloren, algo que admite haber hecho también, o

incluso griten para desahogarse. Considera que desde la Universidad no los preparan lo suficiente para la muerte de sus casos y ve esto como algo necesario.

#### Sujeto 7: Cirujía, 7 años de ejercicio profesional

El duelo “Consiste en una serie de manifestaciones y sensaciones que presenta la persona por otra persona, sea familiar o no, por la pérdida de la misma, sea muerte o mudanza” y que un persona que esté pasando por esto experimentará depresión, falta de energía, tristeza y llanto; en el caso de un colega, este pudiera estar desenfocado en su trabajo y lo siente triste o deprimido. Agrega que el duelo es algo esperado en el ámbito de la medicina, pero que no es diferente al del resto de las personas.

En cuanto al primer sentimiento que recuerda haber sentido al pasar por primera vez por la muerte de un paciente, comenta que pensó en cual pudo haber sido su fallo o error que evitara la salvación de esa persona y no sentirse preparada para este desenlace, recuerda también que fue una muerte súbita y que apenas unas horas antes había hablado con los familiares sobre la estabilidad del paciente. Otra muerte que la impactó a nivel profesional fue la de un profesor y que lo primero que sintió fue negación y luego mucho dolor. Sobre esta muerte comenta que entendió que “La vida es una sola y hay que disfrutarla”.

Comenta que en la actualidad se siente más preparada para la muerte de algún paciente y que antes que suceda prepara a los familiares, hablando directamente con ellos. Dice que no ha asistido a ningún entierro ni sabe de algún colega que sí lo haya hecho. Observa que sus compañeros están “bien preparados” para lidiar con la muerte de un paciente y que son “Serenos, tranquilos, con pensamientos fríos”. Reporta no haber llorado tampoco la muerte de algún caso en particular y que desde la academia no los preparan para esto, aunque sí lo considera necesario y que debería darse al momento de las pasantías de pregrado.

#### Sujeto 8: Urólogo, 26 años de ejercicio profesional

El duelo es “un estado de ánimo que se manifiesta ante una pérdida”, agrega también que cree que hay un solo tipo de duelo, lo que varía es la pérdida a la que nos enfrentamos; identifica a una persona pasando por un proceso de duelo debido a los cambios de comportamiento,

generalmente asociado a agresividad, tristeza o depresión y que los médicos son personas como el resto, lo cual no los hace escapar de la realidad de pasar por un proceso de duelo.

Recuerda haber experimentado tristeza, sin embargo refiere que si se hace lo correcto y se logra ser más que un “Técnico con experticia en salud se puede ayudar a los familiares en el difícil trance de la pérdida de un ser querido”; agrega también que “cuando se considera al paciente como la persona que es, uno se involucra no solo profesionalmente, sino que también lo hace emocionalmente y su muerte por cualquier circunstancia nos toca de cerca”; de sus experiencias con la muerte explica que estas lo han enseñado a manejar con la muerte como parte de su ejercicio profesional.

Y ve como un reto el ayudar a sanar a una persona que cree que es la única con problemas en el mundo, esto es con respecto al posible deseo de morir de algún paciente. Encara esta de forma profesional, a sabiendas de que se hace lo que se aprende para ponerlo en práctica del beneficio de las personas.

Asocia a la tristeza y la ira como los sentimientos principales del duelo y que al momento de la muerte de algún paciente busca apoyar a la familia, en ocasiones ha asistido a entierros de pacientes fallecidos y también sabe de otros colegas que lo han hecho; agregando al comportamiento de sus compañeros, dice que el hecho de ser médicos no los hace vulnerables a que los afecte la muerte de los pacientes, considera también que este comportamiento debe ser “lo más sano posible para nosotros como seres humanos” con mucho respeto hacia el fallecido y sus familiares.

Comenta que la muerte es un proceso con el cual nos enfrentamos y vivimos de forma práctica al ingresar a los hospitales a tratar directamente con pacientes, no considera que sea necesaria alguna preparación extra para lidiar con la muerte.

#### Sujeto 9: Cirugía, 3 años de ejercicio profesional

Define el duelo como “Proceso de luto que para una persona al pasar por la pérdida o fallecimiento de un familiar o ser querido. Está comprendido por cinco fases”, e identifica a alguien pasando por este proceso debido a su estado anímico, igualmente lo identifica con sus colegas, por el estado ánimo que pudieran presentar, y considera que este es esperado en el

ámbito de la medicina, pero no es diferente al del resto de las personas que no pertenecen al gremio médico.

Refirió haber sentido impotencia al momento de pasar por primera vez por la muerte de un paciente y no haber estado preparada para la misma, esto debido a no poder contar con los recursos necesarios para salvar su vida; comenta que cuando un paciente le expresa su deseo de morir se preocupa por brindarle sensación de alivio aún en las fases terminales de su enfermedad. No ve la muerte de un paciente como un indicador de su calidad profesional sino como un indicador del estado de la salud del país.

Asocia la rabia, tristeza, desolación y la ausencia como los sentimientos principales del duelo, y que al momento de la muerte de un paciente procura estudiar las causas de la misma, informar a los familiares y luego brindarles el mayor apoyo posible, siempre de forma profesional; manifiesta no haber asistido nunca a algún entierro de un paciente y no conoce de otros colegas que sí lo hayan hecho.

Agrega que cada médico lidia con la muerte de sus pacientes de forma personal y que esta debería llevarse de forma profesional, cuidándose también de no ser inexpresivo con los familiares, comenta que no ha llorado la muerte de ningún paciente y que desde la Universidad no los preparan para esta, que eso se aprende con la experiencia.

#### Sujeto 10: Cirugía, 2 años de ejercicio profesional

Este participante ve el duelo como “Es un proceso en el cual el individuo presenta un sentimiento de pérdida”; y que la forma de identificar si alguna persona está pasando por este es debido a una posible alteración de su estado anímico normal, en el caso de algún colega médico mantiene que se pudiera evidenciar a raíz de cambios en su patrón de conducta y posible facilidad de desencadenar llanto o irritabilidad; agrega además que ve el duelo como algo esperado en la medicina y que no es diferente al duelo en el resto de las personas que no pertenecen al gremio médico.

Indica que su primer sentimiento al momento de pasar por la muerte de un paciente fue de impotencia y de fracaso, de no estar preparado y una sensación de no poder hacer nada para evitar el desenlace de la muerte; agrega además que al momento de tener un caso que

expreses sus deseos de morir, opta por sentir tristeza y a su vez busca alguna forma de motivarlo a cambiar sus deseos de muerte. Comenta que busca encarar el fallecimiento de algún paciente mediante el mejoramiento de sus conocimientos para brindar un trato más efectivo a sus futuros pacientes.

Reporta no haber asistido a ningún entierro de casos ni sabe de algún colega que sí lo haya hecho; comenta que estos experimentan frustración y emiten conductas de reflexión, buscando analizar que pudo haber sucedido. Dice que desde la academia no los preparan para este hecho pero lo ve como algo necesario y que debería darse durante el último año.

#### Sujeto 11: Cirugía, 4 años de ejercicio profesional

Define duelo como “El proceso mediante el cual una persona pasa por una serie de etapas para aceptar la muerte o pérdida de un ser querido”; dice que una persona pasando por esto generalmente está callado, ausente e incluso distraído y con mirada perdida, en el caso de un colega las características son las mismas y agrega “Sin hacer su trabajo como siempre lo hace”, comenta también que el duelo es algo esperado en el ámbito de la medicina y que es distinto para los médicos que para las personas que no forman parte del gremio.

Al pasar por la muerte de un paciente por primera vez, comenta que el sentimiento que sintió a primera instancia fue de frustración, dolor y tristeza. De esta experiencia comenta que ha aprendido a ser mucho más cauteloso al momento del progreso de la enfermedad de sus pacientes.

Los primeros sentimientos que asocia con el duelo son la tristeza, dolor, negación y aceptación; que al momento de la muerte de un paciente, lo afronta tratando de ser lo más maduro y profesional posible, además de que busca conversar con los familiares para que tengan una sensación de que el paciente “me importó”. Dice no haber asistido a entierros de pacientes, aunque sí los ha llorado, pero sí sabe de colegas que lo han hecho. Comenta que ve que sus colegas se comportan de forma “Normal” al momento de la muerte de un paciente, siempre ofreciendo consuelo a los familiares.

Con respecto a la necesidad de la formación tanatológica, considera que sí los preparan desde la universidad y que no es necesaria una preparación extra ya que desde toda la carrera es algo que se aprende de forma continua.

#### Sujeto 12: Cirugía, 4 años de ejercicio profesional

Define el duelo como “El proceso de transición que afronta un sujeto ante una pérdida de cualquier índole” y que logra identificar a una persona que esté transitándolo gracias a sus cambios conductuales y de trato con el resto de las personas que lo rodean; con respecto al duelo en sus colegas médicos, lo identifica gracias a un cambio en su forma de trabajar e incluso por una posible disminución de su atención en la jornada laboral; dice además que este proceso es algo esperado en el ámbito de la medicina y que es distinto en médicos que en personas que no pertenecen al gremio de la medicina.

Su primer recuerdo de la muerte de su paciente fue de frustración, ya que sintió que se pudo haber hecho un mejor trabajo aunque también esto lo ha incitado a ser mejor profesional; comenta que cuando un paciente le expresa su deseo de muerte este se siente decepcionado por aquella decisión de “entregarse a morir” y luego de aceptación por ser ese su deseo.

Entre los sentimientos que asocia con el duelo están la negación, frustración, ira y depresión y que al momento de la muerte de un paciente su conducta es de meditación, dice que nunca ha asistido a algún entierro, aunque admite que sí ha llorado algunas muertes, ni conoce algún colega que sí lo haya hecho, sobre quienes dice que manejan la muerte de algún caso con frustración y que también este comportamiento depende de la personalidad del doctor. Agrega que desde la academia no los preparan para lidiar con la muerte de sus pacientes y lo ve como algo necesario y que debería darse a lo largo de toda la carrera.

#### Sujeto 13: Cirugía, 8 años de ejercicio profesional

Este participante define el duelo como “una situación o periodo de tiempo de transición o adaptación emocional ante la pérdida de un ser o algo querido”; y que las personas que se encuentran atravesándolo generalmente se encuentran lábil emocionalmente, con cambios de ánimo y principalmente sintiendo mucha tristeza; con respecto a sus colegas médicos, dice que estos lo identifica por su estado de ánimo o sus acciones. Añade además que el duelo es algo

esperado en el ámbito de la medicina y que no se diferencia al duelo de las personas que no forman parte del gremio, salvando de igual forma la diferencia con cualquier persona.

Los primeros sentimientos que recuerda al momento de sufrir la muerte de algún paciente fueron de tristeza, rabia y preocupación, comenta que esto lo ha vuelto más fuerte; con sus pacientes establece relaciones estrechas, de confianza con familiares y pacientes. Añade que cuando alguno le expresa su deseo de morir se siente mal por él, pero entiende que es su decisión.

Considera que en algunos casos, la muerte de un paciente si puede llegar a ser un indicador de la calidad del profesional de la medicina y que no se sentía preparado cuando ocurrió la muerte de ese primer paciente, añade “Creo que nunca estamos realmente preparados para eso”; pero que cuando sucede trata de mantener el control, respirar profundo y hablar con los familiares para luego ver en que pudo haber fallado o qué se pudo haber hecho mejor. Dice que no ha ido al entierro de algún paciente o participado en algún ritual mortuorio, aunque sí los ha llorado, además de no saber de algún colega que lo haya hecho.

Entre las conductas que asocia que asocia con el duelo están la desesperación y el rencor; además observa que muchas veces sus compañeros son más fuertes o desprendidos que él al momento de lidiar con el fallecimiento de algún paciente, añade que cada quien lo lleva como considera necesario pero “todos deberíamos ser empáticos con la gente y sus familiares”.

Con respecto a la posible necesidad de recibir formación tanatológica, respondió que pudieran prepararlos desde la Universidad, pero que realmente nadie está preparado para eso hasta que le toca vivirlo y que dicha preparación pudiera empezar desde el primer o segundo año de la carrera.

#### Sujeto 14: cirugía, 7 años de ejercicio profesional

Define el duelo como “una situación transitoria caracterizada por tristeza, negación y desanimo”; que además la persona que pudiera estar pasando por esto se siente triste y lábil emocionalmente. En el caso de sus colegas médicos, comenta que observa si algún está pasando por este proceso debido a su estado de ánimo y que este es un proceso esperado en el ámbito de

la medicina pero que no es diferente al de las demás personas que no pertenecen al gremio médico

Recuerda no creer estar preparado y haber sentido tristeza, rabia y dolor al momento de su primera muerte de un paciente. Busca establecer con estos relaciones basadas en la verdad y la confianza, aceptando así cuando estos le pudieran comentar sobre su deseo de morir, sobre esto añade “Es su decisión”. Con respecto al trato con los familiares busca siempre manifestar su apoyo y sinceridad cuando fallece su ser querido.

Con respecto a sus compañeros, responde que ve como lidian con la muerte de sus pacientes de la manera “adecuada”, con un comportamiento basado en el respeto hacia los familiares y la persona. Dice que sí ha llorado la muerte de un paciente, pero no ha ido a ningún entierro ni ritual mortuorio ni conoce a algún colega que sí lo haya hecho.

Con relación a la necesidad de formación tanatológica, dice que no siente que desde la academia los preparen para lidiar con la muerte de sus pacientes, pero lo considera como algo necesario para su ejercicio profesional y que debería de darse durante toda la carrera.

#### Sujeto 15: cirugía, 5 años de ejercicio profesional

Este doctor define el duelo como “La Situación en la cual el sujeto reacciona ante la pérdida de un ser querido pasando por varias fases y etapas”; comenta también que una persona pasando por este proceso se verá triste y pasará por diversas fases, con respecto a sus colegas médicos dice estos verán afectada su forma de interactuar con el medio laboral y sus pacientes. Dice también que el duelo es algo esperado en la medicina pero que no es distinto al de las personas que no forman parte del gremio de la medicina.

Lo primero que recuerda de haber sentido al momento de la primera muerte de un paciente fue de tristeza, recriminación y desanimo, además de no sentirse preparado para la misma; y que esta experiencia lo hizo acercarse a la realidad de su compromiso profesional con sus pacientes, con los cuales busca establecer relaciones basadas en la empatía y la comprensión; al momento de que alguno exprese su deseo de morir, dice que dependiendo del contexto puede llegar a sentir respeto o motivación. Considera que algunas metas son evitables. Y los sentimientos que asocia con el duelo son la tristeza y la negación.

Encara la muerte de algún paciente mediante el acompañamiento de sus familiares y mediante el continuo trabajo; dice que en una ocasión asistió al entierro de un paciente, sin embargo fue una triste experiencia y no lo volvería a hacer; en cuanto a conductas dice que la muerte lo hace querer trabajar y estudiar más; con respecto a sus compañeros observa que estos se muestran ante la muerte con negación e incluso con indolencia, comportamiento que dice debería ser de empatía y acercamiento. Admite haber llorado la muerte de algún paciente y comenta que desde la academia no los preparan para lidiar con esto, aspecto que considera como necesario y que debería en la materia de Semiología en el pregrado de la carrera.

### **ANALISIS DE RESULTADOS**

Esta investigación partió con la idea de realizar una propuesta de categorización del proceso de duelo en médicos al momento de la muerte de un paciente del cual eran el médico tratante ya que sobre esto se encontró muy poco material que vinculara este proceso con los participantes con los cuales se pretendía trabajar al momento de tomar la decisión. Esta intención inicial se logró, dicha propuesta de la categorización del proceso de duelo se pudo dar a través de las frecuencias de las respuestas dadas al cuestionario que se les presentó a los médicos participantes, es justo aceptar que no se pudo realizar una diferenciación en cómo ocurre este proceso de duelo dentro de las diferentes especialidades de la medicina.

Tal como se ha podido apreciar revisando las referencias para el sustento de este trabajo, el estudio del duelo tiene diversas variables y vertientes y al momento de revisar la literatura que lo vinculaba al ámbito médico hablaban de cómo la muerte ha sido vista tradicionalmente como la enemiga principal de los profesionales de la medicina, como un fracaso e incluso como un tema tabú sobre el cual no debe hablarse ni siquiera considerarlo como una posibilidad al momento del trato del paciente y que incluso el proceso de duelo tiende a ser negado, pero la realidad es diferente, de los 15 participantes, el 100% reportó que en algún momento de su ejercicio profesional algún paciente a su cargo había fallecido y ese mismo porcentaje comentó que el duelo es algo que debería de esperarse en este rubro.

La noción de la muerte es algo a lo que tradicionalmente se le huye desde el punto de vista occidental, como lo dice Bayés et al. (2000) esta es vista como un fracaso, y se evidenció en las respuestas cuando solamente un participante, representando el 7%, comentó que se debería enseñar a lidiar no solamente con la muerte del paciente sino también a enfrentar la muerte propia. Llama la atención que hay una aparente paridad en las respuestas sobre sí el duelo es distinto en lo médicos que en el resto de las personas, el 40% de los participantes reportaron que este es diferente, dando generalmente respuestas de que el personal de la medicina contaba con diversas herramientas para lidiar con esto y además que manejaban con mayor frecuencia la muerte que las personas que no pertenecen al gremio médico.

Con respecto a la primera pregunta en donde se les pidió a los participantes que definieran el duelo, el 93% de estos utilizó la palabra “pérdida” en algún momento de su definición, lo cual se evidencia congruente con las definiciones sobre las cuales se basa este trabajo, estas son la que acuñó Freud en el año 1917 en donde dice que el duelo es el proceso intrapsíquico en donde la persona retira su interés del mundo exterior para poder elaborar su pérdida y la de Bowlby (1980) en donde observa el duelo como todos aquellos procesos psicológicos que desencadenan después de la pérdida.

Al momento de referirse al momento de la primera muerte de un paciente, una importante cantidad el 87% comentó que no se sentía preparado para cuando ocurrió el hecho, lo cual es congruente con el 73% de participantes que respondieron de forma afirmativa sobre la necesidad de existir alguna preparación para ayudarlos a lidiar con la muerte. Berrios y Bracho (2007) sobre esto comentaron que la atención médica en Venezuela está diseñada para alargar la vida, no para enfrentarse a esta cuando es inminente.

El 40% de los participantes comentó haberse sentido frustrado, mayoritariamente por no poder salvar una vida o no contar con las herramientas necesarias, generalmente reportaron respuestas en donde el control de la vida o muerte del paciente no estaba en su poder y eso les evocaba sensaciones de frustración; incluso hasta de rabia en algunos casos. El 80% de los participantes reportó haber tenido alguna muerte de un paciente que lo haya impactado de forma profesional y que esto lo había impulsado a prepararse de mejor manera para brindar una atención más efectiva, esta necesidad de actualización, de prepararse mejor es un aspecto del ser humano que destaca Rogers (1984), lo impulsa a mejorarse y en el caso de los médicos, a dar una

mejor atención a sus pacientes, tal como se evidenció en sus respuestas en donde varios hicieron el comentario de que la muerte de sus pacientes sumaban a su experiencia profesional y los hacían más precavidos y estudiosos, con el fin de darles un tratamiento más efectivo.

Retomando al punto de que en la actualidad a la muerte es algo de lo que se huye (Bayés et al. 2000), llama la atención de que al momento de ser cuestionados acerca de si la muerte es algo inevitable o no, el 54% dio respuestas ambiguas, destacando el “Es relativo”, “Depende del caso”, el restante sí dio respuestas definitivas de “sí” o “no”, pudiera verse esto desde la perspectiva del mismo miedo a la muerte o la visión de esta como un enemigo contra el cual se lucha desde la medicina. Sin embargo 60% dijo que la muerte de un paciente no era un indicador de su calidad como profesional.

En cuanto a los sentimientos que se asocian al duelo, el 80% de los participantes mencionó la tristeza, estando de segundo lugar la rabia, mencionada por el 54% de los participantes de la investigación, sentimientos que están dentro de la categorización que hizo Kübler-Ross en 1969.

Con respecto a la forma de cómo identificar a una persona que esté pasando por un duelo, aproximadamente la mitad de los sujetos reportó que lo identifica a raíz de cambios conductuales y la otra mitad se refirió a que observa a la persona que manifiesta tristeza o cambios en su estado de ánimo de alguna u otra forma. Estos resultados se mantuvieron igual al momento de los médicos referirse a sus colegas, una parte se decantó por cambios en patrones de conducta y la otra se refirió a los estados de ánimo.

Ya en cuanto a las conductas que se evocan ya una vez muerto el paciente, el 60% dijo que no ha ido a entierros o participado de algún ritual mortuario, incluso un sujeto dio una respuesta afirmativa pero que no lo volvería a hacer, siendo estas respuestas una vez más congruentes al miedo que se le tiene a la muerte que parece imperar en el pensamiento occidental.

Observando la frecuencia de las respuestas de los participantes, se pudiera concluir, a raíz de la vista de estos resultados que un aspecto importante de lidiar con la muerte está permeado al miedo que existe con relación a esta, al parecer existe gran miedo a esta, y de este surgen diversas conductas de evitación o incluso de frustración y tristeza, las cuales permean en como ocurre el proceso de duelo de estos profesionales. Bayés et al. (2000)

El trabajo de categorización que se pretendió hacer con este trabajo arrojó las siguientes categorías:

**Cuadro 8. Categorización del proceso de duelo en médicos.**

Tristeza
Frustración
Alteraciones en la conducta

Estas categorías son netamente nominales y no contienen un orden específico o secuencial, se obtuvieron netamente a raíz de la frecuencia de las respuestas de los participantes y de que no se puede afirmar con seguridad de que el duelo es distinto en médicos que en personas que no pertenecen al gremio de la medicina.

Se puede afirmar también que los objetivos que se plantearon durante la etapa inicial de esta investigación fueron cumplidos a cabalidad y derivó los resultados aquí presentados.

**LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Las limitaciones de esta investigación fueron:

- Algunas de las preguntas resultaron difíciles de entender para los participantes a pesar del proceso de validación bajo el cual fue sometido el cuestionario.
- El investigador no estuvo presente al momento de la contestación del cuestionario por parte de los participantes.
- El Cuestionario no pasó por una etapa de pilotaje en donde se pudo haber corregido las preguntas que resultaban ambiguas para los participantes.

Tomando en cuenta estas limitaciones, las recomendaciones para futuras investigaciones que decidan continuar con este trabajo se sugiere que tomen en cuenta lo siguiente:

- Aumentar el número de participantes con el fin de conseguir una muestra más representativa de médicos
- Incluir en el estudio a estudiantes de los últimos años de medicina y demás profesionales que conformen el equipo de salud con el que trabaja el médico.
- Diseñar un programa formativo para educar a los médicos en el manejo de la muerte y del duelo.
- Controlar las variables ambientales al momento de realizar la contestación del cuestionario

## REFERENCIAS

- Addintong-Hall, J y Karlsen, S. ( 2000). Do home deaths increase distress in bereavement?.  
Paliative Medicine. Vol 14, 161-162
- Allumbaugh, D y Hoyt, W. (1999). Effectiveness of Grief therapy: a metanalysis. Journal  
of Counseling Psychology, vol. 46, 370-380
- Arteaga, F. (2006). 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.
- Attig, T (1996). How we grive: Relearning the World. Nueva York. Oxford University  
press.
- Barrantes, G. (2001). El duelo en la Adolescencia. En Adolescencia y Juventud en América  
Latina. Editorial LUR. Donas, Solum. Compilador.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Romero, E. y Arranz, P. (2000). ¿Qué puede ayudarnos a morir  
en paz?. Medicina Clínica, 115, 579-582.
- Berrios, Z y Bracho, C (2007). Muerte, Duelo y el Equipo de salud. Revista de Salud Pública,  
2 (2), 14-23.
- Bowlby, J. (1963). Pathological mourning and childhood mourning. Journal of the  
American Psychoanalytic Association, 11, 500-541
- Bowlby, J. (1968). *El vincula afectivo*. Buenos Aires. Edit Paidós
- Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss, vol. 111. Loss. Sadness and Depression.  
London: The Hogart Press.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida: La pérdida, Volumen 3*. Madrid. Edit Espasa libros

- Bracho, C. (1997). *Duelos en la Adolescencia*. Universidad de Carabobo, Edit Raul Clemente
- Caycedo Bustos, M. (2007). La muerte en la cultural occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 36, 332-339
- Currier, J; Holland, J y Niemeyer, R. (2007). The effectiveness of Bereavement Interventions with Children: A meta-analytic of controlled outcome research. *Journal of child and adolescent psychology*. Vol.36 (2), 253-259
- Currier, J; Holland, J y Niemeyer, R. (2010). Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of current evidence. *International journal of Cognitive Therapy*. Vol. 3 (1), 77-93
- Díaz, V; Bermúdez, M y Torres, A (2011). Conocimientos prácticos del personal docente con relación al abordaje del proceso de duelo en adolescentes. *Revista electrónica enfermería actual en Costa Rica*, 21, 1-9.
- Dunn KS, Otten C, Stephens E.(2005), [Abstract] Nursing experience and the care of dying patients. *ONF*, 32, 97-04.
- DSMIV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, ed. Masson, 1995.
- Faschingbauer, T; De Vaul, R y Zisook, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief.. *American Journal of Psychiatry*, 134, 696-698
- Fauré, C. (2004). *Vivir el duelo: La pérdida de un ser querido*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Freud (1917). *Duelo y melancolía*. *Obras Completas*, vol. XIV. Madrid, Biblioteca Nueva
- Fretz, B. (1993). *Counseling Psychology: A transformation for the third age*. *The counseling psychologist*. Vol. 21, 154-170
- García, A; García, I y Lamas, S. (2000). Hacia una neurobiología de los procesos de duelo. *Archivos de Psiquiatría*, 63, 317-327

- García-Caro, M; Cruz, F; Schmidt, J; Muñoz, A; Montoya, R; Prados, D; Pappous, A y Botella, M. (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 10 (1), 57-73
- Gamo Medina, M., García Laborda, A., Del Alamo Jiménez, C., & Hernangómez Criado, L. (2003). Follow-up of patients who seek treatment for grief. (English). *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 31(5), 239-243.
- Guevara, M. (1995) *Gerencia de Servicios Psicológicos*. Ediciones de la UCV
- Glass, R. (2005). Is grief a Disease?. *JAMA*, vol. 293 (21), 2658-2660
- Gómez, M.(1999). El duelo y el Luto: La atención al doliente. *Medicina Paliativa en la cultura latina*.1095-1132, Edit Aran,
- Gómez, M. (2006) *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid, edit Arán
- Gorer, G. (1965). *Death, Grief and Mourning*. Nueva York. Doubleday edit.
- Guinac, E; Salas, A. (s.f). *El Trabajo del Duelo*. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica11/Ars13.html>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, T. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- Horowitz,M; Wilner, N;, Marmar, C y Krupnick, J (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*. 137, pp 1157-1162
- Horowitz, M; Siegel, B; Holen, A; Bonanno, G; Milbrath C y Stinson, C. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*. Vol. 54 (7)
- Jaspers, K. (1977). *Psicopatología General*. Buenos Aires, edit Beta
- Kastenbaum, R. (1969). *Death and Bereavement in after life*. Springfield. 27-54

- Krupp, G; Genovese, F y Krupp, T. (1986). To have and have not: multiple identifications in pathological bereavement. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*
- Klass, (1999) *The spiritual lives of bereaved parents*. Filadelfia. Brunner/Mazel edit.
- Kubler-Ross, E (1969). *Sobre la muerte y los moribundo*. Editorial Grijalbo. Barcelona-España.
- Kubler-Ross, E. (2005). *Vivir hasta despedirnos*. Barcelona, España, Edit Luciernaga
- Lastra, A (2004). *Que bello es vivir*. Madrid, edit Octaedro
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, vol. 101, 101-149
- Morin, E. (1999). *El método: La naturaleza de la naturaleza*. Madrid, Edit Cátedra
- Niemeyer, R (1999) Narrative strategies of grief therapy. *Journal of constructive psychology*, vol. 12, pp 65-85
- Niemeyer, R. (2010). *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*. Documento electrónico actualizado en. [http://www.psicosocial.net/es/centro-de-documentacion/doc\\_download/248-aprender-de-la-perdida-una-guia-para-afrontar-el-duelo](http://www.psicosocial.net/es/centro-de-documentacion/doc_download/248-aprender-de-la-perdida-una-guia-para-afrontar-el-duelo)
- Nomen Martín, L. (2007). *El duelo y la muerte: El tratamiento de la pérdida*. Madrid, edit Pirámide
- Olmeda García, M. (1998). *El duelo y el Pensamiento mágico*. Madrid, edit. Master Line
- Parkes, C (1972) *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Nueva York. International Universities press.
- Parkes, C y Weiss, R (1983) *Recovery from bereavement*. Nueva York. Basic books edit.
- Parkes, C. (1998). *Bereavement: Studies of Grief in adult life*. Edit Madison: international Universities Press

- Pastorini, G. (1997). De los cuidados paliativos: un abordaje Psico-Espiritual.
- Pincus, L (1974) *Death and the family: The importance of mourning*. Nueva York. Pantheon edit.
- Rando, T. (1983). An investigation of grief and adaptation in parents whose children have died from cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 8, 3-20
- Rando, T. (1984). *Grief, dying and death*. Illinois Press co.
- Rogers, C. (1984) *El proceso de convertirse en persona*. México, edit Paidós
- Sadrin, L. (2002). *Como afrontar el dolor*. Bogotá, Colombia, edit. Paulinas
- Shertzer, B y Stone, S. (1952). *Manual para el Asesoramiento Psicológico*. Buenos Aires. Edit Paidós
- Shuchter, S y Zisook, S (1986) Treatment of spousal bereavement. *Psychiatric annals*. Vol.16. pp.295-305
- Stauder, C. (2011). El duelo: sus recursos. Desde El Jardín De Freud, (11), 181- 186.
- Stroebe, M (1992) Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega*. Vol. 26. Pp 19-42
- Stroebe, M; van Son, M; Stroebe, W; Kebler, R; Schut, H y van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*. Vol. 20, 57-75
- Stroebe, M; Hansson, O; Stroebe, W y Schut, H (2001). *Handbooks of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington DC. American psychological Association.
- Schur, M. (1972). *Sigmund Freud, enfermedad y muerte en su vida y en su obra*, Barcelona, edit. Paidós,

- Tizón, J. (1996). El duelo en la atención primaria a la salud. Formación médica continuada en Atención Primaria. Vol. 1, 547-566
- Tizón, J. (1999). El pediatra, la salud mental y los equipos de salud mental. Psicopediatría en atención primaria. 83-101
- Tizón, J. (2004). Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia. Madrid, edit Paidós
- Tizón, J y Sforza, M. (2008). Días de duelo, encontrando salidas. Madrid, edit Paidós
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS) (1992). Manual de Medicina del Adolescente. Serie Paltex para Ejecutores de Programas N° 20. Washington D.C. Vega
- Ortego, López, Álvarez y Aparicio (2001). Tema 11. El Duelo. Recuperado de <http://www.ulacit.ac.cr/carreras/documentosULACIT/Carreras/MANUAL%20APA%20ULACIT%20actualizado%202012.pdf>
- Vega, P; Gonzalez, R; Palma,C; Ahumada,E; Mandiola,J; Oyarzún, C y Rivera, S (2012). Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. Aquichan, 13. 81-91.
- Von Fortner, A; Hill, M; Pazder, R y Feudtner, C. (2005). Bereavement care interventions: a systematic review. BMC palliate care. Vol. 3 (1)
- Volkan, V (1985) Complicated mourning. *Annual of Psychoanalysis*. Vol. 12. Pp 323-348
- Worden, W. (1976). Personal death awareness. New Jersey, edit Prentice-Hall
- Worden, W. (1982). Grief: Counseling and Grief Therapy. A Handbook for mental health practitioner. New York, edit Springer
- Worden W. (1997). El tratamiento del duelo asesoramiento psicológico y terapia. Editorial Paidos Barcelona-España

## ANEXOS

### Anexo #1. Guía de Validación para el 08 de Junio de 2015

#### Guía de Validación

Al momento de querer medir un fenómeno, o en este caso, categorizarlo, habiendo una total carencia de instrumentos que permitan hacerlo, es necesaria la construcción de una herramienta que cumpla dicho propósito; la herramienta en cuestión debe ser precisa y objetiva con su medición e igualmente debe ser válida, lo que quiere decir que efectivamente debe medir aquello que pretender medir. Con este fin se presenta esta Guía de Validación para que usted en calidad de experto evalúe el presente instrumento que desea categorizar y descubrir los procesos de duelo por los cuales pasan los médicos al momento de la muerte de un paciente bajo su cuidado.

La investigación parte de la consideración de que el duelo es la reacción de una persona ante la pérdida de una persona amada, patria o ideal (Freud, 1917); mientras que el proceso de duelo esta conformado por un conjunto de manifestaciones que se ponen en marcha tras la pérdida (Tizón, 2004), además emplea como parte de su análisis las categorías que estableció Kübler-Ross en el año 1969, Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación. A pesar de que la concepción original de la autora es que estas etapas se dan de forma secuencial y son excluyentes entre sí, actualmente se continúa empleando pero desde una visión más flexible y partiendo de la consideración de que no son excluyentes.

La investigación se realizará con médicos y se justifica en el hecho del reducido número de estudios que se han hecho con este grupo y a que algunas investigaciones orientadas al estudio del duelo en médicos, apuntan a que en la actualidad de la medicina está más dirigida hacia la prolongación de la salud, la vida, el controlar riesgos, curar, rehabilitar enfermos y aliviar el dolor físico, sin embargo descuida la comprensión del hecho que en ocasiones la intervención profesional debería dirigirse tanto a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo, como a apoyarlos en sus decisiones con respecto a los tratamientos ofrecidos, lo cual implicaría enfrentar no solo los problemas profesionales y técnicos, sino también aquellos emocionales y espirituales que pudieran afectarlo en lo personal y en su ejercicio profesional.

Todo lo previamente expuesto, esboza la formulación de la idea, bajo la cual se fundamenta esta investigación, considerar que el estudio del duelo en el médico tras la muerte de un paciente puede ser un elemento de necesaria consideración, que permita prevenir posibles consecuencias en lo que respecta a su salud psicológica y desempeño laboral, con ese propósito se desarrolló el presente cuestionario como herramienta de recolección de la información orientada a la categorización del verbatim de los participantes del estudio; se pretenden explorar los siguientes aspectos:

- Definición del duelo y de Proceso de Duelo.
- B.- Emociones relacionadas a la muerte de pacientes
- Creencias con respecto al fenómeno de la muerte.
- Comportamientos asociados al fenómeno de la muerte, entre ellos los ritos y búsqueda de ayuda profesional.
- Necesidad de Formación Tanatológica

A.- Definición de Duelo:

Se desean determinar aquellos elementos conceptuales empleados por los médicos en los que se enmarcan términos tales como “duelo” y “proceso de duelo”, así como su significación tanto personal como profesional.

1. ¿Para usted qué es el duelo y proceso de duelo?
2. ¿Cree que hay más de un tipo de duelo?
3. ¿Cómo identifica cuando una persona está pasando por un duelo?
4. ¿Cómo sabe que un colega están pasando por un proceso de duelo?

HOJA DE EVALUACIÓN
¿Considera que el número de ítems es adecuado? Sí__ No__

¿En caso de que su respuesta sea negativa, qué modificación haría?

Agregaría ítems SÍ\_\_ No\_\_

¿Cuáles?

Eliminaría ítems SÍ\_\_ No\_\_

¿Cuáles?

¿Modificaría el orden de como están presentados los ítems? SÍ\_\_ No\_\_

En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿qué orden propondría?

¿Cuál es su opinión con respecto a la redacción de los ítems?

Adecuada\_\_

Confusa\_\_

¿Propondría alguna modificación? SÍ\_\_ No\_\_

¿Cuál?

¿Considera que el contenido de los ítems es adecuado para la consecución de los objetivos que se plantean? SÍ\_\_ No\_\_

En caso de ser negativa su respuesta,

¿Qué ítems modificaría?

¿Realizaría alguna otra modificación? SÍ\_\_ No\_\_

En caso de ser negativa su respuesta,

¿Cuál?

#### B.- Emociones relacionadas a la muerte de pacientes

Se desean identificar las emociones presentes en los médicos, al momento de la muerte de un paciente bajo sus cuidados.

1. ¿Qué siente cuando se muere un paciente del cual usted es el médico tratante?
2. ¿Cuál recuerda fue su primer sentimiento al momento de la muerte de un paciente del cual haya sido el médico tratante?
3. ¿Qué recuerda de esa primera experiencia?
4. ¿Alguna muerte de un paciente lo ha impactado a nivel profesional?
5. ¿Siente culpa al momento de la muerte de un paciente? ¿Cómo?
6. ¿Siente rabia al momento de la muerte de un paciente? ¿Cómo?
7. ¿Siente tristeza al momento de la muerte de un paciente? ¿Cómo?



¿Modificaría el orden de como están presentados los ítems? SÍ\_\_ No\_\_

En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿qué orden propondría?

¿Cuál es su opinión con respecto a la redacción de los ítems?

Adecuada\_\_

Confusa\_\_

¿Propondría alguna modificación? SÍ\_\_ No\_\_

¿Cuál?

¿Considera que el contenido de los ítems es adecuado para la consecución de los objetivos que se plantean? SÍ\_\_ No\_\_

En caso de ser negativa su respuesta,

¿Qué ítems modificaría?

¿Realizaría alguna otra modificación? SÍ\_\_ No\_\_

En caso de ser negativa su respuesta,

¿Cuál?

--

- C.- Comportamientos asociados al fenómeno de la muerte, entre ellos los ritos y búsqueda de ayuda profesional.

Se desea identificar los comportamientos más frecuentes que ejecutan médicos, posterior a la muerte de un paciente bajo su cuidado

.

1. ¿De qué forma ha lidiado con la muerte de algún paciente?
2. ¿Qué hace cuando se muere algún paciente del cual era el médico tratante?
3. ¿Recientemente ha fallecido algún paciente del cual haya sido el médico tratante?
4. ¿Ha ido al entierro de algún paciente?
5. ¿Ha sabido de algún colega que lo haya hecho?
6. ¿Cuáles son las conductas que asocias con el duelo y con el proceso de duelo?
7. ¿Cuanto tiempo cree que le dedica a un paciente en estado terminal?
8. ¿Cómo ve que sus compañeros lidian con la muerte de sus pacientes?

9. ¿Ha estado presente en el momento del fallecimiento de un paciente?
10. ¿Cual crees es su conducta al momento de la muerte de un paciente?
11. ¿Ha llorado alguna vez la muerte de algún paciente?
12. ¿Evita pasar tiempo con pacientes terminales?

HOJA DE EVALUACIÓN

¿Considera que el número de ítems es adecuado? Sí\_\_ No\_\_

¿En caso de que su respuesta sea negativa, qué modificación haría?

Agregaría ítems SÍ\_\_ No\_\_

¿Cuáles?

Eliminaría ítems SÍ\_\_ No\_\_

¿Cuáles?

¿Modificaría el orden de como están presentados los ítems? SÍ\_\_ No\_\_

En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿qué orden propondría?

¿Cuál es su opinión con respecto a la redacción de los ítems?

Adecuada\_\_

Confusa \_\_\_

¿Propondría alguna modificación? SÍ\_\_ No\_\_

¿Cuál?

¿Considera que el contenido de los ítems es adecuado para la consecución de los objetivos que se plantean? SÍ\_\_ No\_\_

En caso de ser negativa su respuesta,

¿Qué ítems modificaría?

¿Realizaría alguna otra modificación? SÍ\_\_ No\_\_

En caso de ser negativa su respuesta,

¿Cuál?

#### D.- Formación Tanatológica

Se desea evidenciar la existencia, o no, de la necesidad por parte de los médicos, de recibir formación tanatológica

1. ¿Se sintió preparado la primera vez que murió algún paciente del cual usted haya sido el médico tratante?
2. ¿Cree que desde la academia los preparan pasar por la muerte de algún paciente?
3. ¿Crees que es necesaria algún tipo de preparación extra que los enseñe a manejar con la muerte de algún paciente?
4. ¿En qué parte de la carrera cree usted que les deberían hablar de la posible muerte de un paciente que esté bajo su cuidado?
5. ¿Cree que su formación como médico tiene que ver con la muerte?

HOJA DE EVALUACIÓN
<p>¿Considera que el número de ítems es adecuado? Sí__ No__</p> <p>¿En caso de que su respuesta sea negativa, qué modificación haría?</p> <p>Agregaría ítems SÍ__ No__</p> <p>¿Cuáles?</p>  <p>Eliminaría ítems SÍ__ No__</p> <p>¿Cuáles?</p>  <p>¿Modificaría el orden de como están presentados los ítems? SÍ__ No__</p> <p>En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿qué orden propondría?</p>

¿Cuál es su opinión con respecto a la redacción de los ítems?

Adecuada \_\_\_

Confusa \_\_\_

¿Propondría alguna modificación? SÍ \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál?

¿Considera que el contenido de los ítems es adecuado para la consecución de los objetivos que se plantean? SÍ \_\_\_ No \_\_\_

En caso de ser negativa su respuesta,

¿Qué ítems modificaría?

¿Realizaría alguna otra modificación? SÍ \_\_\_ No \_\_\_

En caso de ser negativa su respuesta,

¿Cuál?

## Glosario de Términos

Duelo: Conjunto de manifestaciones que se ponen en marcha tras la pérdida.

Elaboración de Duelo: Trabajo psicológico que comienza con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con de la nueva realidad interna y externa del sujeto.

Proceso de Duelo: Conjunto de emociones, representaciones mentales, y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración y el dolor.

Muerte: Cese de signos vitales, extinción de la vida.

Anexo #2. Cuestionario de recolección de información definitivo para el 24 de Junio de 2015

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Al momento de querer medir un fenómeno, o en este caso, categorizarlo, habiendo una total carencia de instrumentos que permitan hacerlo, es necesaria la construcción de una herramienta que cumpla dicho propósito; la herramienta en cuestión debe ser precisa y objetiva con su medición e igualmente debe ser válida, lo que quiere decir que efectivamente debe medir aquello que pretender medir. Con este fin se presenta este instrumento para que usted en calidad de sujeto conteste las preguntas que se le hacen con el propósito de ahondar en la investigación de cómo se da el proceso de duelo en médicos y como estos lo perciben en sus colegas.

Esta investigación se realizará con médicos y se justifica en el hecho del reducido número de estudios que se han hecho con este grupo y a que algunas investigaciones orientadas al estudio del duelo en médicos, apuntan a que en la actualidad la medicina está más dirigida hacia la prolongación de la salud, la vida, el controlar riesgos, curar, rehabilitar enfermos y aliviar el dolor físico, sin embargo descuida la comprensión del hecho que en ocasiones la intervención profesional debería dirigirse tanto a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo, como a apoyarlos en sus decisiones con respecto a los tratamientos ofrecidos, lo cual implicaría enfrentar no solo los problemas profesionales y técnicos, sino también aquellos emocionales y espirituales que pudieran afectarlo en lo personal y en su ejercicio profesional.

La investigación parte de la consideración de que el duelo es la reacción de una persona ante la pérdida de una persona amada, patria o ideal (Freud, 1917); mientras que el proceso de duelo está conformado por un conjunto de manifestaciones que se ponen en marcha tras la pérdida (Tizón, 2004), además emplea como parte de su análisis las categorías que estableció Kübler-Ross en el año 1969, Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación

Ahora se le invita a que conteste con la mayor sinceridad todas las preguntas que se le presentan a continuación, cabe destacar que sus respuestas contarán con total anonimidad y serán utilizadas con fines netamente académicos.



11. ¿Le parece que el duelo es un proceso esperado en el ámbito de la medicina?

12. ¿Cree que el proceso de duelo es distinto en médicos?

13. ¿Alguna vez se ha muerto un paciente del cual usted haya sido el médico tratante

14. ¿Cuál recuerda fue su primer sentimiento al momento de la muerte de un paciente del cual haya sido el médico tratante?

15. ¿Qué recuerda de esa primera experiencia?

16. ¿Alguna muerte de un paciente lo ha impactado a nivel profesional?

17. ¿Qué sentimientos experimentó en ese momento?

18. ¿Cómo le ha impactado esa experiencia en la actualidad?

19. ¿Qué tipo de relación establece usualmente con sus pacientes?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
20. ¿Qué siente y piensa cuando un paciente le dice que quiere morir?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
21. ¿Cree que la muerte de un paciente es un indicador de su calidad como profesional?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
22. ¿Se sentía preparado cuando presencié por primera vez la muerte de un paciente
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
23. ¿Cree que la muerte es algo evitable?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
24. ¿Cuáles son los sentimientos que asocias con el duelo?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
25. ¿De qué forma ha encarado la muerte de algún paciente?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
26. ¿Recientemente ha fallecido algún paciente del cual haya sido el médico tratante?

27. ¿Qué hace cuando se muere algún paciente del cual era el médico tratante?

28. ¿Ha asistido al entierro de algún paciente? ¿Cómo fue?

29. ¿Ha sabido de algún colega que lo haya hecho?

30. ¿Cuáles son las conductas que asocias con el duelo y con el proceso de duelo?

31. ¿Le dedica algún tiempo extra a un paciente en estado terminal?

32. ¿Cómo ve que sus compañeros lidian con la muerte de sus pacientes?

33. ¿Cómo cree que deba ser este comportamiento?

34. ¿Ha estado presente en el momento del fallecimiento de un paciente?

35. ¿Cuál crees es su conducta al momento de la muerte de un paciente?

36. ¿Ha llorado alguna vez la muerte de algún paciente?

37. ¿Evita pasar tiempo con pacientes terminales?

38. ¿Cree que desde la academia los preparan pasar por la muerte de algún paciente?

39. ¿Crees que es necesaria algún tipo de preparación extra que los enseñe a afrontar con la muerte de algún paciente?

40. ¿En qué parte de la carrera cree usted que les deberían hablar de la posible muerte de un paciente que esté bajo el cuidado del médico?

41. ¿Cree que su formación como médico tiene que ver con la muerte?

Gracias por su colaboración.

### Glosario de Términos

Duelo: Conjunto de manifestaciones que se ponen en marcha tras la pérdida.

Elaboración de Duelo: Trabajo psicológico que comienza con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, termina con de la nueva realidad interna y externa del sujeto.

Proceso de Duelo: Conjunto de emociones, representaciones mentales, y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración y el dolor.

Muerte: Cese de signos vitales, extinción de la vida.