



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
Facultad de Ed. Y Humanidades
Depto. de Cs. Sociales



LA MUERTE: UNA MIRADA DESDE LOS TRABAJADORES Y VOLUNTARIOS DE LA SALUD

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

AUTOR : BURGOS CARTES DIEGO ALEXIS

Profesor Guía : Sigoña Igor Rolando Marcelo

Chillán, 2015

Agradecimientos.

A mi familia, por ellos me encuentro donde estoy en estos momentos, sin su apoyo y compañía no lo hubiese logrado.

A mis amigos que me brindaron de sus energías y aliento en momentos de cansancio y desesperación.

A mis compañeros u otras personas que de alguna u otra forma colaboraron para el desarrollo de la investigación y el interés manifestado por revisar los resultados.

A Tía Hildita y Don Héctor, sin ellos la escuela se mandaría abajo, estando siempre durante los años que he estado en la carrera dispuestos para un momento de conversación y brindar su ayuda.

A los profesionales y voluntarios de la salud que fueron partícipes de esta investigación, gracias por su colaboración, gentileza y por brindarme momentos agradables de conversación.

A cada uno de los docentes con quien tuve la oportunidad de conversar sobre el proyecto de investigación, brindándome nuevas ideas y oportunidades.

Por último y no menos importante. Al docente y Guía de esta investigación Don Marcelo Sigoña quien me brindó su apoyo desde antes que esta experiencia iniciará como tal, facilitando la realización de la misma durante este año y brindándome gratos momentos de conversación y confianza.

“La muerte es lo único que nos relaciona a todos,
nos recuerda que lo verdaderamente importante
es lo que hemos obtenido, y lo que hemos dado a cambio.

Nos hace darnos cuenta que debemos ser buenos con nuestros semejantes.”

-Peter Petrelli, serie Héroes.-

ÍNDICE.

I. Introducción	-4.-
II. Presentación del Problema.	-5.-
II.1. Planteamiento del problema	-5.-
II.2. Justificación	-6.-
II.3. Preguntas de Investigación Primaria y Secundarias	-7.-
II.4. Objetivo General y Objetivos Específicos	-8.-
III. Marco Referencial	-8.-
III.1. Antecedentes Teóricos	-8.-
III.2. Antecedentes Empíricos	-29.-
III.3. Marco Epistemológico/Reflexividad	-30.-
IV. Diseño Metodológico	-32.-
IV.1. Metodología – Diseño	-32.-
IV.2. Técnicas de Recolección de Información	-33.-
IV.3. Instrumentos	-34.-
IV.4. Población	-35.-
IV.5. Análisis de Datos Propuesto	-36.-
IV.6. Criterios de Calidad	-36.-
IV.7. Aspectos Éticos	-37.-
IV.8. Cronograma	-37.-
V. Resultados	-38.-
VI. Conclusiones	-64.-
VII. Referencias	-72.-
VIII. Anexos	-81.-

I. INTRODUCCIÓN.

La presente investigación será abordada desde la metodología cualitativa y pretende indagar sobre los significados que le otorgan a la muerte un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad.

Este tema es abordado desde una perspectiva fenomenológica, poniendo especial énfasis en el carácter subjetivo de la realidad de las personas y de las emociones y pensamientos que surgen en cada una de ellas y como a partir de ello se van generando significados al cumplir un rol en específico dentro del sistema de salud de nuestra ciudad.

Se presentará el planteamiento del problema contextualizando la temática propuesta y justificando porque es necesario para nuestra disciplina llevar a cabo una investigación que aborde ello en nuestra sociedad actual. La investigación se basará en la siguiente pregunta principal, la cual es ¿Qué significado(s) le otorgan a la muerte un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad?; para recolectar la información que permita responder a esta pregunta se utilizará la entrevista semiestructurada.

A continuación, se expondrán antecedentes teóricos y empíricos en torno al tema de investigación que nos permitan una mayor comprensión y contextualización acerca de cómo ha ido evolucionando el concepto clave, su relación con otros conceptos y como se percibe este en la actualidad. De igual manera se presenta el diseño metodológico propuesto para esta investigación el cual entre otras cosas posee la población/muestra, la cual cumplirá un rol principal en la entrega de información.

Al finalizar se expondrán los resultados de esta Tesis junto a su posterior análisis. Esto permitirá presentar las principales conclusiones en relación a los objetivos de investigación e información recabada, posicionándonos desde la mirada de los trabajadores y voluntarios de la salud participantes.

II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.

II.1. Planteamiento Del Problema

La muerte a lo largo de nuestra historia ha sido uno de los grandes temas tabúes que existen y que ha implicado una gran variedad de respuestas ante cómo se enfrenta esta temática en nuestras vidas (Kubler-Ross, 1993); llevándonos a evitar el hablar de ella y muchas veces a temerle, no solo a la muerte como tal sino al proceso que conduce a ella (Maza, Zavala y Merino, 2008).

La negación social presente actualmente se ha trasladado también al ámbito médico; por un lado, se trata de eliminar la enfermedad o las causas posibles de muerte estando a la base la idea de que es evitable, y por otro lado, la muerte se ha institucionalizado prefiriendo una muerte en un hospital más que en el hogar, estando a la base los avances tecnológicos y científicos a través de los años, los cuales han permitido prolongar la vida o el mantenimiento de funciones vitales (Maza y cols., 2008). El proceso de morir se convierte así, en algo solitario e impersonal ya que a menudo el moribundo es arrebatado de su contexto familiar y llevado a una sala de urgencias (Kubler-Ross, 1993).

La intensa convivencia con la muerte y el proceso de morir en el contexto hospitalario puede llevar a los profesionales de la salud a experimentar altos niveles de ansiedad, agotamiento físico y mental, estrés; sobre todo cuando radica la idea la muerte es considerada un fracaso para el rol profesional en dicho ámbito, siendo necesario un sistema de apoyo para la propia salud como también con ello poder brindar un mejor cuidado al paciente moribundo (Sevilla y Ferré, 2013).

Si bien la muerte es algo que nos involucra a todos como sociedad, surge la inquietud de conocer y/o comprender como los profesionales y voluntarios de la salud resignifican la muerte a partir de la labor que realizan con pacientes moribundos en fase terminal; ya que son experiencias únicas, personales y, sin alguna duda, enriquecedora tanto para el profesional de la salud como para el moribundo y sus familiares (Kubler-Ross, 1993).

La investigación será abordada desde la Psicología de la Salud ya que es necesario promover esta temática en el área a modo de promover una visión más integral en relación a la muerte, tomando las bases del modelo biopsicosocial en el cual uno de

sus objetivos es crear una cultura de salud (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004). Como también promover a partir de esta investigación una modificación en el modo de pensar y/o en la actitud no solo de los profesionales como tal, sino también a nivel social; en torno a la muerte y los moribundos.(Grau, Llanta, Masi, Chacón, Reyes, Infante, Romero, Barroso y Morales, 2008).

II.2. Justificación

La investigación pretende conocer y comprender los significados que le otorgan a la muerte un grupo multidisciplinario de profesionales y voluntarios del área de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad; enfocándose a la vez en los recursos, las habilidades y actitudes que tienen que desarrollar para elaborar la pérdida y reponerse frente a una situación que es inevitable como lo es el fallecimiento de dichos pacientes.

Adquiere gran importancia para nuestra disciplina conocer significados otorgados a la muerte y todo lo que acompaña a este proceso y/o etapa: desde un punto de vista más integral que, como muchas veces hemos visto, algo más normativo. Como menciona Cartay (2002) los motivos por que se muere a través del tiempo han ido cambiando, por ejemplo hoy se muere, cada vez más fuera del hogar privado de su independencia, en soledad; a una edad cada vez más avanzada e inmerso en un marco de profundas desigualdades sociales y económicas. Si bien solo se trabajará con un grupo de profesionales sería interesante analizar posteriormente las distintas perspectivas que se dan en nuestra sociedad.

A nivel social es importante por medio de esta investigación preguntarnos qué papel cumplimos como sociedad en la actualidad en la trasmisión de significados, pensamientos y sentimientos en torno a la muerte; y el cómo hemos contribuido a la mantención de ello. Debemos aceptar que es un proceso que va a estar siempre presente, directa e indirectamente, en nuestras vidas, ya que es un hecho la negación colectiva de la muerte que caracteriza a nuestra sociedad actual (Vilches, 2000).

Es necesario comprender que en el área de la salud, por ejemplo, no siempre va a estar la opción de curar al paciente, pero si va a estar presente la opción de acompañar, apoyar y sobretodo escuchar a los moribundos, algo que dignifica y humaniza mucho más, no solo al profesional de la salud, sino que a todos como sociedad (Herrera, 2010). Por ende, se pretende por medio de esta investigación

generar un cambio en la visión que se tiene con respecto a este tema e integrarla de un modo más adecuado a nuestra sociedad.

A nivel metodológico nuestro propósito es llegar a adquirir conocimientos en torno al proceso de morir y la relación que se establece entre el profesional y/o voluntario de la salud y el moribundo, como también, las emociones y pensamientos que giran en el mismo proceso de morir; como menciona Carpintero (2000) para todo ser humano que presencia una muerte ocasiona en él una experiencia extraña, única y muy personal; pero para el profesional de la salud estas sensaciones son más frecuentes ya que en la actualidad la muerte se estaría institucionalizando, se prefiere una muerte en el hospital que en el mismo hogar (citado en Maza y cols., 2008). Es indispensable para la psicología tener una mayor aproximación a este tema, que en ocasiones se ha abordado sutilmente y es, poco comprendido.

Además esta investigación servirá como complemento de la realizada por Betancourt, Peñaranda, Valdebenito y Villanueva (2009) de corte cuantitativo donde buscaban factores que influyeran en la percepción del profesional y/o voluntario de la salud ante la muerte; sugiriendo la necesidad de realizar una investigación cualitativa en torno al tema con abordaje personal, además de ampliar el estudio a otros profesionales del área de la salud que se ven relacionados con el fenómeno de la muerte, ya que ellas solo se enfocaron en enfermeras.

II.3. Pregunta de Investigación Primaria y Secundarias

II.3.1 Pregunta de Investigación Primaria

¿Qué significado(s) le otorgan a la muerte un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes diagnosticados en fase terminal de su enfermedad?

II.3.2 Preguntas de Investigación Secundarias

¿Cuál es el impacto que genera en la calidad de vida de un grupo de profesionales y voluntarios de la salud estas experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad?

¿Cuál(es) son los factores protectores con los que cuentan un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad?

¿Cuál(es) son las actitudes de un grupo de profesionales y voluntarios de la salud frente a la muerte y el proceso de morir a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad?

II.4. Objetivo General Y Específicos

II.4.1 Objetivo General

Conocer los significados que le otorgan a la muerte un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad.

II.4.2 Objetivos Específicos

1. Comprender el impacto que genera en la calidad de vida de un grupo de profesionales y voluntarios de la salud estas experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad.
2. Conocer los factores protectores con los que cuentan un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad.
3. Conocer cuál(es) son las actitudes de un grupo de profesionales y voluntarios de la salud frente a la muerte y el proceso de morir a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad.

III. MARCO REFERENCIAL

III.1. Marco Teórico

III.1.1. Muerte: Una Sociedad Sumergida En El Silencio

Hablar de la muerte y de lo que significa para una sociedad o para un pequeño grupo de personas implica necesariamente comprender que no es solo un fenómeno biológico, sino que implica una variedad de matices; ya sean sociales o religiosos, por nombrar solo algunos (Hernández, 2006).

En general tiende a ser asociada a dolor, enfermedad, homicidios, guerras, pestes, hambruna, agonía y lamento (Aries, 2000). A la vez, puede asumir un significado positivo en nuestras vidas como una forma de liberación de luchas y dolores, como lo es para los moribundos y su proceso de morir (Wunkhauss, 2001).

Nos encontramos en una sociedad, como postulan Benítez y Salinas (2000), cada vez más mercantil y triunfalista, teniendo muy pocos hábitos y actitudes compartidas, pero estas barreras se eliminarían a la hora de mostrar rechazo y vergüenza frente a la muerte y de lo que significa hablar de ella; admitirla pareciera ser desviarse del camino del éxito y de ser felices. De hecho Jaramillo (2001) menciona que generalmente en nuestra cotidianidad evitamos mencionarla, prefiriendo el uso de eufemismos como por ejemplo: “se fue”, “perdimos a”, “descansó”, “voló al cielo”, “fue llamada por el señor”, en función de no reconocerla y aceptarla como tal. Se ha llegado al punto que no se habla de ella ni con quien la vivencia de manera cercana, por lo que no solo se estaría evitando hablar de la muerte en nuestra sociedad, sino que también, de la vida misma ligada a este proceso (Cabodevilla, 2001).

De acuerdo a Aries (1983) pasamos de la muerte consciente, ritualizada y pública de la edad media a la muerte temida, la cual desemboca en la visión que se tiene hoy en día entorno a este fenómeno; una muerte que es medicalizada, solitaria y vergonzante. De acuerdo a Gómez (2005) la ruptura entre generaciones y la desaparición de las filiaciones tradicionales en el seno de las familias incrementan la soledad de las personas a punto de morir.

Buero (2008) hace una pequeña reseña histórica de cómo ha evolucionado la percepción de la sociedad en torno a la muerte; mencionando que el miedo existente tendría sus raíces en inicios del siglo XIX siendo el hecho más significativo que el moribundo es privado de su derecho a saber que va a morir.

Por otro lado, Gómez y Delgado (2000) mencionan que durante esta época, las raíces de ese temor tendrían su origen por el miedo a ser enterrados vivos a partir de una muerte aparente, la cual es entendida como un estado de insensibilidad que puede llegar a aparentar la muerte de un individuo, y podrían llevar al entierro de un ser aún vivo.

Posteriormente en el siglo XX junto a las dos grandes guerras se llega a la medicalización completa, llegando a usar métodos como la incineración para ocultar este fenómeno a la sociedad (Buero, 2008). El miedo a la muerte, hoy, aumenta en el sentido de que el individualismo, el narcisismo, la ausencia de solidaridad y de reciprocidad generan aislamiento y abandono (Gómez, 2005).

Abengózar (1994, citado en Caycedo, 2007) propone que la percepción que tenga cada individuo y cultura sobre la muerte más que un factor histórico que actué sobre las personas, es más bien como está haya introyectado los sucesos a través de su historia lo que va generando el concepto que tienen de la muerte con el tiempo; siendo relevante el contexto social donde crezca y se desarrolle.

Además, el cómo se perciba la muerte en la sociedad en ocasiones dependerá de la edad en la que aparezca está; siendo por ejemplo, la muerte de un infante y/o un adolescente algo considerado como antinatural generando cierto impacto en cada individuo, en cambio la muerte de una persona en tercera edad es considerado como un proceso normal y es tomado en calma ya que se considera que ha cumplido un ciclo (Domínguez, 2009).

Con los años se fue aceptando la prohibición de la muerte, de hablar de ella; paso a ser una cuestión individual y privada, de una muerte pública a una muerte oculta; dando pie a que sea un tema tabú en la actualidad (Gómez, 2012). Hasta las casas están dejando de ser lugares de duelo y están siendo reemplazadas por los velatorios de los grandes hospitales e Iglesias (Mifsud, 1985).

Principal responsable de ello, como se ha hecho mención, es la medicalización de la sociedad, la cual hace pasar el proceso de morir al dominio de la medicina, estando cada vez más alejado este proceso de las familias y comunidades; transformándose el deceso, en un trámite asociado a normas y decisiones técnicas (Rosselot, 2001). El ingreso del moribundo a este sistema hospitalario lo aleja de su terreno donde conserva vitalidad y lo sumerge en un ambiente más bien extraño y frío (Cabodevilla, 2001).

Gómez (2006) considera que el contexto familiar que había en las sociedades tradicionales en torno a la muerte permitía que los niños tuvieran un contacto temprano y repetido con este fenómeno al ver partir a sus distintos familiares; así, avanzado el

tiempo y llegado su momento, la muerte no los pillaba de sorpresa y carente de recursos como sucede hoy en día. El autor considera que las condiciones médicas existentes hacen de la muerte algo clandestino, ya que en los grandes hospitales es ocultado en el anonimato.

De acuerdo a Jaramillo (2001) los niños estarían siendo marginados de las experiencias familiares, y de su entorno social cercano, en relación a la muerte exigiéndoles compostura y control ante la tragedia. Además considera que se les evita y oculta el dolor, la enfermedad, y la muerte; y en cambio, se les enseña y fomenta valores de belleza, la juventud y los triunfos.

En relación al punto anterior, Jaramillo (2001) también considera que culturalmente se espera que frente a una pérdida sea el hombre quien debe mostrarse invulnerable frente a la situación, evitando la pena y haciéndose cargo de la situación. En cambio a la mujer, la autora expresa, que se le da el permiso social para reaccionar con tristeza ante la situación, pero solo por un tiempo limitado.

También nos podemos encontrar con que la muerte y dolor de algunos se ha convertido en el comercio y utilidad de otros, además de las funerarias, podemos ver como en los medios de comunicación se han apropiado del dolor de mucha gente, exponiéndolas frente a la sociedad faltando a la ética profesional y, sobretudo, humana (Gómez y Delgado, 2000).

Así es como se puede apreciar en Chile, por ejemplo, el caso de los denominados “Buitres”; cuya investigación lleva dos años, quienes son trabajadores de empresas funerarias los cuales mantenían comunicación por vía telefónica con tres funcionarios del Hospital del Salvador, los cuales utilizaban un lenguaje futbolero para no levantar sospechas del negocio, tales como: “estamos 3-0”, “estadio vacío” y “empate a cero” para indicar efectivamente si habían o no difuntos en dicho hospital, entregando la funeraria una pequeña comisión a quien entrego el dato que podía llegar hasta los \$150.000 (Guzmán, 2015).

Mientras que en las sociedades tradicionales la muerte podía ser integrada a la vida por medio de símbolos, ritos y mitos, que mantuviera cada cultura; en las sociedades secularizadas contemporáneas esas capacidades se han perdido (Rovaletti, 2002). Para las sociedades tradicionales, la religión había sido uno de los instrumentos

sociales básicos para alcanzar esa perspectiva, tranquilizadora e integradora en relación a la muerte, pero que sin embargo, se ha debilitado aunque aún sigue amparando a una parte de la población en la sociedad actual (Jiménez, 2012).

Así es como, por ejemplo, nos podemos encontrar con los rituales mortuorios de pueblos andinos como los Aymaras, donde se percibe a la muerte como una forma de vida, que ocurriría después del fallecimiento; existiendo la creencia que en esa nueva condición, la vida se desarrolla con las mismas peculiaridades que en este mundo, donde familiares y amigos se reúnen el primero de noviembre a recibir las almas de sus seres queridos (Onofre, 2001).

Uno de los tantos ritos con los que cuenta este pueblo que envuelve a la muerte es el llamado "t'akja" el cual consiste en una separación simbólica entre la vida y la muerte, cuyo objetivo es ayudar a morir al moribundo, reuniendo a los familiares con la finalidad de que cuando llegue el momento sea en armonía; así también, los familiares se preparan cada primero de noviembre para recibir las almas que vienen de visita, realizándose una feria tradicional días antes llamada "suni althapi" con la finalidad de recolectar e intercambiar los elementos que sean necesarios para dar una buena bienvenida a dicha alma (Onofre, 2001).

En la cultura Japonesa nos encontramos frente a una muerte que es más bien ceremonial, cuyo mayor ejemplo es el llamado Harakiri o como ellos prefieren llamar, Seppuku; el cual fue parte del código de los samuráis; donde existe todo un rito ceremonial que persigue una muerte ennoblecedora (Pizzi, 2001). Por otro lado a partir de la Segunda Guerra Mundial surgieron los famosos Kamikazes, para ellos, la muerte les genera alegría ya que están convencidos de la nobleza de su sacrificio, en el cual morir por su país está por encima de todo (Gómez y Delgado, 2000).

Una de las historias emblemáticas de la cultura japonesa en relación a la ceremonia del Seppuku, es la de los 47 Ronnin. En la cual samuráis convertidos en Ronnin (no sirven a ningún señor) muestran lealtad a su señor Asano que fue traicionado por Kira, compañero de guerras, siendo obligado a realizar Seppuku por un señor feudal de la época; el objetivo de los samuráis a partir de ese día fue el de restaurar el nombre de su señor buscando venganza ante el acto, independientemente del tiempo que les tomará y de las consecuencias que traería consigo realizar dicho acto, cumplido ello los samuráis cometen Seppuku frente a la tumba de su señor (López, 2012).

Sin ir más lejos, en nuestro país tenemos el caso de nuestra cultura Mapuche donde la muerte, similar a la mirada de los pueblos andinos, se convierte en un viaje que emprende el alma hacia otra forma de vida, manteniendo las características dadas por el linaje al que perteneció en vida, configurando de esa forma una suerte de inmortalidad del alma capaz de trascender del mundo puramente terrenal (Rodríguez y Saavedra, 2011).

Como nos hace mención Gómez (2005) morir no tiene que ser necesariamente un hecho desgraciado, aun cuando haya condicionamientos culturales que marcan nuestro desarrollo, es posible “recibir” con serenidad la muerte y no “enfrentarla” como suele ser expresado en la actualidad. Se intenta combatir la muerte por medio de los avances científicos pero cuando ello ya no es posible, su significado se trivializa con frases como: “se hizo hasta lo imposible”, “no hay nada más que hacer”, “todos nos vamos a morir”, entre otras frases comunes (Jaramillo, 2001).

Domínguez (2009) considera que un gran error del desarrollo de la humanidad ha sido mantenerse al margen del aprendizaje del morir; tomando en cuenta todo lo escrito, hablado y realizado en torno a este evento, sin embargo, aún cree que no estamos conscientes de la aceptación de un fenómeno que es universal y absoluto. En cambio se le tiende a asemejar a algo que recuerda a la nada, a la ausencia de vida; en vez de considerarla como un punto el cual puede iluminar y penetrar la visión humana (Cabodevilla, 2001).

En sí misma la muerte es indefinible, es una experiencia sobre la cual no tenemos dominio; por ende nos limita a situarnos a decir cosas con cierta perspectiva de futuro y a visualizarla como una realidad que nos aguarda (Noemi, 2007). En este sentido Cabodevilla (2001) considera que la muerte es un espejo que refleja a la vida, cuanto más nos tardemos en asimilar dicha idea o cuanto más tratemos de borrar la muerte de nuestros pensamientos, mayores serán el miedo y la inseguridad que se acumulen en cada persona.

Es una realidad desconocida a la que cada sociedad ha enfrentado inventando formas felices o indiferentes de culminar sus vidas; así es como hay pueblos que la miran con miedo como en los países más civilizados de Occidente, sin embargo, también hay pueblos que han convertido la muerte y el día de los difuntos en fiesta nacional, como es el caso de México (Caycedo, 2007). Donde la muerte es venerada y se enmarca

dentro de un contexto mucho más familiar, siendo una de las fiestas más importantes para dicho país; donde uno de los símbolos más reconocidos es La Catrina, una calavera (Gómez y Delgado, 2000).

III.1.2. Concepciones En Torno A La Muerte

La muerte es un hecho de la vida misma, el cual está presente desde el principio y que irremediablemente, en alguna etapa de nuestro desarrollo, servirá para darle sentido (López, 2005). Es el inexorable destino de todo ser, frente al cual las distintas perspectivas que las sociedades han escogido ver este fenómeno están en gran parte influenciadas por algunos de los matices anteriormente mencionados (Caycedo, 2007).

De esta manera la muerte puede ser comprendida como un hecho biológico en el cual se observa como un fenómeno totalmente natural, se define negativamente en relación a la vida ya que sería el cese de la misma (Noemi, 2007).

Por otro lado, la religión ha cumplido un papel importante en la búsqueda de consuelo y sentido ante la muerte, enfatizando en la trascendencia del ser humano (Hernández, 2006). Mientras la muerte signifique el fin de nuestra existencia es intolerable, al trascender nos reconciliaros con ella; por eso una persona creyente la acepta ya que la considera como el tránsito hacia otra forma de vida e igualmente la persona no creyente u atea podrá reconciliarse con ella mientras pueda prolongar su existencia por medio de sus obras o sus hijos (Gómez, 2005).

Lagos (2004) hace un contraste de religiones orientales como lo son el hinduismo, el taoísmo, y particularmente el budismo donde hay una aceptación más abierta del morir, donde la muerte es concebida como un tránsito hacia un renacer; según estas enseñanzas la vida no acabaría al morir, más bien sería una cadena interminable de nuevos renacimientos, nuevas muertes, sin comienzo y sin fin. El autor atribuye, en cierta medida, el temor existente hacia la muerte debido a una tradición judeocristiana que caracteriza a occidente.

El temor existente en la sociedad surgido desde las religiones judeocristianas, ha sido debido a la influencia que ha tenido a lo largo de la historia en los distintos sistemas políticos y comunitarios; donde queda por manifiesto que la única salvación para el hombre es si busca el perdón de Dios y se mantiene junto a él hasta el fin de sus días, logrando consigo poder entrar a un lugar de paz y armonía, el paraíso (Piñera, 2001).

En cambio, la persona que ha sido malvada, egoísta y con una larga lista de defectos, su única opción sería el infierno donde padecería de los peores castigos y sufrimientos por haber; como también así, los que no han cumplido con ritos litúrgicos como el bautizo o la confesión irían a parar a un lugar de eterna oscuridad, el purgatorio (Gómez y Delgado, 2000).

Así es como vivimos en una sociedad la cual debido a la influencia judeocristiana, pone especial énfasis en el pecado y la culpa, contemplando muchas veces la enfermedad y el proceso de morir como un castigo por nuestras malas acciones, en desmedro de visiones como la que tiene el budismo en la cual todo lo que ocurre se considera una oportunidad para crecer, para desarrollar la compasión y el servicio a los demás (Piñera, 2001)

A partir de ello, Kliever (1995, citado en Pizzi, 2001) comprende que las religiones mencionadas mantienen la esperanza de que la muerte no tiene la última palabra ante el destino y la vida del hombre; para muchos significa pasar a una vida libre de dolor y sufrimiento, como para otros, la muerte no es lo suficientemente fuerte como para cortar el lazo existente de la comunidad y la vida que son pertenecientes a Dios.

Desde el punto de vista de la Psicología de acuerdo a Jordán (1982, citado en Noemi, 2007) surgiría una paradoja actitudinal de negación frente a la muerte; si bien estaríamos continuamente en contacto con esta realidad e inevitable suceso, en nuestro inconsciente sería imposible aceptar la propia muerte; del cual surgiría el rechazo y horror a morir del hombre. De acuerdo a Morin (2007) tal idea de inmortalidad en nuestro inconsciente no supondría una falsa idea en torno a la muerte, sino que, por el contrario es un reconocimiento de su inevitabilidad, eh ahí donde radica el rechazo nombrado.

Freud (1972, citado en Gómez, 2012) considera que la muerte propia es inimaginable, dándole aún más fuerza a la idea de que en nuestro inconsciente no hay cabida o razón hacia nuestra propia muerte; solo se aceptaría progresivamente con la muerte de otros significativos o de las pérdidas que se viven a lo largo de la vida de cada ser humano.

Pasa a ser un acontecimiento absurdo; padecido en la ignorancia y la pasividad, es una falla sin justificación siendo la muerte un hecho esencial para nuestras vidas; puesto

que al tener de base este sentimiento de inmortalidad ya no se creería en la existencia del mal ni la sobrevivencia del alma, esta pérdida de sentido hace que el temor a la muerte sea difícilmente manejable (Benítez y Salinas, 2000).

Jiménez (2012) cree que indirectamente a través de la muerte del otro, existiendo miedo o no a morir, los seres humanos tomando conciencia de sí mismos se saben mortales, concluyendo que es un destino el cual también los atañe; tratando de racionalizar la idea de morir para poder controlarla, permitiéndole por medio de esta experiencia vicaria colocarse frente a la muerte o al menos frente a la posibilidad de la misma en su persona.

Por otro lado Nuñez (1999, citado en Hernández, 2006) menciona que dentro del esquema vital planteado por Erikson la resolución positiva frente a la muerte inevitable incluiría sentimientos de plenitud, paz e integridad en lugar de sentimientos negativos de desesperanza, horror y dolor en torno al fenómeno (Integridad vs desesperación); eso sí, solo si se han resuelto satisfactoriamente los conflictos de las fases precedentes.

En cuanto a la medicina moderna, la muerte de acuerdo a Coca, Arranaz y Díez-Asper (2007, citado en Vega, González, Palma, Ahumada, Mandiola, Oyarzún y Rivera, 2013) es considerada como un fracaso cuando se ven enfrentados a ella; por lo que estaría centrada en la curación de enfermedades y, sobretodo, en la prolongación de la vida.

De acuerdo a Jiménez (2012) esta diversidad existente en la conceptualización de la muerte, es debido a su carácter dinámico determinando que su análisis desde una perspectiva sociológica no sea un reflejo de categorías sociales cerradas y unitarias; por lo contrario, los constantes cambios observados que han sido percibidos desde el siglo XIX de la muerte una visión mucha más compleja, en relación al pasado donde exclusivamente se orientaba bajo criterios religiosos.

III.1.3. Visiones de la muerte a través del ciclo vital

A través del proceso evolutivo, el ser humano va modificando su relación con el medio social en el cual está inserto y, por ende, ello también produce cambios internos en la persona, en la manera de pensar y en la manera en la que se desenvuelve ante el mundo; por lo que no existe una sola manera de ver y/o comprender la muerte en el transcurso de la vida, debido a ello es probable que la muerte no signifique lo mismo

para un hombre de 85 años que para un chico de 15, sin considerar las variables sociales que puedan estar presentes e influenciar en ello (Papalia, 2010). Por ende, hay que considerar que la percepción que se tenga de la muerte y el proceso de morir están fuertemente influidas por la situación etaria presente en cada individuo, siendo las actitudes de las personas ante este fenómeno reflejo de su personalidad y experiencia, (Pizzi, 2001).

De acuerdo a Desfilis y Abengózar (1990) el conocimiento del fin de la vida humana comienza a temprana edad dentro del desarrollo individual de las personas, ya que en el niño preoperacional frente a desapariciones de objetos y seres queridos, va configurando una idea de lo que es “el morir”. Siendo un hecho que es vagamente amenazante, que le ocurre a otros y no a él, y que identifica como un abandono o el viaje de un ser querido (Pizzi, 2001).

Speece y Brent (1984, citado en Papalia, 2010) consideran que en algún momento entre los cinco y siete años de edad gran parte de los niños/as pueden llegar a entender la muerte como algo irreversible, ya que una persona, animal o flor no pueden volver a la vida; por ende se va incorporando la idea de que es un hecho universal y la idea operacional de lo que muere ya no funciona. Kubler-Ross (1993) profundiza más en ello, considerando que el niño después de los cinco años representa a la muerte como un hombre, un ogro que vendría a llevarse a la gente, sería una atribución exterior, y entre los nueve y diez años empezaría a manifestarse la concepción realista y viste como un proceso biológico permanente. Speece y Brent (1984, citado en Papalia, 2010) mencionan que para que los niños puedan entender mejor la muerte y el proceso de morir, es necesario que el concepto se les presente a una edad temprana e incentivándolo a hablar de ello, ocupando situaciones cotidianas y naturales para proporcionar la instancia, como por ejemplo la muerte de una mascota.

Para lograr este concepto o idea entorno a lo que es “el morir” en los niños/as, Desfilis y Abengózar (1990) nombran tres aspectos básicos a tener en consideración: el nivel maduracional que posee cada niño y niña; la experiencia y relación con situaciones relacionadas con la muerte de seres queridos en su historia de vida; y por último, el rol que cumplen los adultos en la enseñanza de este proceso y de la explicación “prelógica” y/o certera de los hechos acontecidos relacionados con la muerte; por ello

no es de extrañar la existencia de diversas visiones en torno a este hecho y la variación de esta visión en un mismo individuo a medida que avanza su historia vital.

La adolescencia es una etapa en la que no se suele pensar mucho en la muerte y el proceso del morir a menos que, de acuerdo a Papalia (2010) se enfrenten directamente con ella, como sucedería en algunas comunidades urbanas donde desafortunadamente los riegos están presentes constantemente en la vida de las personas.

Durante esta etapa existe la necesidad de descubrir y expresar su identidad, una búsqueda que se pudiese tornar angustiada, frustrante y que le pudiesen afectar en el modo en cómo se prepara para enfrentar a la vida; provocándole con frecuencia estados depresivos, llevándolos al consumo de sustancias e inclusive delinquir para escapar de la realidad en la que viven; concentrándose más en ello que en cuánto tiempo es probable que vivan (Pizzi, 2001).

Iniciada la adultez, el individuo se encuentra preocupado e impaciente por llevar a cabo su proyecto vital para el cual se han estado preparando durante las etapas anteriores; surge el interés por querer tener una profesión, ganar dinero, el formar una familia, en sí, se piensa que hay toda una vida por delante por recorrer; la muerte se aprecia como algo lejano, antes vendrá la vejez, lo que preocuparía mucho más (Pizzi, 2001).

Según Levinson (1976, citado en Desfilis y Abengózar, 1990) gran parte de los individuos cerca de los 40 años empezarían a reflexionar en torno a la vida y la muerte, asumiendo el envejecer y el proceso de su propia muerte como normativo, etapa a la cual denomino como “convertirse en un hombre responsable”. Dentro de dicho proceso y con el transcurso de los años el individuo puede prepararse para la muerte tanto en términos emocionales como prácticos, ya sea mediante la elaboración de un testamento o la planeación de su funeral y deseos tanto a la familia como a su círculo más cercano y significativo (Papalia, 2010).

Estos cambios producidos en ellos característicos del proceso de envejecimiento, además de generar una mayor reflexión en los individuos, puede llegar a producir modificaciones hasta en sus estilos de vida llevados hasta el momento así como sus planteamientos a un futuro próximo; así es como, este cambio en la percepción del propio morir junto al sentirse envejecer puede explicar dichos cambios que se pueden llegar a dar en sus vidas en un punto determinado, generando un cambio personal en cada sujeto y en las relaciones que este posea con su entorno más cercano (Desfilis y Abengózar, 1990).

De acuerdo a McCue (1995, citado en Papalia, 2010) los adultos mayores experimentarían sentimientos encontrados acerca del proceso de morir, pudiendo llegar a disminuir su gusto por la vida y su voluntad por vivir. Se cree que después de los 70 años se generan diversas perspectivas y posturas ante la vida, desde desistir de alcanzar metas no satisfechas a aprovechar el tiempo que aún queda por vivir; como también otros intentan prolongarlo lo más posible con nuevos estilos de vida inclusive estando enfermos, a la base de ello están los avances tecnológicos y científicos de la sociedad actual del cual anteriormente se ha hecho mención (Cicirelli, 2002, citado en Papalia, 2010).

Durante este momento evolutivo, los adultos mayores deben resolver la última etapa normativa a la cual Erikson denominó como “Integridad vs desesperación”, la cual fue mencionada anteriormente, donde es necesario el incorporar los aspectos que han sido llevados a cabo durante la vida de los individuos, habiendo desarrollando autonomía y confianza, siendo capaces de darle un sentido y coherencia a lo vivido; para que ello permita por un lado, aceptar la muerte como algo inminente y, por otro lado, estar preparados para recibirla en su debido momento, generando ello el logro de la sabiduría (Bordignon, 2005).

III.1.4. Efectos De La Muerte En El Ejercicio Profesional: Factores de Riesgo Y Factores Protectores

Profundizando en la concepción de la Medicina Moderna, tanto la enfermedad como la muerte son a menudo consideradas como enemigas, ya que ponen en riesgo la vida y lo más importante para este ámbito sería el sobrevivir (Caycedo, 2007). Por ende, desde esta área la muerte no solo sería el deceso de un estado físico y biológico; sino que el fin de un ser en relación con otro (Souza, Mota, Barbosa, Ribeiro y Oliveira, 2013).

Al no cumplir este objetivo la medicina moderna, profesionales que son partícipes de esta área experimentarían sensaciones de impotencia y frustración; corriendo el riesgo de un deterioro en el estado de ánimo (Vega y cols., 2013). De acuerdo a Aries (1983) que profesionales de esta área consideren la muerte como un fracaso no les permitiría establecer relaciones abiertas y sinceras con los pacientes que se ven enfrentados a ella.

La muerte se encuentra muy presente en el quehacer de los profesionales del área de la salud, como también en otras áreas; esto les genera en ocasiones sentimientos muy diversos, que van desde la impotencia hasta la culpa; los cuales pueden ser reprimidos, hacerse inconscientes y manifestarse a través de síntomas somáticos o psíquicos en el profesional (Gómez, 2006). Se han dado situaciones en que a los profesionales de este campo les cuesta más trabajo y agotamiento atender a las familias que a los propios pacientes y el proceso de acompañamiento hacia un buen morir (Cabodevilla, 2001).

De acuerdo a Málishév (2003) la vivencia de la muerte del otro se experimenta como algo irreparable, aún más cuando quien muere es alguien participe de nuestras vidas; se experimenta como la pérdida de una parte de nosotros mismos y, por ende, generaría una sensación de algo incomprensible que a su vez generaría angustia y culpa en el individuo. López (2005) considera que el miedo a la muerte es permanente en todo ser humano, siendo una fuente primaria de angustia, la cual consumiría gran parte de nuestra energía vital al tratar de negarla.

Con respecto a las actitudes que surgen tanto en el individuo como en la sociedad en la cual este está sumergido, nos podemos encontrar con que la muerte significa un fracaso en la búsqueda de la felicidad y del éxito; convirtiéndose en una expresión de miedo hacia la misma (Grau y cols., 2008).

De acuerdo a Gómez y Rebolledo (1999, citado en Grau y cols., 2008) incluso tener una actitud específica hacia la muerte podría llegar a tener una influencia tanto en la conducta del individuo como a la vez podría relacionarse con los demás problemas que mantenga esa persona. Además Gómez (1999, citado en Grau y cols., 2008) hace mención que, de este rechazo que existe ante la muerte ha significado que como sociedad hemos abandonado a los moribundos, como también a los supervivientes; siendo la muerte algo que se oculta en la sociedad actual.

El miedo u temor que puede existir ante este proceso funciona como un mecanismo de defensa ante la opción de sentir dolor frente a una pérdida; siendo considerado, como un factor que nos puede costar la existencia; no aceptando que el dolor en sí, en algún momento de nuestra historia, va a ocupar necesariamente un lugar que va a generar un cambio en nuestras vidas (Mifsud, Campbell y Ferreiro, 2005).

Cabe mencionar según Merino (1987, citado en Maza y cols., 2008) que por actitud se debe comprender como el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción por parte del individuo; siendo la antesala directa de la conducta manifiesta y que al conocerlas y/o controlar se puede intervenir y orientar la acción humana, o al menos, pronosticar hacia qué dirección van dichas acciones.

Así es como surgen en respuesta a estas manifestaciones en torno a la vivencia de muerte; no solo en el campo de la salud, los factores protectores que, como bien define Páramo (2011), son características detectables en un individuo o grupo que favorece su desarrollo, manteniendo la salud o recuperándola; reduciendo la vulnerabilidad que generan acontecimientos generales y/o específicos.

En relación a la angustia que genera este fenómeno, Sevilla y Ferré (2013) desarrollaron en España un estudio junto a enfermeras de atención socio-sanitarias (equivalente a lo que sería un Consultorio en Chile) las cuales, casi la totalidad de ellas (90,9%), manifestaron que una adecuada formación sobre la muerte y el hablar constantemente con amigos o familiares ayudaría a bajar los niveles de angustia que se puedan manifestar, funcionando como mecanismos de apoyo.

De acuerdo a Mifsud y cols., (2005) la expresión de las emociones, en especial al compartirlas con seres significativos o con quien se tiene cerca, produce un gran alivio en las personas; aún más, cuando se toma conciencia de que se es participe de un proceso de mejorar la calidad de vida y muerte de un moribundo, por lo tanto no existiría un temor al exponerse frente al dolor como meros observadores de un proceso, más bien se acepta y se asume que siempre la finalidad será aliviarlo.

A partir de esta postura donde lo importante es la sobrevivencia del otro, los profesionales de este campo se pueden ver enfrentados en ocasiones a situaciones que implican graves problemas éticos, ya sea por medio de un ensañamiento terapéutico con tal de lograr la prolongación de la vida o por otro lado, recurrir o no, a la opción de la eutanasia y el suicidio asistido dependiendo del criterio de cada profesional, y de la misma persona, de hasta qué punto se puede mantener la dignidad en el proceso de morir (Pizzi, 2001).

III.1.5. Eutanasia, ¿Una Opción A Tener En Cuenta En Nuestra Sociedad?

La muerte siempre ha sido un acontecimiento complejo, pero las sociedades tradicionales que atendieron y escucharon al moribundo hasta el último suspiro; hoy la sociedad ya no ayuda a morir a los enfermos, si bien debido a los avances en la ciencia y en las tecnologías se les alarga la vida, ya no se muere en el hogar ni en un contexto familiar (Buero, 2008). Nos encontramos en una época en la que la sociedad se ha enmudecido frente a la muerte, en una época en la que la sociedad se apoya y se hace dependiente exclusivamente de los progresos y avances tecnológicos; y en el que la muerte no es bien aceptada (Cabodevilla, 2001).

De acuerdo a Domínguez (2009) la tecnología y la medicina con los constantes avances revolucionan la concepción que se tiene de la muerte y el morir; así es como la ciencia médica ha desarrollado procesos inverosímiles para mantener con vida a las personas, haciendo lo posible por sostener la ilusión de la familia de que aún la persona vive. Como por ejemplo, por medio de procedimientos artificiales como la criopreservación de los cadáveres, con la esperanza de que en un futuro con el avance aun mayor de la ciencia, puedan volver a la vida; como también están presentes los estudios de clonación, lo que manifestaría un sentimiento de poder sobre la vida y la muerte en la sociedad actual (Pizzi, 2001).

Por ende, la medicina ha cumplido un rol esencial en la configuración de su concepción en la sociedad, estableciendo la muerte como objeto de conocimiento tecnocientífico construyéndola a partir de las mismas prácticas que se dan en el área, equipamientos técnicos y espacios de acción (Flores y Iñiguez, 2012).

Entiéndase, de acuerdo a Villamizar (2002), por suicidio asistido al proceso por el cual la persona que va a morir toma la determinación, libre y consciente, de poner fin a su vida, pero solicita la ayuda de un médico para aclarar el cómo he de hacerlo de una manera eficaz; ya sea por ejemplo, por medio de pastillas o una inyección letal, entre otras opciones. Eutanasia puede ser comprendida como un proceso que acelera el fin inevitable del moribundo, con o sin su consentimiento; como lo es en el caso de que se encuentre en estado de coma, en tal situación se debe contar con la autorización de los familiares para proceder, con la intención de evitar el sufrimiento y el dolor (Gómez y Delgado, 2000).

Al parecer como hace mención Ferrero (1979, citado en Mifsud, 1985) la mentalidad contemporánea parece considerar una opción válida la eutanasia como una manera digna para poner fin a tanto sufrimiento, en desmedro de la prolongación de la vida a toda costa, sin necesariamente mejorar la calidad de la misma. Países como Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Japón y Australia se han manifestado a favor de su utilización dentro del contexto hospitalario (Mifsud, 1985).

Moreno (2000, citado en Suazo, Amaro y Pérez, 2003) menciona que en el caso de Holanda, debido a la gran participación ciudadana y al debate constante en torno a la Eutanasia, está ya ha sido legalizada en dicho país, donde tres cuartas partes de la población se mostraba a favor de esta medida como una solución viable para el moribundo que no puede aguantar el dolor físico y su proceso de morir. Así también se da en Estados Unidos, como menciona el autor, que algunos estados como por ejemplo Montana, Oregón y Washington, se aprueba y se encuentra legalizada la Eutanasia, solo que en la práctica se trabaja con el nombre de suicidio asistido, anteriormente definido.

Lolas (1998, citado en Suazo y cols., 2003) menciona requisitos mínimos para autorizar la Eutanasia, teniendo presente que se encuentran contextualizados y determinados por las características de cada país en el cual se encuentra legalizado, los cuales serían por ejemplo: el moribundo encuentra insoportable su sufrimiento físico o mental (el cual debe ser manifestado constantemente), debe ser una decisión libre y personal, se debe tener conocimiento sobre alternativas posibles a la situación presente, el profesional debe estar seguro del diagnóstico y estado del moribundo para la elaboración de un informe del porque se toma la decisión de emplear la Eutanasia, entre otros requisitos.

Para Pizzi (2001) algunas de las razones por las cuales se tomaría como válida la opción de la Eutanasia en un momento determinado serían: porque liberan a la persona de los sufrimientos físicos y emocionales, como ya se ha mencionado; por otro lado abarata los costos de la enfermedad y salvaría la dignidad del moribundo al liberarlo de exhibir una imagen penosa.

Como se ha descrito, estamos en una sociedad con gran tradición judeocristiana donde morir con dignidad es parte constitutiva del derecho a la vida, por lo que existiría rechazo a la opción de la eutanasia y el suicidio asistido ya que atentan contra la

misma; se busca vivir lo más humanamente posible la propia muerte (Taboada, 2000). La cual consistiría en un proceso que se enmarca en torno al respeto hacia a la persona, encontrándose rodeada afectivamente de seres significativos que lo atiendan y acompañen contando con información suficiente acerca de la enfermedad, el diagnóstico y el pronóstico; además de ayuda espiritual solo si es requerida, pero lo esencial, es aprovechar el tiempo disponible para prepararse para la muerte y despedirse de los familiares, estando el dolor y los síntomas controlados (Jaramillo, 2001).

La legalización o no de esta práctica está muy vigente en nuestro país más aún con el caso de Valentina Maureira, que generó un debate a nivel país; niña de 14 años quien por medio de redes sociales hizo un llamado público a la Presidenta de nuestro país para permitirle descansar de una condición la cual la tenía agotada física y emocionalmente debido a la fibrosis quística que la aquejaba desde hace años; y como sabemos tanto la Eutanasia como el Suicidio Asistido son prácticas no permitidas actualmente en nuestro país (Hola, 2015).

La dignidad es expresión de libertad del moribundo y, ante cualquier escenario, es indiscutible que si algún derecho tiene es a que se le respete su proceso de morir y a que nadie reglamente su agonía; como ocurriría en los grandes hospitales, e iglesias, como una forma de mantener la propia tranquilidad del personal técnico (Gómez, 2005). La secularización, los avances de la medicina y el mismo contorno de la muerte, entre otros factores, exigen una reflexión ética sobre la eutanasia dentro de un contexto más amplio (Mifsud, 1985).

En la actualidad la persona que ingresa al sistema hospitalario se le exige dependencia y sumisión a las prescripciones médicas; Gómez (2006) nos da a conocer que los derechos del moribundo en el mundo moderno son: no saber qué va a morir y si lo sabe, comportarse como si no lo supiese. Sábado y Gómez (2003, citado en Sevilla y Ferré, 2013) consideran que la institucionalización del proceso del morir es un factor principal y cómplice de la ocultación de la muerte y de su mantenimiento como tabú en las sociedades modernas.

El negar la muerte en la práctica médica conlleva a una falla en la percepción de la situación, y por ende, en la misma intervención que se realiza con el moribundo; no abordando la atención psicología del individuo y olvidando en ocasiones que es el

individuo quien debe decidir y colaborar en el proceso de su propia muerte (Gómez, 2012).

En la medicina actual se reconoce y asiste a la muerte corporal pero no al hecho psicológico y social (Domingo 1976, citado en Gómez, 2012). Así es como los profesionales que cuidan a un moribundo pueden encontrar que la persona no solo necesita medicamentos para su dolor y calma, sino que también buscan un equilibrio con la necesidad de atención y sobretodo recuperar la capacidad de hablar y ser participe en la toma de decisiones, así como mantener y conllevar la experiencia junto a los demás (Sevilla y Ferré, 2013).

Caycedo (2007) considera que dado el progresivo proceso de desacralización y medicalización de la muerte, junto con la negación existente del proceso tanto en los dolientes como en los profesionales, es necesaria una revolución cultural para saber enfrentarse con ella y a las demandas por parte de los moribundos. Como profesionales del área de la salud lo que debería ser primordial dentro de la labor que se realiza, es la búsqueda del bienestar del moribundo, centrándose en la calidad de su final y la optimización de su cuidado, siendo como únicas medidas heroicas la empatía y el respeto incondicional, además de la responsabilidad ética correspondiente (Jaramillo, 2001).

III.1.6. Medicina Paliativa: Camino Hacia Un Buen

En contraposición a la medicina moderna, paralelamente se encontraría la medicina paliativa, la cual si bien ve la muerte como un fin inevitable y doloroso, la ve como algo normal; que debe ocurrir en cualquier momento, sin acelerarla pero tampoco posponerla sobre la base de consideraciones egoístas tanto de médicos como de los familiares de los moribundos (Twycross, 2000). Comprendiéndose la muerte como una experiencia única y personal cuya vivencia a través del otro nos acerca a su conocimiento y comprensión (Sevilla y Ferré, 2013).

No debe entenderse por un conjunto de omisiones terapéuticas ni por ningún motivo confundirse con la muerte asistida o eutanasia, ya que su filosofía se basa en generar un proceso de morir que sea digno y lo más humanitario posible, descrito anteriormente (Guerrero y Dagnino, 1994 citado en Pucheu, 2004). Esta disciplina se presenta como una crítica a la dependencia tecnológica y científica que vuelve impersonal las

relaciones y el contexto hospitalario en un proceso tan importante como lo es el proceso de morir de los moribundos (McNamara, 2004 citado en Alonso, 2012).

Es una atención activa, global e integral de los moribundos que padecen una enfermedad en etapa avanzada y sus familias; enfermedad que es progresiva e incurable, con síntomas múltiples y dolores intensos y cambiantes, generando a la vez un impacto emocional además en el mismo moribundo, en las familias o entorno afectivo y en el mismo equipo de profesionales; teniendo un pronóstico de vida limitado (Bejarano, 1992 citado en Pucheu, 2004).

El cuidado que se entrega está a cargo de un equipo de expertos en distintas disciplinas del área de la salud como lo son: médico paliativista, enfermeras/os, psicólogo/a, y en lo posible, trabajador social y anestesiólogo experto en dolor; lo que buscaría responder a las necesidades multidimensionales del moribundo que enfrenta la muerte en un periodo más o menos breve; recibiendo atención en: hogares junto a sus familias, dentro de un pabellón especial dentro del contexto hospitalario o por medio de la distribución del personal hacia los distintos sectores en los que se encuentren los moribundos dentro del mismo contexto (Jaramillo, 2001).

Con respecto a la atención paliativa por parte del Psicólogo, esta debe adecuarse a las necesidades del moribundo teniendo presente los procesos de cambio por los cuales pasa; con objetivos concretos, analizando el contexto y las relaciones significativas, miedos y ansiedades, pero sobretodo, la postura que mantiene el moribundo ante el hecho de morir, ayudándolo en el proceso de despedida y en el sentido que la da a su vida (Latiegui, 2005).

La atención que se le proporciona al moribundo en la actualidad es una tarea cooperativa, donde se encontrara interactuando con personas de orígenes culturales y religiosos distintos, cada uno con su propia visión de lo que significa el proceso de un buen morir, lo esencial es que dichas visiones se adecuen a las necesidades y requerimientos de la persona (Taboada, 2000).

Por ende la medicina paliativa busca que los últimos días no sean días perdidos, ofreciendo un tipo de atención adecuada tanto para las necesidades del moribundo como la de sus familiares, basada principalmente en el amor estando la ciencia solo al servicio de este; queriendo restablecer en los profesionales de esta área que el curar

se puede a veces, el aliviar es frecuente, pero confortar debe estar presente siempre; velar por la calidad de vida de los pacientes más que por la cantidad de vida como lo es visto en la medicina moderna (Twycross, 2000). Debemos ser capaces de aceptar nuestras propias limitaciones y evitar considerar como fracaso personal el no lograr la sanación de un moribundo, más bien, lo que debemos considerar es que, a veces, lo mejor que uno puede hacer como profesional basta con solo ofrecer nuestra compañía (Mifsud y cols., 2005).

Es así como Schwartzmann (2003) entiende por calidad de vida como una noción que es eminentemente humana de carácter subjetivo, que está en relación con el cómo perciba la persona diferentes elementos de su vida personal, familiar y social; en relación al contexto cultural en el que se encuentre la persona e historia de vida.

Por otro lado, Aguayo, Aqueveque, Arriagada y Cáceres (2006), consideran que este concepto va a depender directamente de las condiciones de vida que posea una persona junto a la satisfacción que experimente la misma; destacando que la calidad de vida también está ligada a las aspiraciones y expectativas de cada individuo o grupo.

Nos encontramos en una sociedad la cual ingresa a los moribundos a hospitales privándolos de sus relaciones y vida pública; manteniéndose así oculta la muerte, no solo a ojos de los demás, sino que también del mismo moribundo (Grau y cols., 2008). Gómez Sancho (1999) menciona además de este ocultamiento que existe, que la muerte en la sociedad actual ha significado que el luto sea realizado cada vez más en la intimidad y que el dolor sea menos compartido y/o expresado; enseñándole a nuestros niños a través de eufemismos, como fue mencionado anteriormente, lo que es la muerte (citado en Grau y cols., 2008).

Como respuesta a las manifestaciones expresadas por nuestra sociedad actual en torno a la muerte, autores como Yalom (1984) reconoce por un lado que el hecho físico de la muerte en si nos puede destruir, pero la existencia de una idea de muerte, más allá desde la mirada o perspectiva en la cual nos posicionemos, nos puede ayudar a vivir de forma más plena; dándole un significado a nuestras vivencias en vez de paralizarlas (citado en Grau y cols. 2008).

Mifsud y cols., (2005) proponen que el estar cerca de la muerte y el contacto con moribundos nos enseña a vivir con plenitud, a llevar una vida mucha más intensa con el deseo de no dejar cosas pendientes; además mencionan que a diferencia de lo que muchos piensan, el personal que se ha dedicado al cuidado de los moribundos nunca se acostumbra a la pena que las pérdidas puedan producir y que muchas veces se ven desbordados por la emoción.

En función de lo anterior, Kubler-Ross (1993) con respecto a la medicina y a otros profesionales y voluntarios de la salud, nos invita a preguntarnos si esta área debe seguir siendo humanitaria y respetada; o más bien una ciencia nueva como se da en nuestra sociedad actual, despersonalizada, preocupada en prolongar la vida más que para disminuir el sufrimiento. Además menciona que cada vez más se plantearan problemas legales, morales, éticos y psicológicos para estos profesionales en decisiones de vida o muerte.

José Luis Ysern de Arce (2003) hace una pequeña reflexión sobre las ideas expuestas anteriormente:

“El profesional de la salud no puede mirar la muerte como si fuera una especie de su fracaso profesional o personal. Él sabe que la muerte sucede, que es una realidad, y que, lo queramos o no, se hace presente en cada hombre y mujer venidos a este mundo. Por mucho que nos esforcemos por mantenernos con vida, el ser humano sabe que, tarde o temprano, a cada uno le llegará su momento final. Por eso, el personal dedicado a la atención y cuidado del enfermo debe aceptar y asumir con serenidad la propia impotencia ante la muerte. No hacer de la victoria sobre ella una cuestión de amor propio. La muerte no es el enemigo personal del profesional de la salud, ni atenta contra su prestigio profesional” (pág. 4).

Kubler-Ross (1993) propone que si la ciencia y la tecnología no fueran tan mal utilizadas para aumentar la destrucción y, paradójicamente, prolongar la vida; si pudieran en cambio ser compatibles con el tiempo necesario para los contactos interpersonales y hacer de la vida algo más humana, entonces podríamos crear verdaderamente una gran sociedad capaces de incorporar la muerte como algo que va de la mano con nuestras vidas.

III.2. Antecedentes Empíricos

De acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS, 2012), en Chile morirían alrededor de 98.711 personas cada año, de dicha cantidad de fallecimientos 24.372 serían a causa de un tumor maligno en fase avanzada, independientemente del lugar en el que se encuentre ubicado y sus características, significando alrededor del 25% de las causas de muerte en nuestro país. Concentrándose principalmente en personas mayores de 65 años, significando alrededor del 69% de la población afectada por este tipo de enfermedad en relación a los demás grupos etarios.

Del total de fallecimientos anteriormente mencionado en la Región del Bío-Bío morirían alrededor de 12.087 personas cada año; siendo la segunda, después de la Región Metropolitana, que presenta uno de los niveles más altos de defunciones en nuestro país; de dicha cifra 3.151 personas fallecerían siendo la causa un tumor maligno en fase avanzada.

Así mismo DEIS (2012) indica que de las 25.421 personas aquejadas a causa de un tumor maligno avanzado, la prevalencia en el país se concentraría levemente mayor en hombres, siendo afectados 13.140 en relación al total, representando un 52%; tendencia que se vería de la misma forma representada en la Región del Bío-Bío.

Con respecto al cáncer, es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. De acuerdo a datos y cifras entregadas por la OMS (2014) fue causante de alrededor de 8,2 millones de defunciones en el año 2012; zonas como África, Asia y Latinoamérica representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo. Se estima que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones a 22 millones en las próximas dos décadas.

Se prevé que en el mundo habría 22,4 millones de personas viviendo con cáncer en cualquier etapa de la enfermedad, de ellas al menos un 75 a 80%, sufren dolor en todas las etapas de la enfermedad (MINSAL, 2011).

Como respuesta a la realidad y las cifras con la que nos enfrentamos en torno a este tema; propiciado por la OMS en todo el mundo, en Chile se creó el Programa Nacional de Cáncer en 1987. Con la finalidad de brindarles atención a los pacientes con cáncer avanzado (terminal); por medio de lo establecido en las Normas Generales Técnicas

N°31 y 32, “Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a pacientes con Cáncer terminal”, donde se encuentran protocolos del tratamiento del dolor y el cuidado de otros síntomas; junto al apoyo de los miembros de la familia (MINSAL, 2011). De acuerdo a la OMS (2014) los cuidados paliativos pueden aliviar alrededor del 90% de los problemas físicos, psicosociales y espirituales de los pacientes con esta enfermedad.

III.3. Marco Epistemológico/Reflexividad

Fenomenología

Para los efectos de esta investigación se trabajará desde una perspectiva fenomenológica ya que le aporta la mirada de la subjetividad a la metodología cualitativa y a la investigación como tal; ya que busca comprender la experiencia particular del sujeto tal como es vivida. Además de buscar entender a las personas por medio del conocimiento de los significados que le dan los individuos a sus experiencias más cotidianas y aprehender de los procesos de interpretación que usan para definir su mundo y manera de actuar (Báez y Pérez de Tudela, 2009).

Además nos invita a posicionarnos desde una actitud libre de prejuicios, dejando de lado nuestro posicionamiento hacia el tema que se pretende llevar a cabo en una investigación, resaltando siempre el como la persona ve y describe este fenómeno, aun si su experiencia subjetiva no coincida con la nuestra (Capponi, 1987).

Así de este modo se pretende describir estas experiencias en torno al objetivo de la investigación sin caer en relaciones causales (Tójar, 2006). En este caso en particular, la investigación está centrada en como los profesionales y voluntarios de la salud viven su rol con pacientes en fase terminal y que significa para ellos cumplir esa labor; más que las causas que los llevaron a estar ahí y desarrollar un papel fundamental para estas personas.

Los significados son entendidos por Vygotsky como representaciones que construye el sujeto por medio de signos, los cuales surgen primeramente en el plano interpsicológico para luego pasar por el plano intrapsicológico; en otras palabras, los significados surgen inicialmente en la relación y luego en el pensamiento; estando presentes el resto de las funciones psicológicas superiores (Arcila, Mendoza, Jaramillo y Cañón, 2010).

Con respecto a esto Vygotsky pone especial énfasis en el uso del lenguaje, el cual permite al hombre llegar a una descontextualización, es decir, le permite hablar de acontecimientos que no ha vivido pero que han sido transmitidos culturalmente, y por otro lado, le permite lograr la autorregulación; donde los signos ya han sido interiorizados (Arcila y cols., 2010).

Además como menciona Álvarez-Gayou (2003), las preguntas de la investigación deben ir dirigidas hacia la comprensión del significado que la persona percibe de la experiencia vivida. Un aspecto fundamental para lo que se pretende conocer al realizar esta investigación; siempre entorno a los objetivos de la investigación y elementos emergentes significativos.

Se puede llegar a identificar los significados que se generan entorno a un fenómeno por medio de la exploración de la conciencia, esto es a través de la reflexión que se pueda generar a partir de la relación y/o identificación con dicho fenómeno, teniendo en cuenta las condiciones y el contexto donde estas se manifiestan (Tójar, 2006).

Reflexividad

El propósito de la investigación surgió como una inquietud de cómo se maneja la muerte en nuestra sociedad en comparación con otras sociedades alrededor del planeta; ya sea sociedades como tal o culturas específicas en las cuales hay una visión muy clara y distinta a la que manejamos actualmente. Me sorprende ver a gente temer hablar del tema y a todo lo que le rodea, me sorprende ver a gente ridiculizando el tema y quitándole el valor social que pudiese cumplir, me sorprende que no haya una educación desde pequeños en torno al tema y se apoye la visión natural del proceso (por edad) en torno a la familia y no se nos hable de las distintas variables que se pudiesen presentar, en función de interiorizar e ir comprendiendo el tema poco a poco a medida que vamos creciendo.

Me hubiese encantado llevar esta investigación a una visión como sociedad chilena respecto al tema, pero comprendo los límites que trae consigo realizar una investigación. Me centre principalmente en profesionales y voluntarios de salud, ya que en gran parte de las investigaciones de este tipo apuntan generalmente hacia los moribundos y sus familiares; estando pocas veces centrada en los procesos que

pasan estos profesionales y las herramientas con las que cuentan para cumplir su labor día a día.

Por medio de esta investigación pretendo mostrar el lado positivo que tiene la muerte dentro de todo lo malo que le vemos como sociedad; mostrar cómo podemos crecer aún más como individuos y sociedad si integramos adecuadamente una visión en relación a la muerte, y crecer personalmente al escuchar experiencias tan enriquecedoras y distintas en torno a esta temática propuesta.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

IV.1. Metodología – Diseño

Para este proyecto de investigación se usará la metodología cualitativa debido a que como indica Ruiz (2012) ve al mundo social como algo que es construido por significados y símbolos; algo que esta investigación tiene como objetivo principal, la búsqueda de estos elementos en relación a la muerte. Además como propone Smith (1987) este tipo de metodología pretende estudiar los fenómenos dentro de un contexto particular del cual surjan estos significados y definiciones, por lo que busca conocer procesos subjetivos (citado en Quecedo y Castaño, 2002).

La investigación constara con el enfoque biográfico ya que le otorga una mayor importancia social al saber que posee un individuo; es un informador relevante que posee el conocimiento de su vida, siendo el investigador ignorante frente a ella (Cornejo, 2006). De tal forma, que los profesionales de la salud constan con información valiosa para la investigación al ser los protagonistas de sus vidas y experiencia en relación al objeto de estudio.

Se entiende por diseño metodológico en una investigación cualitativa:

“Al abordaje general que se utiliza en el proceso de investigación, es más flexible y abierto, y el curso de las acciones se rige por el campo (los participantes y la evolución de los acontecimientos), de este modo, el diseño se va ajustando a las condiciones del escenario o ambiente” (Salgado, 2007, pág. 72).

Por ende, el diseño con el cual se trabaja será el Diseño Diamante el cual es un proceso analítico que desarma un proceso sintético con una serie de pasos que luego

reconstruye a partir de la información obtenida; implica tener una primera aproximación al marco teórico e involucra procesos de categorización a priori y a posteriori. Si bien se presenta como un diseño lineal, es más bien flexible ya que se puede volver a un punto u avanzar acorde a como se vaya desarrollando la investigación; proceso de constante vigilancia sobre cómo se construye la investigación en sus distintas áreas (Henríquez y Barriga, 2005). El diseño propuesto en esta investigación se destaca, de acuerdo a Bivort y Martínez (2013) por su gran auditabilidad y coherencia interna, teniendo un hilo conductor que une la pregunta de investigación con sus respuestas, a partir del análisis pertinente de la información.

Como nos menciona Flick (2007, citado en Bivort y Martínez, 2013) se denomina “diamante” debido a la forma que adquiere al representar gráficamente el inicio del proceso de investigación, partiendo de una pregunta central la cual se abre en forma de abanico formando preguntas secundarias, revisadas teóricamente siendo analizadas, surgiendo los conceptos sensibilizadores (a priori).

En el sector más ancho está compuesto por las conceptualizaciones teóricas y la empiria; estrechándose nuevamente desde la obtención de la información, lo que implica un nuevo análisis y codificación en base a los conceptos sensibilizadores; surgiendo nuevas formas de dar respuesta a lo planteado actuando como categorías emergentes (a posteriori), siendo las conclusiones, respuestas que son confrontadas con los marcos referenciales, dando con ello un contexto a la teoría (Bivort y Martínez, 2013).

IV.2. Técnicas de Recolección de Información

La técnica escogida para la recolección de información es la entrevista ya que por medio de esta y la relación que establezcamos con la fuente de información, se pretende indagar aspectos que son considerados como importantes y significativos en torno a un tema; como también así sus interpretaciones y perspectivas (Ruiz, 2012). En síntesis se busca el cómo experimentan estas personas su propio mundo.

Las entrevistas a realizar serán semiestructuradas ya que como menciona Flick (2012), permite traer consigo preguntas más o menos abiertas actuando como una guía de entrevista, de las cuales se espera que el entrevistado responda libremente y aseguren lo mejor posible, perspectivas subjetivas relevantes temáticamente.

Por otra parte las personas que trabajan con moribundos o enfermos terminales se ven expuestas a una constante situación de tensión o estrés, como se ha hecho mención anteriormente, por lo que estarían más propensos al Síndrome de Burnout, siendo el análisis del mismo complementario a los resultados derivados de la entrevista semiestructurada. Dicho síntoma implica uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la sociedad de hoy, teniendo estrecha relación con el elevado ritmo de vida que se mantiene, la estructura del sector económico, exigencias de una mayor calidad del trabajo, entre otros (Chiang y Sigoña, 2011).

Es un proceso que surge como consecuencia del estrés laboral crónico, por lo tanto se trata de un síndrome con connotaciones afectivas negativas que afecta a los trabajadores en distintos niveles que serán mencionados a continuación; en sí, el Burnout hace referencia a una metáfora que asocia el agotamiento de la persona a un fuego que se sofoca o a una vela que se extingue (Gil-Monte, Salanova, Aragón y Schaufeli, 2005).

De acuerdo a Schaufeli & Buunk (2002, citado en Chiang y Sigoña, 2011) este estado en el que se encuentra el individuo traería consecuencias a nivel individual que van desde el agotamiento emocional y físico a el incremento del consumo de sustancias; a nivel laboral como falta de compromiso e insatisfacción; y a nivel organizacional como el incremento en la tasa de ausentismo y disminución del desempeño y calidad de trabajo.

Por otro lado, también origina problemas familiares y sociales cuando sus niveles son intensos debido a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por los individuos, lo que propicia la aparición de conflictos y el deterioro de las relaciones interpersonales; por lo que las consecuencias del Burnout no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario, afectan a su vida privada mostrándose irritable e impaciente trayendo estas situaciones consigo por ejemplo enfrentamientos con miembros de la familia o el fin de una vida en pareja, entre otros (Gil-Monte, 2005).

IV.3. Instrumentos

Para las entrevistas semiestructuradas se contará con un guion de preguntas la cual se construirá en torno a los objetivos de la investigación; el cual constará con una breve introducción, propósito de la entrevista y los alcances que se desean obtener, entre

otros elementos. Como también es necesario dejar en claro que toda información será analizada con atención y cuidado; además este guion abordara cada tema propuesto en la investigación y que deberán desarrollarse por medio de las entrevistas (Robles, 2011).

Patton (1990, citado en Valles, 1999) además menciona que el investigador tiene la libertad para ordenar y formular las preguntas, acorde a cómo vaya desarrollándose la entrevista. Algo fundamental a la hora de que surja un elemento significativo que no haya estado en la guion y que sea de interés para la investigación y de abordar en la entrevista.

Además se le aplicará a los entrevistados el cuestionario CESQT del síndrome de estar quemado el cual evalúa las cogniciones, emociones y actitudes que tiene la persona en relación con sus experiencias laborales; las cuales podrían repercutir en la calidad de vida de las personas y que está compuesto por 3 dimensiones las cuales son medidas: Agotamiento emocional, fatiga o falta de energía que trae consigo sensación de desmotivación para continuar el trabajo; Despersonalización, la persona establece una distancia fuera de lo común entre él y demás personas; Falta de realización personal, entendida como una tendencia de la persona a sentir que ya no desempeña su trabajo como anteriormente lo hacía (Gil-Monte y cols., 2005).

IV.4. Población

La población consistirá en profesionales y voluntarios de la salud que se encuentren en contacto directo con pacientes en fase terminal de su enfermedad, también como con los familiares de estos. Siendo relevante que estén en contacto diario, o lo más frecuente posible, con estas personas y que hayan acompañado y/o afrontado la muerte de al menos uno de estos pacientes. Como también será esencial que los participantes de la investigación cuenten con una vasta trayectoria profesional en sus roles respectivos y en acompañamiento a moribundos.

Por ende la selección de la muestra se realizó de manera intencional, usando el tipo opinático (Ruiz, 2012), la cual consiste en que los sujetos no son elegidos al azar sino más bien se sigue un criterio estratégico personal; en el caso de esta investigación los sujetos escogidos son los más idóneos y representativos de la población a estudiar;

como lo son los profesionales y voluntarios de la salud que mantienen un frecuente contacto con los moribundos en sus respectivos contextos laborales.

IV.5. Análisis de Datos Propuesto

De acuerdo a Spradley (1980, citado en Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005) “por análisis de datos cualitativos se entiende el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones” (pág. 70).

El tipo de análisis de datos que se usara en esta investigación es el Análisis de Contenido uno de los procedimientos clásicos para analizar material textual independientemente de la procedencia de este, cuya meta es reducir el material obtenido (Flick, 2012).

Mayring (1983, citado en Flick, 2012) describe una serie de fases en la organización y análisis de los datos para poder posteriormente lograr una interpretación de la información obtenida: como definir el material, análisis de recogida de datos, dirección del análisis para los textos seleccionados, entre otros pasos; de esta forma se generan categorías y subcategorías acorde al análisis textual de las entrevistas. Autores como Heinemann (2003) corroboran la idea de que el Análisis de Contenido es primordialmente un procedimiento de interpretación.

IV.6. Criterios de Calidad

Para garantizar la credibilidad y calidad de la investigación consideramos incorporar los siguientes criterios de calidad:

Coherencia Interna por medio de la cual se garantiza que los resultados de la investigación concuerden con el hilo lógico que se ha llevado y propuesto hasta ese momento; ya que resultados contradictorios invalidarían en cierto grado la investigación de acuerdo a este criterio (Ruiz, 2012).

Auditabilidad por medio de la cual se procura que otro investigador (externo) siga la pista de lo que el investigador original ha hecho durante la investigación como tal; por medio de registros lo que permite que examine los datos obtenidos y pueda llegar a conclusiones similares a lo que se ha propuesto, siempre y cuando tengan perspectivas similares (Salgado, 2007).

Credibilidad que de acuerdo a Castillo & Vásquez (2003, citado en Salgado, 2007) se logra cuando los hallazgos de la investigación son para los informantes una verdadera aproximación a lo que ellos realizan, piensan o sienten.

IV.7. Aspectos Éticos

Se usará en esta investigación un consentimiento informado dirigido a los individuos que acepten participar en la investigación ya sea por sus principios o porque concuerda con el interés que el tema presentado les genera y/o aportar su experiencia frente al fenómeno estudiado. Se debe considerar especial cuidado frente a la información que se entrega de la investigación (finalidad, riesgos, beneficios, etc.) ya que puede predisponer de una forma negativa o positiva a la otra persona (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas Y Rebolledo-Malpica, 2012). Del mismo modo se resguardará confidencialidad con la identidad de los individuos y la información obtenida; manteniéndoles en el anonimato, ya sea asignándoles un seudónimo o un número a los entrevistados (Gibbs, 2012).

Del mismo modo se mantendrá respeto por los participantes lo que implica una serie de cosas: permitir que cambie de opinión, decidir en algún momento retirarse de la investigación sin sanción de algún tipo, mantenerlos informados de los resultados y lo aprendido con la investigación, entre otros elementos (González, 2002).

IV.8. Cronograma

	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Construcción Marcos	X	X	X						
Contactos					X	X			
Consentimiento Inf.						X			
Entrevistas						X	X		
Transcripción							X	X	
Análisis								X	
Conclusiones								X	
Entrega									X

V. RESULTADOS.

A continuación se exponen los resultados obtenidos según los objetivos planteados en esta investigación.

Objetivo General:

Conocer los significados que le otorgan a la muerte un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad.

Concepto Clave:

Significados de la Muerte.

A partir de los relatos de las experiencias de los profesionales y voluntarios de la salud que trabajan con pacientes en fase terminal de su enfermedad, con respecto al objetivo general de investigación se pueden apreciar los siguientes significados atribuidos a la muerte:

Sub Categoría:

Sentido de Vida.

A partir de las experiencias derivadas del rol que cumple cada uno, el frecuente contacto con la muerte y el proceso de morir ha implicado darle un mayor sentido a la vida misma y todo lo que ello implica en sus distintos ámbitos, tanto laboral como personal.

“...con respecto a la muerte ya por otras causas, cuando uno se expone tanto empieza a pensar en la fragilidad de la vida, yo creo uno frecuentemente se le olvida que la vida se acaba ¿no es cierto? y yo lo tomo más del lado positivo, como yo aprender si es que veo morir a tanta gente, a veces frecuentemente en el hospital, a aproximarme a la vida con más agradecimiento, con aprovecharla mejor, con no dejarme afectar tan fácilmente por los problemas, yo creo que lo tomo más por la parte positiva de aprendizaje.” (Entrevistado 3)

“...tú al atender pacientes te vas dando cuenta que hay diferentes formas de morir, los pacientes lo asumen de diferente manera y eso mismo sirve como uno

va conociendo más acerca de la muerte y va perdiendo ese temor que uno le tiene innatamente....” (Entrevistado 4)

“....yo lo hice patente después de eso, es como que me libero de una carga porque yo todo lo encontraba grave, todo lo encontraba así como, chuta cuando tenía un problemita así lo veía como muy magnificado, y a partir de ahí claro, fue tomado de otra manera, o sea, no hay cosa que no se pueda vencer y cuando el problema te supera o tu no lo puedes resolver, no es problema, no es problema porque tú no lo puedes resolver....” (Entrevistado 4)

“....me encantaría que la gente entendiera que la muerte es un proceso para llegar a otro lugar y que la vida continua después de aquí, pasamos a otro estado no más, pero la vida continúa, esa es mi percepción.” (Entrevistado 4)

“Yo creo que una experiencia es que uno valora más la vida pero también uno se toma más en serio lo que uno cree, o sea, yo tengo la impresión de que si hay algo que le sacamos el cuerpo es a la muerte y todos nos vamos a morir, pero eso mismo hace que la vida valga la pena vivirla. A mí me ha tocado acompañar familias que han perdido a un ser querido joven y a mí también me ha tocado enterrar, enterrar lo digo en el sentido de acompañar por supuesto, a compañeros de curso en mi tiempo juvenil y en tiempos no tan joven pero éramos de la misma generación y ellos se murieron y yo sigo, y eso también hace entender lo frágil que es la vida. La vida en cualquier momento se puede ir y eso hace que uno la valore más.” (Entrevistado 5)

“....entonces, bueno yo ya había acompañado a personas, pero otra cosa es con la mamá, entonces yo dije de ahí para adelante yo tengo que estar cerca de la muerte, tengo que estar en el funeral, tuve que viajar mucho para hacer y entender que hay ciertos acontecimientos que uno tiene que vivir, por ejemplo el funeral es algo que uno tiene que vivir, sino lo puede vivir tiene que revivirlo pero tiene que hacer ese rito de despedida que a veces se da a la distancia, a veces geográficamente lejos, pero yo creo que tiene que vivirlo.” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Naturalidad de la Muerte.

Surge la necesidad de tratar el tema y todo lo que le rodea como un proceso natural, cotidiano y que ayuda a profundizar las relaciones que se mantienen dentro de los contextos más cercanos y significativos; como son el hogar y la institución en la cual ejercen el rol profesional.

“...a estas alturas sabemos que si o si se va a presentar de distintas maneras y distintos horarios pero se va a presentar.” (Entrevistado 1)

“...uno va aprendiendo que la muerte es parte de la vida, que todos vamos a llegar allá y que la enfermedad te lleva a eso” (Entrevistado 2)

“...la muerte es algo que está presente, que está en nuestro trabajo diario, que es algo real, que es algo que ya aprendimos a vivir con eso y que en nuestras familias cuando nos toque no sabemos si vamos a hacer tan fríos o tan maduros no sé....” (Entrevistado 2)

“El ejercicio de la libertad es una de las cosas que curiosamente se pierde cuando hay un tabú, cualquier de ellos que sea, en este caso estamos hablando del tabú de la muerte, hay médicos que no soportan hablar de la muerte y en ese sentido no hay que, el médico tiene que saber que no es un Dios y que no se le va a morir el paciente, el paciente se le va a morir porque todos nos vamos a morir y porque la ciencia no tiene toda la potencia y hay que dar gracias a Dios por tanto conocimiento científico y tecnológico y por tanta medicina aplicada también, yo lo encuentro fabuloso, pero igual nos vamos a morir.” (Entrevistado 5)

“...esto rompe el silencio y eso puede ayudar muchísimo a que miremos con naturalidad el nacimiento, la muerte, que miremos con naturalidad nuestro cuerpo. Esta ciencia mortuoria que maquilla a los muertos yo creo que hay algo de bueno, pero al mismo tiempo hay algo de si yo quiero a un ser querido no lo quiero ver feo ni si quiera en la muerte, pero al mismo tiempo no se trata de esconderla, no se trata de hacerlos parecer vivos no.” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Instancias de Aprendizaje.

Así mismo, ven la muerte como algo de lo cual se puede aprender, desde el rol que se ejerce hasta el plano personal, de lo cual se saca siempre algo positivo de cada una de las relaciones que establecen y situaciones que se les presentan en su quehacer.

“...entonces como que una ya está preparada, al menos ahí me sirvió como no se po’ saber lo que iba a pasar a futuro, como la experiencia que tuve yo con ellos como trabajadora antes, lo que pase con ellos después me paso con la familia y yo más o menos como que estaba prepara” (Entrevistado 1)

“...uno sabe que va a pasar cada cierto tiempo pero no es algo como nuevo así que a futuro puede que pase, entonces como que uno no se planifica, no se organiza nada, no se prepara no sé, es algo que va a pasar y uno psicológicamente está preparada, o sea a la que le toco está preparada para ese momento....” (Entrevistado 1)

“Yo creo que al principio el ejercicio que tuve que hacer con la atención de los pacientes era preguntarme a mí misma ¿Qué reacción me generaba el suicidio? Porque yo siento que al principio como que me era un poco inexplicable porque, o sea antes de estudiar psiquiatría, porque alguien terminaría haciendo algo así o teniendo la capacidad de decidir, a veces con un poco más de impulsividad que en otros casos, como alguien terminaría en una cosa tan dramática. En Colombia la prevalencia del intento de suicidio o suicidio consumado es más bien baja no así en Chile, entonces ahí tuve que hacer un ejercicio más bien cultural de también asumir que acá la prevalencia es alta y va en aumento, entonces primero era preguntarme a mí misma que posición iba a tener no es cierto y ahí aprendí que no podía juzgar, que eso tenía que quitármelo, no hacer juicios, tratar de comprenderé porque la persona llego a eso, enseñar un poco, bueno, tratar su diagnóstico de base cuando se puede hacer y en otros casos cuando más son más elementos de su personalidad o su impulsividad quizás enseñarles que hay otras alternativas, otras herramientas de respuesta como aprender a posponer y hacer la intervención que corresponda....” (Entrevistado 3)

“...a la medida que han pasado cosas más cercanas con algunos pacientes yo siento que he tenido, que he tenido que hacer mis fases también por así decirlo, como el duelo por proximidad digamos, lo que significa perder a un paciente cercano y he tenido que hacer mis fases como te comentaba, al principio me complica que se yo y después la racionalidad me ayuda, mecanismos de afrontamiento y al final llego a esas conclusión media existencial de que me sirve caer en un pensamiento así como, como negativo no es cierto y además tengo familia entonces digo bueno no, aprovechar esa cercanía con la muerte para aprender a vivir mejor.” (Entrevistado 3)

“...en mi historia laboral he aprendido gradualmente a manejar la relación terapéutica con más equilibrio porque al principio me comprometía demasiado y tendía a hacer más de lo que debía y eso me generaba mucho desgaste, pero en la medida que ha pasado el tiempo yo también he aprendido a limitar un poco el contexto de la relación terapéutica, a limitar horarios, a explicarles a los pacientes hasta donde puedo contactarme con ellos o que se yo, o las vías en que podemos entrar en contacto o los momentos....” (Entrevistado 3)

“...hace muchos años atrás, en el año 95’ falleció mi madre en un accidente automovilístico, entonces este tipo de partidas así tan trágicas con pérdidas tan bruscas también te enseñan y a partir de lo que, de mi experiencia personal yo también pude ayudar a muchas personas a que tuvieran calma....” (Entrevistado 4)

“Yo creo que de los moribundos debemos aprender, es una etapa de la vida muy corta, pero los moribundos tienen mucho que enseñarnos y nos enseñan mucho, a veces nos hablan sin palabras pero nos hablan.” (Entrevistado 5)

“...uno podría esperar más de este grupito humano que había pasado por la experiencia de muerte por la mamá, pero también nosotros en un momento reaccionamos y nos dimos cuenta que nadie está preparado para la muerte de un ser querido, que uno tiene que aprender de ese momento, que tiene que vivirlo, que tiene que sacar todo de adentro y que tiene que ser capaz de reaccionar y no encerrarse, porque yo creo que ninguno de nosotros humanamente estuvo como a la altura y uno humanamente todos vivimos lo que teníamos que vivir, que era cuando la muerte nos desarma no sabemos qué hacer, no sabemos que decir y

ahí había, no sé, un papá de familia, un profesor, un abogado, un sacerdote y ninguno sabía que hacer o decir, eso nadie, y no sabíamos no más, yo he celebrado no sé cuántos funerales pero el funeral de tu papá no es lo mismo y no sabes qué hacer ni que decir ¿Por qué? Porque eres una persona y eso nunca hay que olvidarlo.” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Desarrollo de la Humanización

Además se considera que la muerte y el proceso de morir se pueden acompañar desde el desarrollo de la empatía hacia dicho proceso y los moribundos, la cual se va generando de forma gradual a partir de las experiencias en el contexto laboral, como también a nivel personal. Aun estando ese proceso de humanización en desarrollo en alguno de los entrevistados, manteniendo relaciones cercanas pero sin un mayor compromiso afectivo.

“A veces, como hace dos años estoy como más, como decir más, en vez de estar como más sensible por decir, estoy como más fría...” (Entrevistado 1)

“...uno ya se hace como fría en ese sentido, en cierto modo fría, porque este paciente, tú dices, no se ve bien o él sabe que para allá, entonces eso ya no te da ese miedo, esa cosa, pero igual, no se po’ con la familia, pero igual uno ve que es parte de la vida, es un proceso que todos pasamos y que no hay nada que hacer, nada que hacer, a lo mejor uno se pone ya como, no se po’, dura en eso.” (Entrevistado 2)

“...hay otros pacientes que tú ves que no llegan no tan graves y se mueren, que tal vez no debieran morir, como dicen algunos, no estaba para morir, hay otros que si sabe que van a morir entonces uno se pone fría en ese sentido, ya no siente la misma pena, la misma sensación que sentías antes.” (Entrevistado 2)

“...por eso uno trata de hacer lo mejor que puede con el enfermo, con la familia, apoyar, informar, dentro de mi capacidad, dentro de mi función, yo no puedo informar a un enfermo de una enfermedad porque eso lo hace el médico, pero yo sí puedo ayudar en lo que puede comer, que le va a hacer mejor, que no debe comer, como va a influir cierto nutriente en su enfermedad, que necesita más o

que necesita menos, eso en uno puede ayudar y a la familia para que asista mejor a su enfermo y al enfermo para que entienda que es lo mejor para él.” (Entrevistado 2)

“...yo creo que uno no puede consolar si uno no sabe lo que es el sufrimiento desde toda la dimensión que pueda ser, la pérdida de un ser querido, el sufrimiento en diferentes dimensiones, pero sufrir y ser capaz de seguir adelante o el sobre ponerse porque quedarse ahí eternamente obviamente que no, pero ser capaz de seguir adelante con la vida hace que la aproximación ante el dolor de otro realmente sea más genuina, que uno pueda establecer vínculos de empatía pero también de que el consejo, la recomendación, la intervención que tú haces está basado en algo de la experiencia personal que te da más elementos de poder ayudar a esa persona, como con más autenticidad.” (Entrevistado 3)

“A ver yo creo que en general la carrera de medicina o trabajar en salud, trabajar en salud mental, ahí tendríamos varias opciones, pero ahí te diría que hay dos grandes, uno se hace más humano o se hace más frío, porque también ser frío es una forma de aislarse del sufrimiento, de no comprometerse o no verse afectado, pero también la posibilidad de ser más humano te hace más empático, ahí lo único es aprender a regular esa empatía, yo creo que ahí está la posibilidad de no salir afectado pero si empatizar, al menos yo creo que si me he hecho más humana, fue el camino que yo elegí también y que he madurado mucho” (Entrevistado 3)

“...yo creo que cuando hablamos del tema de la muerte o nos damos un paseo no es cierto, como que sentimos el temor a lo desconocido y esta cosa de ir en el aprendizaje de la carrera con el paso de los años me ha ido enseñando que existen distintas formas de morir y que si uno tuviera la oportunidad de llegar más al paciente, a lo mejor podría, podría colaborar más en un bien morir para ellos....” (Entrevistado 4)

“...entonces bajo la subjetividad que nosotros podemos tener con respecto a esto, fuimos integrando cosas al maletín que no son propias del, de lo que nosotros le podemos dar al paciente, ¿a qué me refiero? Agregamos de estas biblias chiquititas que nos regalaron, también lo incorporamos al maletín sanitario, de repente tú estabas haciendo un procedimiento y el paciente estaba mirando el

rosario, ponte tu era católico, nosotros le acercábamos el rosario, o sea, estábamos haciendo otras acciones que van más por el lado espiritual más que lo que tú puedes hacer orgánicamente digamos....” (Entrevistado 4)

“....no es que matemos a una persona pero hay momentos que tienen que saber que va a morir y efectivamente lo que hay que hacer no tiene que ver con sanarlos sino que acompañarlos hasta el momento en que muera, ni acortarla ni alargarla me parece que es humano.” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Tabú Social

Si bien existe la disposición por parte de los profesionales y voluntarios de la salud de tratar la muerte como un proceso natural, esto dentro del contexto social no se aprecia de la misma forma, considerándolo como algo que se oculta y se prefiere no hacer mención.

“La muerte yo creo que es un tema tabú para todos, no es un tema para el almuerzo para estar conversando en familia, sino que son decisiones que se toman cuando hay alguien que ya está cerca de irse para el otro lado, esa es la verdad de las cosas, cuando alguien está cerca o alguien está alrededor de uno murió uno ahí toca el temita, pero después ese tema, esos días pasaron y el tema se fue....” (Entrevistado 2)

“....yo creo que la mayoría de la gente no se cuestiona hasta que tiene una experiencia cercana, yo creo que como sociedad aquí en Chile hay cuestionamientos y más reflexión cuando la naturaliza hace lo suyo digamos, cuando aparece un desastre natural y ahí quedamos todos conmocionados como sociedad, se convierte en algo transversal pero después pasa, yo creo que si queda la resiliencia frente al evento traumático pero después se nos olvida, yo creo que en cualquier momento podría pasar algo catastrófico.” (Entrevistado 3)

“Y tampoco hemos sabido qué hacer con la muerte, queremos negarla, la hemos vuelto un tabú. Yo no soy muy viejo, está voz es porque estoy resfriado, pero yo recuerdo de niño cuando tenía 6 o 7 años la primera vez que vi morir fue con una tía-abuela y se estaba muriendo y cuando se dieron cuenta de que iba a morir yo

estaba jugando en el patio y nos llamaron a todos los niños “vengan que la tía se muere” y teníamos que estar ahí, como íbamos a dejar a la tía sola si se moría y yo vi que se moría pero nunca supe, yo supe que se había muerto porque me habían dicho que se había muerto, yo la vi antes de la muerte igual a como estaba muerta, o sea, estaba en las ultimas, pero después no la vi más, pero supe que no la había visto más porque se había muerto y después se hicieron muchas cosas porque se había muerto, forme parte de aquello. Hoy día un joven a veces es muy raro que haya visto morir a alguien, hemos escondido la muerte, yo creo que ni hacerlo un tabú, porque un tabú no se habla no se toca no se conversa, ni vulgarizarlo forma parte de una comprensión correcta.” (Entrevistado 5)

Objetivo Específico:

Comprender el impacto que genera en la calidad de vida de un grupo de profesionales de la salud estas experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad.

Concepto Clave:

Impacto en la Calidad de Vida.

A partir de los relatos de las experiencias de los profesionales y voluntarios de la salud con respecto al impacto en la calidad de vida que genera el acompañamiento a un moribundo se desprenden los siguientes apartados:

Sub Categoría:

Desgaste Emocional

Para los profesionales y voluntarios de la salud el rol que cumplen en el cuidado con los moribundos les ha significado un impacto más bien emocional para su calidad de vida, estando muchas veces expuestos a situaciones donde solo la experiencia les ha ayudado a saber cómo manejarlas.

“....uno viene como “oh que lindo el abuelo y tal” y a la semana no está, o dos tres días y ya no está, y como que ahí ya me bloquea esa parte y ya no, sino que en general todos y no con uno en especial, porque uno sufre después, no que se vaya a poner a llorar intensamente, pero igual lo lleva pegao eso, pero no sé en realidad, uno se bloquea tanto tiempo.” (Entrevistado 1)

“...Entonces como que da impotencia que esa persona venga aquí y dice “oh mi para, mi mamá falleció” y se ponga a llorar y todo al lado tuyo, y yo digo, pero está bien te dio la vida y te crio pero ¿después? Ni si quiera lo viniste a ver un día.” (Entrevistado 1)

“Psicológicos y (risas) ¿cómo se llama el otro? Normal po’ no sé, estrés, de cansancio, dolor de espalda....” (Entrevistado 1)

“...igual como a la vez tú de repente pensai’ pucha paso rabia con ellos y toda la cuestión como que, como que te dan ganas de dejar todo tirado....” (Entrevistado 1)

“...cuando hice la práctica como te decía, yo tuve mi primer enfermo que falleció, la reacción de la familia, de la hija, el llanto, el grito, eso como que me bajoneo un poco, de hecho ese día yo me tuve que ir porque quede muy mal....” (Entrevistado 2)

“Yo te diría más que síntoma, yo creo que es más preocupación, aunque yo trato a veces de ser lo más responsable que puedo, de hacer las cosas de mejor manera pero, no necesariamente todo sale como uno espera, no todos los pacientes o los tratamientos salen como debería, como uno quisiera y yo creo que sí, me preocupan algunos pacientes, me quedo pensando, casi siempre buscando alternativas que la cosa ande mejor, que ese paciente se recupere. Yo creo que asociado al síntoma podría ser ansiedad yo creo, pero encuentro que con las actividades de autocuidado general y mi buena relación familiar yo creo que lo logro manejar.” (Entrevistado 3)

“...esto de ser empático con el paciente también te lleva a irte con una carga para la casa y me he sentido muy triste, hay veces que he sentido mucha tristeza, mucha angustia por la situación que estaba viviendo mí paciente o cuando te ha sucedido con amigos o gente cercana....” (Entrevistado 4)

“...los problemas que tienen los funcionarios mayoritariamente es el doble rol, el de tener que estar en la casa y tener que estar acá solucionando problemas, y de repente se nos ha presentado casos de neurosis, neurosis laboral, que pueden traer muchas cosas de la casa pero que se hacen patente, se desbordan acá con alguna situación que les toca vivir....” (Entrevistado 4)

“Y también estamos expuestos a una sobre carga emocional emotiva ¿no? También a veces podemos caer, un peligro grande en la sobre demanda y la dependencia. En ese sentido a nosotros muchas veces nos cuesta cortar ¿no? Y les pasa a los médicos, personal de salud y también a los que ayudamos espiritualmente porque venga en la mañana, venga en la tarde, entonces hay que saber dosificar también.” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Expectativas del Rol Profesional

Además mencionan que están expuestos a sobre cargas horarias lo que les impediría generar relaciones con mayor profundidad con los moribundos viéndose limitada así las ganas y metas autoimpuestas por cada profesional por el querer realizar y ayudar más; como también están expuestos a las demandas e idealizaciones por parte de los familiares, que en ocasiones implica un desgaste aún mayor.

“...igual me encariño pero tiene su como se dice, tiene como su como a la vez ser bien distante, un cariño pero no demostrarlo porque estamos de pasa’, ellos más que nada están de pasa’ por aquí y yo también. Pero no sé, por el momento he estado, he estado como bien ya a estas alturas llevo 11 años trabajando, igual uno se cansa como psicológicamente se cansa, pero igual está pendiente de una rutina todos los días y es un acostumbramiento que tengo en realidad acá ya...” (Entrevistado 1)

“...te das cuenta que a lo mejor tenemos esa fuerza para reponernos más rápido de la pérdida que otra persona que no trabaje en un hospital, que no tenga ese constante, digamos, contacto con la muerte, para bien o para mal, bueno o malo, no sé...” (Entrevistado 2)

“...Yo creo que el hecho de que a veces tenemos mucho trabajo y no podemos hacer más de lo que hacemos, quisiéramos hacer mucho más por el enfermo o por todos pero por el tiempo que uno tiene para trabajar no se puede.” (Entrevistado 2)

“...Actualmente tengo una sobre carga de trabajo enorme porque estoy trabajando acá como jefa de sección y estoy trabajando como docente en la universidad católica....” (Entrevistada 4)

“...A veces me pasa conmigo, que poco menos “tiene manos santas”. Yo creo que existen manos que sanan y que curan, yo eso si lo, pero también sé que a veces son atribuciones de transferencia no más por acontecimiento que no se nos puede explicar no más, entonces estamos también expuestos a idealizaciones por ignorancia, como también a incomprendiones.” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Rol de la Institución

Frente a las situaciones que se enfrentan los profesionales y voluntarios de la salud, anteriormente mencionadas, dan a entender que por parte de las instituciones o centros en los cuales ellos ejercen el rol no han sabido dar una respuesta adecuada, en gran parte de los casos, al impacto que les genera en su calidad de vida el estar expuestos a situaciones tan significativas como lo es el establecer una relación con un paciente que esté viviendo su enfermedad en fase terminal. Como también se considera que las actividades de autocuidado y capacitación ofrecidas por la institución, previo o durante el rol profesional, son escasas o no terminan por cumplir su objetivo.

“....cuando yo hice el curso en tercero de adulto mayor a nosotros nos enseñaron todo lo que es por ejemplo psicólogo como nos tenemos que enfrentar a los familiares y cosas así, hablar de la muerte cosas así, pero ¿después de eso? Bueno uno-dos años pero toda la vida por delante y no tenemos ningún apoyo po’ ni en el trabajo, nadie, no sé si será en todos lados igual pero aquí por el ejemplo el tiempo que llevo nunca hemos tenido una charla o algún programa que nos diga cada cierto tiempo van a tener una entrevista y los van a hablar, los van a apoyar, salir de alguna duda....” (Entrevistado 1)

“Nos enseñan a lidiar con los clientes, con los usuarios, pero no enfermos que van a fallecer, no.” (Entrevistado 2)

“...de estrés se han hecho, de estos talleres de estrés si se han hecho para todos. Yo fui a uno una vez, es que deberían ser unos 2 días porque de repente

en uno no es tanto lo que alcanzan a hacer y además que a veces lo hacen, la vez que yo fui lo hicieron en Las Trancas y el traslado para allá y el traslado para acá llegamos más cansadas, entonces no, fue agotador, entonces depende que sea 2 días en un lugar no tan lejos, salir temprano en la mañana y llegar tarde, fue agotador, no fue muy buena mi experiencia en ese sentido. Como te digo para mí fue agotador, en vez de desestresarme me estrese más.” (Entrevistado 2)

“Yo creo que mira eso sería poco o nada, ni en medicina ni en psiquiatría, es como que cada uno tiene que irse fortaleciendo en el tiempo, lo que si es que existe la descripción de grupos de “catarsis” y de apoyo se pueden hacer no es cierto, grupos de conversación de pacientes psiquiátricos y psicológicos en donde uno bueno no solamente se desahoga sino que le pide a otro colega que lo oriente un poco si es que uno se siente perdido, pero si fundamentalmente es para ser apoyado, pero no tuve la oportunidad de participar en eso, en Colombia no y acá te diría que no existe, es más como que tú puedas ordenarte para tener espacios de autocuidado, buscar a colegas si es que lo necesitas, en el contexto particular porque en el hospital si existen unas intervenciones de autocuidado que se yo, tiempos para que no solo los profesionales de salud sino que otros funcionarios puedan asistir a actividades, esta eso así como planificado pero la verdad yo creo que la asistencia de los médicos a eso es muy baja o escasa, creo que los que más intervienen son otros profesionales.” (Entrevistado 3)

“...tú no estás preparado para decirle al paciente “ya parta” o para apoyar, todo gira a tus percepciones, a lo que tú subjetivamente puedes brindarle al paciente pero no te enseñan en ese momento, no sé ahora, pero en ese momento no nos enseñaban ni a contener pacientes sino que desde lo que podíamos brindar y lo otro, es que tampoco existían los cuidados de los equipos de salud.” (Entrevistado 4)

“...Entonces eso yo percibí que nosotras, el equipo de salud no está preparado, no estaba preparado para atender a los pacientes, como que nos falta esa parte, no sé en la actualidad las colegas si están recibiendo eso, esa ayuda, pero yo veo que en la malla curricular todavía no está agregado.” (Entrevistado 4)

“...Yo les hago clases a los técnicos de enfermería acá y está abordado igual a como me lo enseñaron en enfermería a mí, con pincelazos, una clase de ética, una clase donde va el bien morir, donde va la atención del paciente UCI y de ahí, paciente terminal, cuidado post mortem, duelo, listo. Yo creo que tiene que ser más profundo, que no te hagan una clase expositiva sino que te muevan el piso, que te hagan cuestionarte, creo que eso falta.” (Entrevistado 4)

“En un plano pastoral o sea el propio, un plano espiritual que es lo que hay que hacer, las torpezas que se pueden cometer identificar los casos. En el plano médico también el saber identificar, que son los enfermos terminales y yo tuve también en el plano psiquiátrico, por así decirlo, de saber distinguir, me acuerdo que esa formación era pa’ decir “estos son los casos en los que no tienen que hacer nada” era como ponernos los límites, si la hubo, hubo formación.” (Entrevistado 5)

“A ver, yo tengo la certeza de que en ningún ámbito de formación profesional abarca o prepara para todos los aspectos, hay aspectos de mi vida sacerdotal que en mi periodo de formación no me enseñaron, pa’ nada y tuve que aprenderlo yo de otra manera, con otras experiencias académicas o con la experiencia, pero yo creo que eso pasa en todas las actividades profesionales. Pero lo que sí tiene que apuntar esa primera formación es que te capacite para aprender y distinguir, esto no lo sé en tal parte y con tales tengo que aprenderlo o tengo que saber derivar, eso es lo primero. Lo segundo que a mí me parece que es impresentable que cuando alguien ejerce una labor profesional, sobre todo que tenga que ver con ayuda a personas, no se siga capacitando y eso si hay que hacerlo, a mí me parece que eso ya es responsabilidad personal. Yo creo que es negligente que un profesional de la salud o de ayuda espiritual o la psicología que siga formándose, yo no digo que todos tengas que hacer postgrado, pero hay formación permanente, hay seminarios, hasta lo que dan medicamentos se preocupan de capacitar y eso hay que hacerlo.” (Entrevistado 5)

Objetivo Específico:

Conocer los factores protectores con los que cuentan un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad.

Concepto Clave:

Factores Protectores ante el Rol Profesional

A partir de los relatos de las experiencias de los profesionales y voluntarios de la salud con respecto a los factores protectores que despliegan dentro y fuera del contexto laboral se desprenden los siguientes apartados:

Sub Categoría:

Redes de Apoyo

Se considera a la familia y/o amigos cercanos como un factor protector altamente significativo, ya que no solo se percibe como un espacio de socialización alejado del rol el cual ejerce cada uno y de las situaciones a las cuales están expuestas, sino que también es percibido como un espacio de cariño y contención. Por otro lado, los mismos equipos de trabajo, si bien en ocasiones se han transformado en fuente de estrés para algunos, son considerados un factor protector que no solo ayuda a disminuir el desgaste emocional sino que también a brindarle un cuidado interdisciplinario y completo al moribundo.

“Estar en la casa, a veces leer, salir con mi hijo, al final paso casi todo el tiempo con él así que lo poco y nada que estamos en la casa. Eso sería como la rutina, de aquí una cosa que es todo el día lo mismo y en mi casa me olvido de lo de acá pero me dedico a mi hijo, así que en la casa no sería tan estresante, pero acá sí.”
(Entrevistado 1)

“....al final todos nos preparamos en grupo sino porque si me preparo yo y no pasa en mi caso va a estar preparado el otro turno entonces es como en masa una cosa así, al que le toco tiene que hacer todo el procedimiento y hacer todo po’...” (Entrevistado 1)

“...siempre se está nombrando a los residentes en la casa, entonces cuando ellos vengan yo creo que se van a saber los nombres de todos los que están acá y yo creo que sí, igual ellos ayudan porque no los conocen a lo mejor físicamente pero los conocen de palabra y se imaginan a la persona como es, uno les dice falleció tal personas y ellos como “uh probrecito falleció” y todo eso, entonces en la casa igual uno tiene como un apoyo como “bucha tú lo cuidaste quédate tranquila, estuviste con él hasta último momento” yo creo que en ese caso sí.” (Entrevistado 1)

“...a veces las relaciones, hay periodos en que uno pasa, las relaciones no están muy buenas como yo creo en todo ámbito laboral pero es más agradable lo que uno siente acá y a veces uno siente la gratificación y reconocimiento de los mismos enfermos o de los pares o de otros profesionales del trabajo que uno hace acá, aunque no siempre pero esas pequeñas cosas que a uno le hacen, ese reconocimiento que una persona te puede dar o un enfermo el agradecimiento o una sonrisa o toda la, la cara que tu vez cuando un enfermo recibe algo, eso es confortante para uno...” (Entrevistado 2)

“Autocuidado te diría yo, bueno mi familia, tengo una buena comunicación con mi esposo y es yo te diría que es la persona a la cual le cuento más cosas así, o sea, cuando yo me siento complicada por algo es a la persona que le comento sin darle tanto detalle para no transgredir la privacidad del paciente pero más bien es como me siento yo, y con él bueno hemos tratado de tener espacios lúdicos, de descanso, que pensemos y conversemos de qué hagamos otras cosas.” (Entrevistado 3)

“...nos hemos juntado, juntado después del horario de trabajo a compartir, hemos tenido como otras instancias de compartir o de repente nos juntamos, hemos hecho 3 reuniones igual de sección donde echamos pa’ afuera todo lo que tenemos y la Claudia que nos ayuda, la psicóloga que tenemos, que es primero año que ella está con nosotros, es nuevita.” (Entrevistado 4)

“Y sin excluir ninguno de los acompañamientos ha sido también una obligación compartirlo, a veces escribirlo yo mismo y otras veces derechamente comentarlo y otras veces acompañarlo con otro, las familias o las personas, pero no son las personas, es la vida misma que es muy demandante, la vida obliga también a que

se viva con otros y se comparta porque o sino también es insufrible.”
(Entrevistado 5)

“Lo primero es que creo que hay que hacer como alianzas, yo vivo en San Carlos, varias veces me acabo de acordar, me he encontrado con un médico, llaman al médico y me llaman a mí, entonces todos juntos. A veces él me ha dado el pase a mí, yo otras veces le he dado el pase a él y nos hemos legitimado mutuamente, en el sentido de que muchas veces él a dicho “mire ahora viene el sacerdote y yo le voy a dar esto, es para el dolor pero es bueno que rece, le puede ayudar”. A mí me ha causado simpatía y otras veces yo he tenido que decir “hágale caso al médico" y eso ha sido muy bueno.” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Actividades Lúdicas

Además consideran como un factor protector el practicar actividades que les sean placenteras, ya sea de forma individual o junto a seres significativos en función de contrarrestar factores de riesgo presentes en el contexto laboral.

“...me gusta eso lo de la huerta de hecho mira (plantas), nos dedicamos a plantar con mis colegas, estamos pensando, de hecho plantamos arbolitos, todos los años sembramos, cosechamos, compartimos aquí...” (Entrevistado 2)

“...y en lo personal me gusta practicar mucho lo que es Yoga y eso yo lo valido así como un espacio muy importante que he tratado de mantener en el tiempo, me ayuda hartito.” (Entrevistado 3)

“...pa’ recuperarme yo empecé a asistir al grupo scout con mis hijos, el grupo scout San Vicente en la cual yo hice el curso básico y el curso medio para ser líder y me sirvió muchísimo porque el contacto con la naturaleza, estas nuevas experiencias con estar con gente joven, con niños a quien enseñarle y como que me entregaba mucha alegría, esto mismo, eso me tiro pa’ arriba fue como mi terapia, y a veces prefería estar allá que estar trabajando....” (Entrevistado 4)

“...yo me protejo con mi pareja salimos mucho a, él es profesor de capoeira, así que practicamos capoeira, yo hago el primer movimiento no más pero yo salgo a

todos lados con él, conozco gente y comparto, me gusta mucho viajar y compartir, eso hago.” (Entrevistado 4)

Sub Categoría:

Verbalización de la Muerte

Otro elemento significativo como factor protector para los profesionales y voluntarios de la salud es el hablar acerca de la muerte y de lo que viven a diario en torno a ello en función de su rol profesional. Esto llevado a cabo ya sea con el mismo moribundo, familiares o procesos de reflexión internos que pueda ir generando cada uno.

“...al final siempre se está hablando del tema de la muerte, y acá yo creo que sí uno a lo mejor quiere hacerse como que no se habla de eso pero yo creo que sí.” (Entrevistado 1).

“...hemos tenido esa experiencia, de los que saben y los que no saben, entonces yo de ahí saque una experiencia de que es mejor decir, el afectado si sabe sufre más, pero es mejor porque sabe cómo llevar su enfermedad, antes que uno le esté mintiendo “tomate la pastilla porque te va a doler tal cosa o es para mejor” entonces eso lo tome como experiencia de acá....” (Entrevistado 1)

“...es triste cuando una persona te deja, familiar sobretodo, pero a la vez fue como bonito porque ella por ejemplo a nosotros nos dijeron “ tu mamá tiene 6 meses” y mi mami duro 2 años, o sea, vivía su enfermedad, se cuidaba y dejo todo preparado, todo listo, yo quiero tal cosa, en tal lado, a tal altura, todo, entonces el momento que falleció fue claro un dolor que sentimos, un vacío, pero hicimos las cosas tal a como ella lo dejo....” (Entrevistado 1).

“...entonces el tema ahí era la conversa, el tratar de que se pusieran de acuerdo sin intervenir tampoco en la dinámica de la familia, porque muchas veces nos encontrábamos con familias que estaban bastante dañadas en el sentido de que, de que habían cosas que no se perdonaban, situaciones que lo tenían en conflicto y era eso lo que amarraba a la persona y no lo dejaba partir tranquila....” (Entrevistado 4)

“...y que se converse del tema, conversar de la muerte, conversar si quiere ser donante de algo, conversar que no se puede ser donante de órgano porque

puede que un órgano no esté bueno. No esconderlo pero tampoco conversarlo a cada rato. Mi experiencia es que quieren seguir haciendo una vida normal, humana, y eso supone enfrentarlo, conversarlo y guardar silencio cuando haya que guardar silencio.” (Entrevistado 5)

“Hay una, un elemento básico, un elemento muy básico que pertenece a todos los tabúes y muchas cosas escondidas, es romper el silencio, es recordar que la abuela se va a morir, que el papá se va a morir y que tenemos que hablar de eso, no tenemos por qué hablar del funeral, no tenemos por qué hablar del entierro pero tú te vas a morir o tú papa se va a morir si es que está enfermo y a lo mejor no se va a morir de esa enfermedad pero algún día también se va a morir y saber que un día tu papá nos los va a tener, tus abuelos no los van a tener, tus seres queridos, hay que romper el silencio y hay que hablar de la muerte, no desencadena ningún mal, ninguna tragedia, genera madurez y eso hay que hacerlo. La primera, lo más básico es eso, romper el silencio a cualquier tabú.” (Entrevistado 5)

“También creo que con los pares es bueno comentar estas cosas, el hablar también permite, es un factor protector, porque uno verbaliza, el verbalizar siempre es un factor protector, a veces lo verbalizo de manera escrita que también protege. Hay cosas emotivas que uno puede escribir y ayuda, lo escrito puede ayudar a futuro incluso, pero cuando no se escribe también el verbalizarlo con quien vive, con la persona que está cerca, con un colega, esto también ayuda.” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Motivación Hacia El Servicio.

La motivación presente en los profesionales y voluntarios de la salud es un factor protector que ha mantenido transversal con los años estando presentes en cada una de las experiencias vividas en su quehacer diario.

“...igual me encanta trabajar con ellos si siempre estoy pendiente de ellos o a veces no me toca trabajar e igual estoy pendiente, pero más motivada más que nada por estar con ellos....” (Entrevistado 1)

“...a mí me gusta trabajar lo que es salud, me gustaba, pero enfermería no, porque no me gusta trabajar directamente curando o viendo sangre, esas cosas, la sangre como que no me gusta mucho, las heridas, ver al paciente que sufre, tratar de ayudarlos y siento que aquí uno como nutricionista es harto lo que puede hacer en el confort del enfermo....” (Entrevistado 2)

“...yo creo es la vocación respecto de que aunque tu acompañas a una persona que esta con una enfermedad terminal lo puedas apoyar, lo puedas alentar, lo puedas consolar hasta donde sea posible aunque el paciente y uno sepa que no va a terminar bien pero por último que tenga un buen morir. Creo que al final uno como tratante queda con esa conformidad que se hizo lo mejor que se pudo.” (Entrevistado 3)

“...desde pequeña tuve la intención de ser misionera, era como mi objetivo y después por cosa de la vida conocí a mi esposo y me case a los 20-21 años y no cumplí esa labor, pero siempre estuvo en mí el tratar de ayudar a los demás de alguna manera y me gustaba la enfermería, estude mucho antes la carrera para ver si me gustaba o no y opte por estudiar enfermería que encontré que era mi vocación, eso.” (Entrevistado 4)

“...yo cada vez que fui aprendiendo o asumiendo nuevas actividades en la profesión me fui motivando más porque aparte del empezar a trabajar me di cuenta que enfermería tenía muchas áreas, tú podías trabajar en el área de docencia, investigación, en el área clínica, entonces me fue gustando más y esto de interiorizarme en la atención por la experiencia que tuve en urgencias entre recibir a pacientes en estado de shock o tener la bendición de trabajar en atención primaria y poder programar los cuidados, como que me abrió el campo hacia los 2 ámbitos, el atender en urgencias y el atender de una forma más programada....” (Entrevistado 4)

“...Entonces en mi caso estuvo unido al discernimiento de qué hacer con mi vida, desde los 17 años que comencé a pensar en esto y mi vida siempre estuvo orientada al ámbito del servicio, de humanismo, de relación con los demás y también unida a un profundo sentido de saber que desde el cuerpo humano todo tiene su sentido, que no es un azar mi condición de creyente, por muy malo y por

muy feo que el mundo aparezca a ratos esto tiene una dirección, un sentido y vale la pena vivirlo.” (Entrevistado 5)

“...van casi 25 años desde que yo ya soy sacerdote, como hay que estudiar, esto paso hace más de 30 años atrás, y en realidad me siento contento, soy una persona muy contenta, he tenido problemas, he tenido dificultades, he tenido que estar en un lugar y otro pero siempre he visto reafirmado esa intuición inicial.” (Entrevistado 5)

Objetivo Específico:

Conocer cuál(es) son las actitudes de un grupo de profesionales de la salud frente a la muerte y el proceso de morir a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad.

Concepto Clave:

Actitud Ante la Muerte y el Proceso de Morir.

Sub Categoría:

Miedo Ante el Morir

Si bien en general existe una buena disposición por parte de los profesionales y voluntarios de la salud en torno a la muerte y el proceso de buen morir, en alguno de ellos el propio proceso de morir o el de un ser querido genera cierta disyuntiva en función del rol que se ejerce. Por otro lado se considera que a nivel social aún no se ha sabido abordar el tema de la muerte y todo lo que le rodea de una manera adecuada.

“...yo creo que todos le tenemos miedo a la muerte, en alguna manera siempre va pensar ¿Cómo iré a morir yo? Sobretudo aquí uno, en mi caso ¿Cómo llegare a viejita? ¿Cómo ella?, ¿Cómo ella?, ¿Cómo llegare? ¿Tendré alzheimer? ¿Me pasara lo mismo que ella?...” (Entrevistado 1)

“...nos afecta harto pero no sé, de que le tenemos ese temor se lo tenemos todos porque no puede decir uno yo no le tengo miedo a la muerte yo creo que es algo que estamos todos los días pensando, a lo mejor no así directamente, una misma yo viajo siempre todos los idas y uno no sabe, siempre está pensando igual a lo

mejor me puede pasar algo, siempre está pensado pero no sé, yo creo todos le tememos....” (Entrevistado 1)

“....a lo mejor me he puesto en ese sentido más fría, más fría ante la muerte, antes como te decía uno ya se da cuenta que eso es un paso que tenemos que dar, lo vemos casi todos los días y ya no se siente la misma sensación que se siente al principio ya....” (Entrevistado 2)

“....cuando murió mi papa si sentí pena y toda la cosa, y dije “ahora estoy en el lugar” pero uno lo supera mejor esas etapas, la perdida yo creo, porque yo trabajar aquí tanto tiempo y ver gente sufrir, gente que está muriendo, a los familiares, a la esposas, hijos, de todo, y uno se pone dura.” (Entrevistado 2)

“...yo creo que todos le tenemos temor a la muerte, si yo igual le tengo temor, cuando me muera, de hecho yo no quiero que me entierren en un cementerio, yo le digo a mi marido “ni muerta en un cementerio” porque igual es un, como te digo tú lo ves en otras personas y te pones fría pero en el caso mío yo ese tema no lo conversamos mejor, no se toca no más....” (Entrevistado 2)

“....Y con el resto no sé, respetamos si quieren comprar, prepararse para ese paso, estar listos, nosotros no, como que no lo acepto.” (Entrevistado 2)

“....que va a pasar con nuestro cuerpo, con nuestro todo cuando nos muramos, si uno va a sufrir o no, o sea no se sabe, nadie a llegado de muerto y ha vuelto a la vida para decir que pasa esto y pasa esto otro, es una incertidumbre para todos y no sé ese tema como que no, no me gusta, aunque sea paradójico que yo conviva como dices tú con la muerte y con todo es como así, y en relación a mí personalmente no me gusta....” (Entrevistado 2)

“....no hemos sido capaces de enfrentar la muerte ni el dolor, hay una condición biológica para algunos niños que es muy poco frecuente, no recuerdo bien el nombre, disautonomía familiar parece que se llama, que es cuando algunos niños por un problema neurológico no sienten dolor, será en 1 cada 8 mil casos parece, y no sienten dolor y se mueren, están condenados porque no son capaces de avisar cuando les duele algo, por lo tanto cuando se enferman si se quiebran un hueso no les duele entonces pueden andar con él colgando y es cuando uno

empieza a aprender que el dolor nos salva, el dolor corporal nos avisa de algo y permite que nos sanemos, pero, no hemos sabido enfrentarlo.” (Entrevistado 5)

“...he adquirido un desasimiento, con la pasión que vivo la vida, estoy tan apasionado como desasido de la vida en el sentido de que, bueno ahí hay un tema de fe, no es que esté listo pero estoy disponible.” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Factores que predisponen la Actitud ante la Muerte

Se logra identificar ciertos elementos por parte de los profesionales y voluntarios de la salud que contribuirían a forjar una actitud determinada en torno a la muerte independientemente del rol que ejerza cada persona, resaltando principalmente la función que cumplen los medios de comunicación masiva y el manejo que se le da a la muerte por todos sus medios.

“...mira la televisión hace mucho, el cine hace mucho, porque las películas a veces que hay de muerte y todo eso contribuye a que una viva como espantado de lo que hay más allá de la muerte....” (Entrevistado 2)

“...hay temor en la sociedad hasta por eso, está contaminada en cierto sentido por la ficción, la televisión, el cine que es tan masivo, esta digamos desvirtuando lo que es la muerte, creo yo.” (Entrevistado 2)

“...la religión te ayuda también a aceptar que es un paso más en el transitar en la vida que tenemos porque uno tiene la vida eterna, que son muchas vidas, entonces que vamos cambiando de etapas, son muchas teorías digamos o muchas versiones de la muerte, entonces si tú tienes fe en Dios tú vas a aceptar que vas a pasar una mejor vida y que vas a estar con Dios y va a estar se supone toda la familia, todos los que se quisieron, se van a reunir...” (Entrevistado 2)

“...respecto de lo otro como la muerte en general, yo creo que en eso si ha habido algún avance, a mí me hizo mucho sentido un comercial que salió hace poco, tenía que ver con, lo sacaron para las festividades del 18, que tenía que ver con la Ley Emilia, no sé si tú lo viste, pero a mí me hizo como pensar harto por la canción, por la madre que aparece ahí, por la foto de la niña que se yo, que por ultimo bueno yo creo que más de alguno le hizo pensar responsabilidad respecto

a un accidente o un resultado negativo no sé, yo creo que ahí cuestionarse en ser más cuidadoso, en los actos que uno pueda tener y en este caso que una cosa que aparentemente pareciera tan básica como conducir pero que no es cualquier cosa, que podría tener un desenlace negativa, te diría que ahí bueno veo algo de avance, de reflexionar sobre ese tema....” (Entrevistado 3)

“...la religión es opio de los pueblos uno fijate que no deja de tener razón en el sentido de cuando tu adoptas una creencia tal cual como te la inculcan tus padres de repente como que nos limitamos mucho en el pensamiento y yo si me he abierto....” (Entrevistado 4)

“...entonces yo pienso que si evidentemente hay algo más allá, talvez también puede que este tomado de la mano de la fe, puede ser, y pienso que ahora mucha gente que no tiene fe.” (Entrevistado 4)

“...es la sociedad de lo desechable y de lo tecnológico, como que ya no hay cosas tan desconocidas para la gente como lo había antes, como que se ha perdido el sentido del asombro, una cosa así....” (Entrevistado 4)

“...Pero esta sensación que tiene que ver con la tecnología con la cultura digital, ha distorsionado también nuestra propia concepción de lo que somos y entonces claro, como se va a morir, algo hay que hacer, entonces da la impresión de que podemos hacerlo todo y también esta sensación de una cultura que no tolera la frustración. En la vida todos tenemos fracasos, todos tenemos fracasos y esta intolerancia a la frustración es la que no queremos una frustración mayor como la muerte ¿no?” (Entrevistado 5)

Sub Categoría:

Eutanasia como una forma de Aliviar el Dolor.

A la vez se genera controversia en los profesionales y voluntarios de la salud participes en función de la actitud y/o postura frente a la eutanasia como recurso para dar fin a una vida, primando el lado personal más que el profesional.

“Eso, yo creo que depende, no sé todavía no estoy yo 100% seguro de eso pero hay pacientes que si da, si vale la pena decir si, se debería hacer.” (Entrevistado 1)

“Es que eso para mí lo tiene que decidir el enfermo, si el enfermo está en las condiciones de decidirlo yo estaría de acuerdo pero si el enfermo no está en condiciones, no está en condiciones de decidir y tal vez está sufriendo mucho y si la familia lo decide yo estaría de acuerdo.” (Entrevistado 2)

“Yo te diría que estoy de acuerdo con la eutanasia pasiva, así como desde el punto de vista de, dejar de hacer mucho cuando ya no hay caso, cuando uno ya sabe que, no sé, sería alargar más un proceso doloroso o que no tiene sentido, yo te diría que ahí si yo diría hacer lo básico y no forzar más lo que se va. El otro punto de eutanasia activa no ahí yo si no de ninguna forma yo creo que podría hacer parte de eso, no yo creo que ahí sí, o sea, aunque la persona me lo pidiera, no habría ningún chance de acceder a algo así.” (Entrevistado 3)

“Yo puedo tener una percepción muy sesgada del tema por mi formación y ahí muchas cosas que visceralmente yo te puedo decir no lo acepto, yo eutanasia no aplicaría, visceralmente no estoy preparada para practicarlo. A lo mejor si lo veo, lo veo de más arriba como si yo estuviese sufriendo, me estuviese sucediendo a mí a lo mejor tendría otra mirada pero tampoco quiero, quiero pensarlo porque para mí Dios da vida Dios la quita cuando él quiere, es mi percepción.” (Entrevistado 4)

“...no estoy de acuerdo ni con la eutanasia ni esto de acortarla, alguien me lo pide, si no elegimos el día para nacer tampoco elegimos el día para morir. Muchas personas han dado las gracias “porque no me hicieron caso en ese momento”, hay muchos que no hayan vivido mucho ni vivieron mucho más, hay muchas personas que en situaciones doloras “mátenme” “háganme algo” y después se sanan y después dicen “gracias por no hacerme caso”. Pero también hay personas que hacen lo contrario “no, no queremos que se muera” ”a toda costa haga algo para que no se muera” y entonces se hacen procedimientos que no tienen ni por fin la humanización del momento ni la curación, porque ya está descartada, sino que alargar la vida y eso se llama también distanasia y tampoco creo yo estar de acuerdo.” (Entrevistado 5)

Resultados CESQT

De los 5 personas entrevistadas ninguna de ellas cumplió con el criterio de estar quemada por el trabajo (Burnout), aunque en una de las personas se encontró Desgaste Emocional lo que se correlaciona por lo expresado por dicha persona en la entrevista en función del poco apoyo percibido por parte del contexto laboral en la cual está inserta esa persona, las relaciones desgastantes a las cuales está expuesta tanto con el equipo de trabajo como con el moribundo y/o sus familiares y la percepción que tiene del hogar como un contexto en el cual también se presentan ciertos grados de estrés.

Por lo que creo que es importante sugerir un programa de autocuidado de prevención de la aparición del Burnout en el equipo de salud que trabaja directamente con los enfermos terminales, por ejemplo los/las técnicos paramédicos, enfermeras/os, etc.

Tabla n°1: Resultados CESQT

	Ilusión por el Trabajo	Desgaste Psíquico	Indolencia	Culpa	Índice General
Entrevistado 1	1,4	2,5	1,1	1,2	1,2
Entrevistado 2	0,4	1,7	1,5	0,6	1
Entrevistado 3	0,6	1	0,8	0,4	0,5
Entrevistado 4	0	1	0,6	0	0,4
Entrevistado 5	0	1,7	1,5	1,4	1,3

VI. CONCLUSIONES.

De acuerdo a las preguntas de investigación, a los objetivos propuestos inicialmente, y a partir de los resultados obtenidos del proceso de análisis de datos, es posible obtener las siguientes conclusiones:

¿Qué significado(s) le otorgan a la muerte un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes diagnosticados en fase terminal de su enfermedad?

De acuerdo a los resultados obtenidos durante el proceso de investigación junto a los profesionales y voluntarios de la salud que han mantenido un contacto frecuente en el acompañamiento de moribundos, se logra apreciar que las experiencias que han mantenido a lo largo de su recorrido laboral, como también experiencias a nivel personal, les han hecho atribuir al proceso de morir y la muerte como un evento propio que ha implicado dar mayor sentido a la vida misma, tomando en consideración aspectos que el común de las personas no lo hace, al menos no continuamente, como lo es la fragilidad de la vida y la importancia de las relaciones interpersonales que pueda mantener cada uno dentro y fuera del contexto laboral por ejemplo. López (2005) nos hace mención de cómo se lograría darle, en parte, sentido a la vida, considerando que la muerte en algún momento de nuestro desarrollo cumplirá ese papel fundamental, siendo un proceso de constante reflexión para los profesionales y voluntarios de la salud participes y donde cada una de las experiencias ha cumplido un rol fundamental en su quehacer.

Al igual como hace mención Mifsud y cols., (2005) este contacto frecuente con la muerte y los moribundos nos enseña a vivir con plenitud. Esto se puede apreciar en los relatos de las experiencias otorgadas por los profesionales y voluntarios de la salud participes, donde las problemáticas presentes, sean ajenas o no al contexto laboral, son minimizadas o al menos no tomadas con la misma gravedad que se hacía previo al rol ejercido. Aun así las pérdidas son sentidas por los participantes generando de alguna u otra forma un impacto para ellos, más allá de las experiencias previas que pudo haber tenido cada uno, siendo cada relación de carácter distintivo.

La muerte es comprendida como un hecho natural que se va a presentar de alguna u otra forma en el contexto laboral, con la cual se ha aprendido a convivir con el pasar de

los años y las distintas experiencias a las cuales se han visto involucrados cada uno de los entrevistados, siendo similar a la mirada biológica que se tiene en torno a la muerte expresada por Noemi (2007) con la distinción de que no se ve como un hecho negativo en relación a la vida, sino que como se mencionó, se ve como un proceso natural y de carácter universal donde la enfermedad, a partir de sus experiencias, cumple un rol fundamental. Surge la necesidad de tratar el tema como algo cotidiano, permitiendo a la vez profundizar en las relaciones en los contextos más cercanos y significativos.

Además el estar en contacto frecuente con la muerte y el mantener relaciones tan significativas dentro del rol ejercido, ha permitido a los profesionales y voluntarios de la salud generar instancias de aprendizaje tanto a nivel personal como profesional, debido según Kubler-Ross (1993) al carácter único, personal y enriquecedor de las relaciones que se establecen no solo con el moribundo, sino que también con los familiares que se encuentren de la misma forma acompañando el proceso de morir.

Además los profesionales y voluntarios de la salud mediante el frecuente contacto con la muerte y el proceso de morir han desarrollado gradualmente un proceso de humanización dentro del rol ejercido y el acompañamiento que se hace con el moribundo, atendiendo realmente las necesidades presentes más allá del diagnóstico existente, lo que se enmarcaría como hace mención Jaramillo (2001) en torno hacia el respeto del moribundo, otorgando ayuda espiritual si es necesario independientemente del contexto en cuales se desenvuelva cada uno de los profesionales. A la vez se hace énfasis a partir de sus experiencias en la necesidad de recuperar la capacidad de hablar tanto con el moribundo como con sus familiares, teniendo en consideración que muchos de ellos, como nos expresan Sevilla y Ferré (2013), no solo necesitan medicamentos para aliviar el dolor, sino que también procesos que van dirigidos en lograr la dignidad de la persona.

Por ende, cuando Jaramillo (2001) nos hace mención que cuando se trivializa la muerte surgen frases como “no hay nada más que hacer”, los profesionales y voluntarios de salud consideran que ahí es cuando hay mucho por hacer, más allá de las limitantes existentes en alguno de los entrevistados en el contexto laboral, teniendo presente la opción de acompañar, apoyar y sobretodo escuchar a los moribundos, como afirma Herrera (2010) esto hace que el proceso de morir sea más digno y humano, no solo para el profesional de la salud, sino que se extrapola a toda la sociedad.

Así mismo, durante la presente investigación se ha confirmado que a nivel social, de acuerdo a las apreciaciones de los entrevistados, la muerte sigue siendo considerada un tabú del cual aún no se ha logrado la forma adecuada de abordar e integrar en nuestra sociedad y en los distintos contextos que ello implica. Siendo la muerte y el proceso que conduce a ella un tema del cual se evita hablar, como también todo lo asociado a ella (Maza y cols., 2008).

De acuerdo a las experiencias vividas por los profesionales y voluntarios de la salud también se considera que a nivel familiar la muerte ha sido un tema que se ha ido excluyendo de los miembros más jóvenes, siendo alguno de los entrevistados participes a temprana edad del fallecimiento de un ser querido, siendo integrados en cada uno de los pasos previo y posterior al suceso. Se considera que, al igual a lo expresado por Gómez (2012), se ha pasado de una cuestión pública y compartida a algo pocas veces vivido, de carácter individual y de forma privada, dando pie a que se mantenga la muerte como tabú en la sociedad.

¿Cuál es el impacto que genera en la calidad de vida de un grupo de profesionales y voluntarios de la salud estas experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad?

Los profesionales y voluntarios de la salud debido al rol que cumplen y el frecuente contacto con la muerte que mantienen, ha generado en ellos principalmente un desgaste emocional, algo que va desde la tristeza por la partida del moribundo como rabia a partir de distintas experiencias con familiares. Han experimentado sentimientos diversos, los cuales en ocasiones han sido reprimidos de manera inconsciente, atribuyéndolo a la misma experiencia en el acompañamiento a moribundos y al paso del tiempo, algo que en alguno de los entrevistados como menciona Gómez (2006) se ha manifestado ello por medio de síntomas somáticos o psíquicos, como estrés y/o cansancio hasta el mismo hecho de querer evitar hablar del tema en ciertas ocasiones.

Como se mencionó anteriormente, los profesionales y voluntarios de la salud desean dar mucho más por los moribundos pero se encuentran con ciertas limitantes, y una de ellas es la carga horaria a la cual se enfrentan algunos, tanto en el contexto laboral como personal, impidiendo generar en ocasiones relaciones significativas y que cubran las necesidades del moribundo, esto como menciona Vega y cols., (2013) también podría llevar a un deterioro del estado de ánimo, ya que se experimentan sensaciones

de preocupación e impotencia frente a la posibilidad de ayudar más y a las expectativas que se tienen en torno al rol profesional y el acompañamiento del proceso de morir que vaya viviendo junto al moribundo.

A la vez se encuentran expuestos a idealizaciones en torno al rol profesional por parte de los familiares de los moribundos, relaciones que en ocasiones han sido demandantes principalmente por la comprensión inadecuada del proceso de morir y de las reales necesidades del moribundo, como afirma Cabodevilla (2001) en ocasiones a los profesionales les cuesta más trabajo y agotamiento relacionarse con los familiares, más que con el propio paciente y el acompañamiento hacia un buen morir.

Frente al desgaste que pudiese conllevar el ejercer un rol profesional en esta área y a las situaciones complejas que experimentan en ocasiones, los profesionales y voluntarios participes dan a conocer que ha sido la misma experiencia que les ha ayudado a saber cómo manejarlas, llevándonos a preguntarnos ¿Cuál ha sido el rol de la institución en ello? Mediante esta investigación se da a conocer que el apoyo que se le da al profesional en este ámbito es más bien escaso y que, en ocasiones, no han cumplido con la finalidad con las que se hacen ciertas actividades orientadas a mejorar la calidad de vida del profesional.

Como nos menciona Chiang y Sigoña (2011) en su estudio con trabajadores de hospitales comunitarios, los profesionales que trabajan con moribundos se ven constantemente enfrentados a situaciones de tensión y estrés, estando más propensos al Síndrome de Burnout. Si bien los resultados de la evaluación aplicada (CESQT) a cada uno de los profesionales y voluntarios de la salud participes no arrojan índices significativos de estar quemado por el trabajo, uno de los profesionales entrevistados si presentaba el índice de desgaste emocional, estando estrechamente relacionado con la información proporcionada en la entrevista y a los acontecimientos y poco apoyo a los cuales está expuesto.

Ante ello los mismos autores proponen actividades de carácter preventivo por parte de la institución orientadas hacia la calidad de vida del profesional y sus necesidades, ya que ello a la vez tiene relación con la calidad del servicio que se le da al moribundo. Esto se pudiese dar por medio de equipos de salud que apoyen a los profesionales, actividades que beneficien el equilibrio entre trabajo y familia, o el mismo trabajo en equipo entre los profesionales, ya que para los autores y para efectos de los resultados

de esta investigación es un factor protector significativo prevenir el Síndrome de Burnout.

¿Cuál(es) son los factores protectores con los que cuentan un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad?

Como se mencionó en el punto anterior, para los profesionales y voluntarios de la salud tanto los equipos de trabajo como las familias componen una red de apoyo significativa a la hora de prevenir desgastes físicos o psicológicos derivados de la función que cumplen, siendo los equipos y las familias catalizadores de estas experiencias y emociones. Ello implica en el contexto laboral como menciona Taboada (2000) un trabajo cooperativo donde se mezclan distintas perspectivas en torno a la muerte y el proceso de morir, siendo esencial para los profesionales dos elementos: el primero, que dichas perspectivas y posterior acompañamiento se adecuen a las necesidades y requerimientos de la persona, y lo segundo, que este trabajo cooperativo se de lo más frecuentemente posible favoreciendo el bienestar personal de los profesionales y el moribundo.

Es necesario recordar que un factor protector de acuerdo a Páramo (2011) son elementos que le permiten al profesional mantener un equilibrio, o en su defecto, recuperar la salud; reduciendo los efectos que pudiesen conllevar exponerse a ciertas experiencias, como lo pudiese ser el frecuente contacto con la muerte y el establecimiento de relaciones significativas con el conocimiento de que solo serán relaciones temporales. Es aquí donde las actividades lúdicas que realizan los entrevistados dentro o fuera del contexto laboral cumplen un papel significativo, alejándolos de situaciones y experiencias que pudiesen generar un efecto negativo para sus vidas y donde las familias y equipos de trabajo cumplen un rol fundamental nuevamente dentro del desarrollo de estas actividades, como también se genera los espacios para desarrollar actividades propias.

Un elemento altamente significativo y protector identificado por gran parte de los profesionales y voluntarios de la salud es la verbalización de la muerte, la capacidad de generar una instancia de conversación con el moribundo, el equipo de trabajo, la familia u otros seres significativos, les ha permitido ello identificar las reales necesidades de las personas teniendo consciencia que a nivel médico solo queda la opción de contener

el dolor y además les ha permitido con el tabú que se ha mantenido en relación a la muerte con los años. Este factor protector tiene estrecha relación con los resultados obtenidos por Sevilla y Ferré (2013) en su trabajo con enfermeras de atención socio-sanitaria donde se considera que el hablar constantemente con familiares y amigos ayuda a bajar los niveles de angustia que se pudiesen general derivados del rol ejercido y las experiencias vividas.

La motivación presente en los trabajadores y voluntarios de la salud por el rol que ejercen dentro de los distintos contextos laborales en los cuales están inmersos es un elemento emergente en la investigación como factor protector. De acuerdo a Herrera (2006, citado en Solano 2010) la motivación englobaría sentimientos de realización, crecimiento y reconocimiento profesional, siendo elementos mencionados por los entrevistados mediante los cuales han tenido una motivación hacia su trabajo que prácticamente se ha mantenido desde antes que se ejerza la profesión. El mismo hecho de mantener relaciones significativas con el moribundo y el sentido de humanización en el acompañamiento del proceso de morir, vendrían a fortalecer las motivaciones presentes en los profesionales y voluntarios de la salud partícipes.

Esto tendría a la vez concordancia por un lado con lo expresado por Merino (1987, citado en Maza y cols., 2008) donde una buena disposición hacia el servicio y el acompañamiento de moribundos ayudaría a tener una actitud más bien humanizadora de la muerte y los moribundos. Y por otro lado, tiene concordancia con los buenos resultados en el cuestionario aplicado a los profesionales y voluntarios de la salud en el índice de Ilusión por el Trabajo, el cual es definido por Chiang y Sigoña (2011) como el deseo del profesional por alcanzar metas laborales, lo que indica lo motivados y comprometidos que se encuentran con su rol profesional y con el acompañamiento de los moribundos.

¿Cuál(es) son las actitudes de un grupo de profesionales y voluntarios de la salud frente a la muerte y el proceso de morir a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad?

Como se ha dado a conocer los profesionales y voluntarios de la salud partícipes tienen en general una buena actitud hacia la muerte y el proceso de morir, se ha hablado del carácter natural de ello dentro del contexto laboral y de la necesidad de verbalizar y

romper los esquemas establecidos en pro de la calidad del acompañamiento del moribundo y la humanización de la sociedad. Pero en el plano personal algo sucede con parte de los profesionales y voluntarios participes donde se manifiesta que existe temor a la muerte. Donde surgiría esta paradoja actitudinal mencionada por Jordán (1982, citado en Noemi, 2007) en la cual independientemente del frecuente contacto con la muerte y el proceso de morir, en el inconsciente se hace imposible aceptar la propia muerte, siendo la base del miedo existente.

Cabodevilla (2001) afirma que cuanto más nos demoremos en asimilar que somos mortales mayores serán el miedo y la inseguridad que se acumulen en cada persona. Como menciona Jiménez (2012) se tiende a racionalizar la idea del morir, las experiencias vividas en el plano laboral han cumplido un papel de aprendizaje vicario para los profesionales y voluntarios de salud; considerando algunos, que tienen mayor capacidad para reponerse de estas experiencias en comparación a una persona común, pero ello también responde a la negación existente en torno a la muerte y al no querer experimentar el dolor que implique una pérdida.

Por otro lado, se confirma lo expresado por autores como Jiménez (2012) y Hernández (2006) en la cual los profesionales y voluntarios de la salud consideran que la religión cumple un papel determinante a la hora de posicionar a un individuo en torno a la muerte, siendo en ocasiones percibida como una limitante donde la persona orienta sus acciones teniendo como base la concepción de la existencia del cielo y el infierno. Pero también ha permitido generar un acercamiento mucho más humano con el moribundo, incorporando elementos cristianos en un contexto hospitalario donde no es considerado comúnmente y la generación de alianzas, abarcando tanto el plano médico como el plano espiritual del moribundo, enfocado en el sentido de trascendencia del ser humano.

Los avances tecno-científicos y de los medios de comunicación masiva ha sido otro elemento significativo que predispone la actitud ante la muerte que pudiera tener el individuo y la sociedad de acuerdo a los relatos de los profesionales y voluntarios de la salud participes. Teniendo una postura similar a la expresada por Cabodevilla (2001) donde actualmente existiría cierta dependencia hacia los progresos y avances tecnológicos, donde la muerte y el dolor no son elementos aceptados.

Hoy en día los profesionales y voluntarios de la salud en nuestra sociedad se enfrentan a un debate a nivel nacional y que tiene estrecha relación con la muerte, como lo es la eutanasia. Se aprecian una variedad de opiniones y perspectivas ante el tema, pero con un factor común, el moribundo como actor principal en esa decisión. Consideran, al igual que Pizzi (2011), que se genera un debate ético en torno a la opción de la eutanasia como un elemento a considerar para aliviar el dolor, como también alargar la vida ya que se iría perdiendo el sentido de humanización y en relación al moribundo, su derecho a morir con dignidad.

Considero pertinente el ampliar y generar más investigaciones de este tipo, para romper el silencio y el tabú existente en torno la muerte en nuestra sociedad chilena, entendiéndose que los resultados se enmarcan principalmente dentro de un contexto médico, siendo necesaria una comprensión a nivel social. Y dentro del plano médico como tal, abordar los dilemas éticos a los cuales se enfrentan los profesionales, ya que se encuentran en un constante debate como ha manifestado Kubler-Ross (1993) entre seguir generando una medicina y, por ende un cuidado, despersonalizado en torno a los moribundos o recuperar la humanización del acompañamiento y la dignidad del proceso de morir del moribundo.

VII. REFERENCIAS.

Aguayo, N., Aqueveque, M., Arriagada, P. y Cáceres, C. (2006). *Calidad de los estilos de vida de los adolescentes de comunas no urbanas de la provincia de Ñuble*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío.

Alonso, J. (2012). *Contornos negociados del “buen morir”: la toma de decisiones médicas en el final de la vida*. Comunicado sobre educación, vol.16, núm. 40, pp.191-203. Extraído el 11 de Mayo del 2015 desde <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0512.pdf>

Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. Ciudad de México: Paidós.

Arcila, P., Mendoza, Y., Jaramillo, J. y Cañon, O. (2010). *Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen*. Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol.6, núm.1, pp. 37-49. Extraído el 13 de Septiembre del 2014 desde <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n1/v6n1a04.pdf>

Aries, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.

Aries, P. (2000). *Historia de la muerte en occidente: Desde la edad media hasta nuestros días*. Barcelona: Acantilado.

Báez, J. (2009). *Investigación cualitativa*. Madrid: Esic.

Benítez, M. y Salinas, A. (2000). *Cuidados paliativos y atención primarias: aspectos de organización*. Barcelona: Springer.

Betancourt, S., Peñaranda, M., Valdebenito, A. y Villanueva, P. (2009). *Factores que influyen en la percepción del profesional de enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHM de Chillán*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío.

Bivort, B. y Martínez, S. (2013). *Aproximaciones cualitativas al estudio del desarrollo rural*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Desarrollo Sostenible Local y Rural, Junio, Chillán.

Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson: El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, vol. 2, núm. 2, pp. 50-63. Extraído el 04 de Junio del 2015 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Buero, A. (2008). *Pequeño ensayo sobre la muerte*. *Revista Argentina de Cardiología*, vol. 76, núm. 5, pp. 388-391. Extraído el 20 de Septiembre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305327059012>

Cabodevilla, I. (2001). *En vísperas del morir: psicología, espiritualidad y crecimiento personal*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago: Universitaria S.A.

Cartay, R. (2002). *La muerte*. *Fermentum*. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, vol. 12, núm. 34, pp. 447-470. Extraído el 20 de Septiembre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70511239012>

Caycedo, M. (2007). *La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI, núm. 2, pp. 332-339. Extraído el 4 de Noviembre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636212>

Chiang, M. y Sigoña, M. (2011). *Burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: Una comparación de género y de nivel de escolaridad*. *Revista de Psicología*, Vol. 20, núm.1, pp. 34-52. Extraído el 30 de Junio del 2015 desde <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewArticle/13723>

Cornejo, M. (2006). *El enfoque biográfico: trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas*. *Psykhe*, vol. 15, núm. 1, pp. 95-106. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. Extraído el 27 de Octubre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96715108>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2012). *Mortalidad general e índice de swaroop según sexo, por Región y Comuna de residencia*. Santiago, Gobierno de Chile.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2012). *Defunciones por ciertos Tumores Malignos según grupos de edad, ambos sexos*. Santiago, Gobierno de Chile.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2012). *Defunciones según grupo de edad, por Región de residencia y gran grupo de causas de muertes y sexo*. Santiago, Gobierno de Chile.

Desfilis, E. y Abengózar, M. (1990). *Ancianidad y preparación para la muerte*. Anales de psicología, vol. 6, núm. 2, pp. 147-158. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

Domínguez, O. (2009). *Objeción de conciencia, la muerte y el morir en enfermedades en etapa terminal*. Acta Bioética, vol. 15, núm. 1, pp. 94-99. Extraído el 4 de Abril del 2015 desde <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100012>

Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Flores, G. y Iñiguez, L. (2012). *La biomedicalización de la muerte: una revisión*. Anales de Psicología, vol. 28, núm. 3, pp. 929-938. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.

Gibbs, G. (2012). *El análisis de los datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P., Salanova, M., Aragón, J. y Schaufeli, W. (2005). *Jornada "El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales"*. Universidad de Valencia.

Gómez, M. (2005). *Morir con dignidad*. Madrid: Arán.

Gómez, M. (2006). *El Hombre y el medico ante la muerte*. Madrid: Arán.

Gómez, M. y Delgado, J. (2000). *Ritos y mitos de la muerte en México y otras culturas*. Ciudad de México: Tomo S. A.

Gómez, R. (2012). *El médico frente a la muerte*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 32, núm. 113, pp. 67-82. Extraído el 20 de Septiembre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265024496006>

González, M. (2002). *Aspectos éticos de la investigación cualitativa*. Revista Iberoamericana de Educación, núm. 29, pp. 85-103. Extraído el 27 de Octubre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>

Grau, J., Llantá, M., Massip, C., Chacón, M., Reyes, C., Infante, O., Romero, T., Barroso, I. y Morales, D. (2008). *Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos*. Pensamiento Psicológico, vol. 4, núm. 10, pp. 27-58. Extraído el 4 de Noviembre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670003>

Guzmán, M. (2015). El código futbolero que usaban auxiliares de hospital acusados de cohecho con funerarias. *Las Últimas Noticias*, pág. 2. Extraído el 05 de Junio del 2015 desde <http://www.lun.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2015-06-04&Paginald=2&bodyid=0>

Heinemann, K. (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica. En las ciencias del deporte*. Barcelona: Paidotribo.

Henríquez, G. y Barriga, O. (2005). *El Rombo de la Investigación*. Cinta de Moebio, núm. 23, pp. 162-168. Extraído el 27 de Octubre del 2014 desde <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26077/27382>

Hernández, F. (2006). *El significado de la muerte*. Revista Digital Universitaria, vol.7, núm. 8, pp. 2-7. Extraído el 20 de Septiembre del 2014 desde http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf

Herrera, A. (2010). *Reflexiones sobre la vejez y la muerte*. Journal of Behavior, Health & Social Issues, vol. 2, núm. 2, pp. 33-46. Extraído el 10 de Agosto del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221720004>

Hola, C. (2015). *Chile: la niña que le pidió a Bachelet "dormirla para siempre"*. BBC Mundo. Extraído el 05 de Junio del 2015 desde http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150226_valentina_maureira_eutanasia_chile_bachelet_ch

Jaramillo, I. (2001). *De cara a la muerte*. Santiago: Andrés Bello.

Jiménez, R. (2012). *¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad Española actual: Muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte*. Tesis para optar al grado de Doctor por la Universidad de Valladolid.

Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.

Lagos, J. (2004). *Reseña de "Sin miedo a la muerte: Una mirada budista sobre el encuentro con la muerte" de Judith L. Leaf*. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, vol. 3, núm. 8. Extraído el 06 de Mayo del 2015 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500824>

Latiegui, A. (2005). *La psicología en el final de la vida*. Astudillo, W., Casado, A. y Mendinueta, C. (2005). *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: UOC.

López, A. (2005). *El cuerpo tiene la palabra: Cómo interpretar los mensajes que transmite el cuerpo para alcanzar el bienestar integral*. Barcelona: Robinbook.

López, J. (2012). *Los 47 Rōnin*. Extraído el 05 de Junio del 2015 desde <http://www.historiajaponesa.com/2012/09/los-47-ronin.html>

Málishév, M. (2003). *El sentido de la muerte*. Ciencia Ergo Sum, vol. 10, núm. 1, pp. 51-58. Extraído el 10 de Octubre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10410106>

Maza, M., Zavala, M. y Merino, J. (2008). *Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes*. Ciencia y Enfermería, vol.15, núm. 1, pp. 39-48. Extraído el 2 de Noviembre del 2014 desde <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100006>

Mifsud, T. (1985). *La moral del discernimiento: El respeto por la vida humana*. Santiago: Centro de investigación y desarrollo de la educación.

Mifsud, T., Campbell, M. y Ferreiro, F. (2005). *Una visión de dolor desde la actividad de acompañamiento médico*. Santiago: Ignacianas S.A

Ministerio de Salud. (2011). *Guía clínica alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos*. Santiago, Gobierno de Chile.

Morin, E. (2007). *El hombre y la muerte*. Barcelona: Kairós.

Noemi, J. (2007). *Vida y muerte: una reflexión teológico-fundamental*. Teología y vida, vol. 48, núm. 1, pp. 41-55. Extraído el 3 de Agosto del 2014 desde <http://dx.doi.org/10.4067/S0049-34492007000100004>

Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. y Rebolledo-Malpica, D. (2012). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. Aquichan, vol. 12, núm. 3, pp. 263-274. Extraído el 27 de Octubre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>

Onofre, L. (2001). *Alma Imaña. Rituales mortuorios andinos en las zonas rurales Aymara de Puno circunlacustre (Perú)*. Chungará (Arica) vol. 33, núm. 2. Extraído el 7 de Mayo del 2015 desde <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562001000200007>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Centro de Prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. Ciudad de México: McGraw-Hill.

Páramo, M. (2011). *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión*. Terapia Psicológica, vol. 29, núm. 1, pp. 85-95. Extraído el 9 de Diciembre del 2014 desde <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>

Piñera, B. (2001). *El concepto judeocristiano de la muerte*. Pizzi, T., Muñoz, A. y Fuller, A. (2001). *El dolor, la muerte y el morir*. Santiago: Mediterráneo.

Pizzi, T., Muñoz, A. y Fuller, A. (2001). *El dolor, la muerte y el morir*. Santiago: Mediterráneo.

Pucheu, X. (2004). *Estudio de calidad de vida en usuarios del Policlínico de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Herminda Martín de Chillán*. Tesis para optar a Magister en Salud Pública, Facultad Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Universidad del Bío-Bío.

Quecedo, R. y Castaño, C. (2002). *Introducción a la Metodología de Investigación Cualitativa*. Revista de Psicodidáctica, núm. 14, 2002, p. 0. Extraído el 25 de Octubre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>

Robles, B. (2011). *La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico*. Cuicuilco, vol. 18, núm. 52, pp. 39-49. Escuela Nacional de Antropología e Historia. Distrito Federal, México. Extraído el 27 de Octubre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004>

Rodríguez, C., Lorenzo, O. y Herrera, L. (2005). *Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad*. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, vol. 15, núm. 2, pp. 133-154. Extraído el 26 de Octubre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65415209>

Rodríguez, C. y Saavedra, A. (2011). *Cosmovisión Mapuche y manifestaciones funerarias*. Si Somos Americanos: Revista de Estudios Transfronterizos, vol. 11, núm. 2, pp. 13-38. Extraído el 13 de Junio del 2015 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337930340002>

Rosselot (2001). El enfermo terminal. Pizzi, T., Muñoz, A. y Fuller, A. (2001). *El dolor, la muerte y el morir*. Santiago: Mediterráneo.

Rovaletti, M. (2002). *La ambigüedad de la muerte: Reflexiones en torno a la muerte contemporánea*. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 31, núm. 2, pp. 91-108. Extraído 9 de Noviembre del 2014 desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v31n2/v31n2a04.pdf>

Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Salgado, A (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Liberabit: Revista de Psicología, núm. 13, pp. 71-78. Extraído el 26 de Octubre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601309>

Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. Ciencia y enfermería, vol. 9, núm. 2, pp. 09-21. Extraído el 9 de Noviembre del 2014 desde <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Sevilla, M. y Ferré, C. (2013). *Ansiedad ante la muerte en enfermeras de atención sociosanitarias: Datos y significados*. Gerokomos, vol. 24, núm. 3, pp. 109-114. Extraído el 03 de Abril del 2015 desde <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n3/comunicacion2.pdf>

Solano, S. (2010). *Satisfacción laboral en profesionales de enfermería*. Cuidarte, vol. 1, núm. 1, pp. 53-62. Extraído el 27 de Noviembre del 2015 desde <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533177008.pdf>

Souza, L., Mota, J., Barbosa, R., Ribeiro, R. y Oliveira, C. (2013). *La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros*. Enfermería global, vol. 12, núm. 32, pp. 222-229. Extraído el 20 de Septiembre del 2014 desde <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/administracion4.pdf>

Suazo, M., Amaro, R. y Pérez, M. (2003). *Percepciones y posiciones sobre la eutanasia, en médicos y enfermeras, de 5 hospitales de Santo Domingo, durante el período septiembre - noviembre de 2001*. Ciencia y Sociedad, vol. 28, núm. 3, pp. 491-510. Extraído el 27 de Mayo del 2015 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87028308>

Taboada, P. (2000). *El derecho a morir con dignidad*. Acta Bioética, vol. 6, núm. 1, pp. 91-101. Extraído el 12 de Mayo del 2015 desde <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art07.pdf>

Tójar, J. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.

Twycross, R. (2000). *Medicina paliativa: Filosofía y consideraciones éticas*. Acta Bioética, vol. 6, núm. 1, pp. 27-46. Extraído el 19 de Septiembre del 2014 desde <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art03.pdf>

Valles, M. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid: Síntesis S.A.

Vega, P., González, R., Palma, C., Ahumada, E., Mandiola, J., Oyarzún, C. Y Rivera, S. (2013). *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*. Aquichán, vol. 13, núm. 1, pp. 81-91. Extraído el 9 de Noviembre del 2014 desde <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a08.pdf>

Vilches, L. (2000). *Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior*. Revista de Psicología, vol. 9, núm. 1, p. 0. Extraído el 13 de Septiembre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26409106>

Villamizar, E. (2002). *El morir y la muerte en la sociedad contemporánea problemas médicos y bioéticos*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 1, núm. 2, pp. 66-80. Extraído el 04 de Noviembre del 2014 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54510207>

Wunkhauss (2001). *La muerte, diagnóstico y su tratamiento*. Pizzi, T., Muñoz, A. y Fuller, A. (2001). *El dolor, la muerte y el morir*. Santiago: Mediterráneo.

Ysern, J. (2003). *Ayudar a bien morir*. Extraído el 28 de Septiembre del 2014 desde [http://apc.ubiobio.cl/noticias/view_vistas.shtml?cmd\[18\]=i-26-8bf86412880fad0890e61ab4069c0951](http://apc.ubiobio.cl/noticias/view_vistas.shtml?cmd[18]=i-26-8bf86412880fad0890e61ab4069c0951)

VIII. ANEXOS.

A. Carta de Presentación.



Chillán, Septiembre 2015.

Presente

De nuestra consideración:

Junto con saludarle, el licenciado Sr. Diego Burgos Cartes, se encuentra desarrollando su investigación de tesis “La muerte: La Muerte: Una Mirada Desde Los Trabajadores y Voluntarios De La Salud”, bajo la supervisión del docente Sr. Marcelo Sigoña Igor.

El objetivo central de la investigación es conocer cuáles son los significados que le otorgan a la muerte un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad, motivaciones y apreciaciones personales.

Para este fin, se solicita autorizar el trabajo con los integrantes de su institución y/o establecimiento, con el propósito de realizar entrevistas que permitan obtener la información requerida para esta investigación.

Es importante señalar que la información que se obtendrá, será de carácter confidencial y que los resultados tendrán un carácter cualitativo y académico.

Saluda atentamente.

Ingrid Quintana Abello

Director (a)

Escuela de Psicología

B. Consentimiento Informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como finalidad, informar acerca de los objetivos de la investigación “La Muerte: Una Mirada Desde Los Trabajadores y Voluntarios De La Salud”, a realizar por el alumno de 5º año de la carrera de Psicología, Universidad del Bío-Bío, sede Chillán. Además de solicitar su autorización para la participación en la investigación señalada anteriormente.

Esta investigación tiene como objetivo principal “Conocer los significados que le otorgan a la muerte un grupo de profesionales y voluntarios de la salud a partir de sus experiencias con pacientes en fase terminal de su enfermedad” Cabe señalar que todos los antecedentes e información proporcionada por los participantes se resguardarán confidencialmente, por medio del anonimato de nombre y cargo; y solo será utilizada para los fines de mi investigación. La participación es absolutamente voluntaria, y en caso de requerirlo se puede desligar de ella cuando así usted lo estime necesario, anulándose el presente contrato y eliminando los datos ya proporcionados.

La participación se llevará a cabo mediante entrevistas realizadas a cada informante acompañado de la aplicación de un cuestionario lo cual tomará alrededor de 60 minutos. En las entrevistas se utilizará una grabadora de audio, la que solo tiene como función facilitar la recogida de datos para las investigadoras.

Tiene el derecho a conocer los resultados de la investigación, como también así, ante cualquier duda, consulta u objeción puede ponerse en contacto con:

- Sr. Diego A. Burgos Cartes
- Fono: +569-98129026 / Mail: diegodixonubb@gmail.com
- Sr. Rolando Marcelo Sigoña Igor (Guía)
- Fono: +569-79782621 / Mail: romasigo@yahoo.com

O bien contactarse con:

- Escuela de Psicología UBB
- Fono: 042-(2)463040

Diego A. Burgos Cartes.

Chillán, ----- de 2015.

Yo....., RUT N°....., he leído todo el procedimiento descrito anteriormente. El investigador me señaló y explicó toda la investigación y ha contestado mis dudas. Por lo que voluntariamente autorizo mi participación en la investigación a realizar.

Firma del/la Participante.

Chillán, ----- de 2015.

C. Pauta Entrevista Semiestructurada.

1. A partir de sus experiencias en el ahora ¿Qué lo/la motiva a mantenerse en este programa, percibe o siente diferencia con la o las motivaciones que lo/la llevaron a integrar este programa en su inicio?
2. ¿Qué significa para usted acompañar a pacientes en estado terminal hasta el día de su muerte?
3. ¿Cómo me describiría lo que es para Ud. “Morir con Dignidad”?
4. De acuerdo a sus experiencias ¿Cuál es su opinión frente a la muerte como una opción para aliviar el dolor solicitado por los usuarios y/o su familia?
5. ¿Cómo cree que nos afecta como sociedad el miedo a la muerte?
6. ¿Qué síntomas ha experimentado en Ud. mismo/a que tengan relación con su dedicación al cuidado de enfermos moribundos?
7. A la sociedad le cuesta reconocer que su personal sanitario (enfermeras, médicos) se enferman. ¿Cuáles cree Ud. que son los riesgos psicosociales a que está expuesto en su trabajo cotidiano?
8. Frente a los riesgos psicosociales a los cuales Ud. se encuentra expuesto/a ¿Qué factores protectores ha desarrollado Ud.? ¿Cuáles ha desarrollado su equipo natural de trabajo y cuáles ha desarrollado la Institución para prevenir y mejorar su calidad de vida laboral? ¿Previamente tuvo formación con respecto al tema o la función la muerte como forma continua?
9. ¿Ha sufrido Ud. la experiencia de la muerte de un familiar muy querido? Diga lo que quiera sobre su vivencia personal antes, en, y después del hecho.
10. ¿De qué modo le ha ayudado a comprender a sus pacientes dicha experiencia?

D. Cuestionario CESQT.

INFORMACIÓN SOBRE EL CUESTIONARIO

El cuestionario que usted rellene no será enseñado bajo ninguna razón o circunstancia a personas empleadas en su organización. Sólo tendrán acceso a su contenido los miembros del equipo de investigación. Todos los datos que refleje en el serán tratados confidencialmente. Su anonimato será mantenido en todo momento y los datos se analizarán de forma agrupada.

Es importante que responda a todas las cuestiones que las omisiones invalidan el conjunto de la escala a la que está respondiendo. Responda rodeando con un círculo la alternativa adecuada o escribiendo las respuestas en los espacios que preceden a las cuestiones según proceda. Compruebe al final que ha contestado a todas las preguntas.

Esperamos que comprenda la importancia de este estudio para el colectivo profesional. Por ello, le solicitamos su colaboración. Solo le llevará 30 minutos contestarlo.

Muchas gracias por el tiempo que va a dedicar a responder este cuestionario.

En esta parte del cuestionario debe reflejar algunos datos personales. Con estos datos NO SE PRETENDE IDENTIFICARLE. Su objetivo es poder agrupar sus respuestas con los otros profesionales de características similares a las suyas para ver si estas variables (por ejemplo: edad, sexo, antigüedad, tipo de servicio, etc.) influyen sobre los niveles de estrés percibido.

- 1.- Sexo: 1.-HOMBRE: 2.- MUJER:
- 2.- Edad _____ años
- 3.- Profesión o Actividad_____
- 4.- Número de hijos_____ ¿Cuántos viven con usted?_____
- 5.- ¿En qué organización o institución trabaja usted?

- 6.- Tipo de contrato_____
- 7.- Tiempo que lleva en esta profesión o actividad_____
- 8.- ¿En qué puesto trabaja actualmente?_____
- 9.- Tiempo que lleva trabajando en esta organización

- 10.- Tiempo que lleva en este puesto de trabajo _____
- 11.- ¿Qué titulación/estudios posee? (indique solo la superior)

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esta relación para usted como trabajador y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación.

0 Nunca	1 Raramente Algunas veces al año	2 A veces Algunas veces al mes	3 Frecuentemente Algunas veces por semana	4 Muy frecuentemente todos los días
------------	---	---	--	--

1.- Mi trabajo me supone un reto estimulante	0	1	2	3	4
2.- No me gusta atender a algunas personas en mi trabajo	0	1	2	3	4
3.- Creo que muchas personas en mi trabajo son insoportables	0	1	2	3	4
4.- Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo	0	1	2	3	4
5.- Veo mi trabajo como una fuente de realización profesional	0	1	2	3	4
6.- Creo que los familiares de las personas de mi trabajo son unos pesados	0	1	2	3	4
7.- Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas	0	1	2	3	4
8.- Pienso que estoy saturado por el trabajo	0	1	2	3	4
9.- Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo	0	1	2	3	4
10.- Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas	0	1	2	3	4
11.- Me gusta ser irónico con algunas personas en mi trabajo	0	1	2	3	4
12.- Me siento agobiado/a por el trabajo	0	1	2	3	4
13.- Tengo remordimiento por algunos de mis comportamientos en el trabajo	0	1	2	3	4
14.- Etiqueteo o clasifico a las personas de mi trabajo según su comportamiento	0	1	2	3	4
15.- Mi trabajo me resulta gratificante	0	1	2	3	4
16.- Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento	0	1	2	3	4
17.- Me siento cansado/a físicamente en mi trabajo	0	1	2	3	4
18.- Me siento desgastado/a emocionalmente	0	1	2	3	4
19.- Me siento ilusionado/a por mi trabajo	0	1	2	3	4
20.- Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo	0	1	2	3	4