



Universidad del Bío Bío

Facultad de educación y humanidades

Departamento de ciencias sociales



VIVENCIA DEL TRABAJO CON PACIENTES HEMODIALISADOS

Memoria para optar al título de psicólogo

Autor:

Cristián Valdés Hernández

Tutor:

Cristóbal Bravo Ferretti

Chillán, Diciembre de 2014

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia por el apoyo dado. A mi mamá y mi papá que con su experiencia inspiraron y son en gran medida la razón de ser de esta investigación. Les agradezco por su apoyo durante todos estos años, por la paciencia que me han tenido y por la confianza que han depositado en mí, que me ha ayudado a superar con creces cada barrera que se me ha impuesto en mi vida universitaria.

Específicamente quiero agradecer a mi mamá por la ayuda en la realización de esta tesis, ayudándome a conseguir personas para las entrevistas y asesorándome con su experiencia en los muchos aspectos de esta investigación.

Agradezco a la gente que participó de la investigación, por su tiempo, apoyo y disposición.

Por último quiero agradecer a mis amigos, a toda esa gente que conocí en la universidad y que se convirtieron en parte esencial de mi vida. Les agradezco por el apoyo en momentos difíciles, por las veces que me ayudaron cuando lo necesité y sobre todo por las cumbias y cervezas compartidas durante estos cuatro años, y por todas las experiencias inolvidables.

Índice

Introducción	5
1. Presentación del problema	7
1.1. Planteamiento del problema	7
1.2. Justificación	9
1.3. Preguntas de investigación	10
1.4. Objetivos de investigación	11
1.4.1. Objetivo general	11
1.4.2. Objetivo específico	11
2. Marco referencial	12
2.1. Antecedentes teóricos	12
2.1.1. La vivencia de la relación clínica	12
2.1.2. La muerte en la relación clínica	19
2.1.3. Salud mental del trabajador de salud	21
2.1.3.1. El estrés en el trabajador de salud	24
2.1.3.2. La empatía en el trabajador de salud	25
2.1.4. Sentido del trabajo en el trabajador de salud	27
2.1.5. Clima laboral de los equipos en salud	29
2.2. Antecedentes empíricos	30
2.3. Marco epistemológico	32
2.4. Reflexividad	36
3. Diseño metodológico	38
3.1. Metodología de investigación	38
3.2. Diseño de investigación	39
3.3. Técnicas de investigación	40
3.4. Instrumentos de investigación	43
3.5. Población	44
3.6. Análisis de datos	46
3.7. Criterios de calidad	47

3.8. Resguardos éticos	48
4. Análisis de resultados	50
4.1. Caracterización de la población	50
4.2. Contextualización	51
4.2.1. El trabajo diario	51
4.2.2. Los pacientes	53
4.3. Objetivo 1	57
4.3.1. Categoría 1: Responsabilidad con los pacientes	57
4.3.2. Categoría 2: Tipo de relación	63
4.3.3. Categoría 3: Salud mental del trabajador	77
4.3.4. Categoría 4: Significación del trabajo	83
4.4. Objetivo 2	86
4.4.1. Categoría 1: Visión de la muerte	86
4.4.2. Categoría 2: Sentimientos frente a la muerte	94
4.4.3. Categoría 3: Actitud hacia la muerte	99
4.5. Objetivo 3	103
4.5.1. Categoría 1: Percepción del ambiente	103
4.5.2. Categoría 2: Relación con el ambiente	106
4.5.3. Categoría 3: Organización del trabajo	108
4.5.4. Categoría 4: Influencia del ambiente en la persona	112
4.5.5. Categoría 5: Lazos de amistad	113
5. Conclusiones	116
6. Referencias	128
7. Anexos	136
7.1. Guión para primera entrevista	136
7.2. Guión para segunda entrevista	137
7.3. Guión para grupo focalizado	138
7.4. Consentimiento informado para entrevistas individuales	139
7.5. Consentimiento informado para grupo focalizado	140

Introducción

En los equipos de salud en la actualidad existe una sobre exigencia constante, en el sentido de que deben resguardar no solo aspectos físicos de sus pacientes sino que hoy en día se deben cumplir funciones relacionadas a educarlos en el tratamiento y responder a demandas emocionales de los pacientes (Lázaro y Gracia, 2003). Lo que puede generar una sobrecarga relevante en el trabajador de salud, derivada muchas veces del roce con el sufrimiento de sus pacientes (Acinas, 2011; Hiriart y Olivares, 2006).

A esto se le debe sumar el hecho de que no existe una preocupación real en Chile por el auto cuidado del trabajador de salud, lo cual se contrasta con las cifras de problemáticas de salud mental en este país (Jiménez y Radiszcz, 2012), convierten a estos trabajadores en una población de riesgo de padecer problemas de salud mental (Díaz y Mauro, 2012).

Los trabajadores de hemodiálisis son aún más proclives a padecer estos problemas, en primer lugar porque las características del tratamiento obligan a entablar una relación cercana y con una larga duración en el tiempo (MINSAL, 2006), además de trabajar con pacientes que presentan altos índices de depresión producto de su mismo estado de salud (Orellana y Munjía, 2008). Por ende, los trabajadores de salud que atienden a pacientes hemodializados corren más riesgo de tener transferencias emocionales producto de la cercana relación con sus pacientes, y sumado a eso, estas transferencias emocionales serían aún más peligrosas por las características de los pacientes a los cuales atienden.

La presenta investigación tiene como finalidad sistematizar la vivencia de estos trabajadores, la cual es poco conocida por la población general, e identificar algunos factores particulares de riesgo, además de conocer cómo se desarrolla una relación con los pacientes con las características particulares del pacientes de hemodiálisis.

La investigación uso una metodología cualitativa para conseguir su objetivo, adoptando un diseño de diamante y usando principalmente técnicas narrativas,

intentando homologar lo más posible las entrevistas diseñadas a un dialogo cordial, para que de esta forma las entrevistadas entregaran datos lo más fidedignos posibles.

La muestra consistió en un total de 9 trabajadores de salud, que participaron en diferentes entrevistas o fueron parte de un grupo focalizado. Todos ellos compartieron el mismo equipo de trabajo entre los años 2006 y 2013 aproximadamente, y 4 de ellos aún continúan trabajando en un centro de diálisis privado de la ciudad de Chillán. Todas las personas entrevistadas residen en la actualidad en la comuna de Chillán, y han trabajado acá durante los últimos años.

El análisis de los datos recogidos se realizó a través de un análisis de contenido, descubriendo las principales categorías que ayudaran a comprender sus vivencias. Finalmente se expondrán los resultados en detalle, con las citas correspondientes que llevaron a generar las conclusiones.

Para conseguir el objetivo general, la vivencia de trabajar con pacientes crónicos sometidos a hemodiálisis fue dividida en tres objetivos específicos que van en pos de describir aspectos relevantes de la vivencia y que la constituyen como tal.

El primer aspecto es el vinculo laboral que se genera con los pacientes y que tiene características especiales en el caso de este contexto pues es una relación a largo plazo que obliga a verse con una regularidad constante, lo que ayuda la formación de lazos cercanos entre paciente y tratante.

El segundo aspecto es la vivencia de muerte de los pacientes, puesto que en base a la relación particular que se genera, la muerte de los pacientes debe tener características diferentes a los de otros trabajos en salud. Además, es una experiencia por la que pasa repetidamente en el trabajo de hemodiálisis según lo indican las tasas de mortalidad de pacientes con problemas renales.

Por último, se le da importancia a la vivencia del trabajo en equipo y el ambiente que se genera, pues en ninguna actividad laboral debe ser dejado el aspecto social que involucra.

1. Presentación del problema

1.1. Planteamiento del problema

La salud mental en Chile es un tema poco tratado en la contingencia nacional, lo que es demostrado en que el porcentaje de inversión del estado en salud mental es el más bajo de la OCDE. Esto se traduce en problemáticas que alcanzan un carácter epidemiológico propio de los países en desarrollo (Jiménez y Radiszcz, 2012), muestras de ello es, por ejemplo, que desde el año 2008 los trastornos emocionales y del comportamiento son la principal causa de licencias médicas en Chile, llegando el año 2010 a representar el 14% de todas las licencias solicitadas en el Fondo Nacional de Salud (Díaz y Mauro, 2008).

En cuanto a las cifra de depresión, estas presentan una fuerte comorbilidad con insuficiencias renales u otras patologías que requieran tratamiento de hemodiálisis crónica (Orellana y Munjía, 2008; Sánchez, Montejo y Lorcha, 2006), relacionado en parte a que el propio tratamiento con hemodiálisis puede deteriorar la calidad de vida en las personas al interferir en los roles sociales, provocar discapacidad o produciendo una sensación en la persona de incapacidad y dependencia (Gómez y Borquez, 2012). Estos pacientes son acompañados en su tratamiento constantemente por un equipo de trabajo con el cual se establece una alianza, equipo en el cual las capacidades de empatía y compasión son vitales para poder realizar su trabajo, pero que generan a la vez una capacidad para verse afectados por la misma relación (Acinas, 2011). Sumado a esto, existen bajos niveles de recuperación de la enfermedad, siendo prácticamente la única posibilidad de cura en la actualidad el trasplante renal (Orellana y Munjía, 2008; Gómez y Borquez, 2012), posibilidad que en Chile es bastante baja debido a la baja cantidad de donantes en el país, siendo solo el 2% de las personas que mueren posibles donantes, agravándose aun mas la situación si se toma en consideración que entre 2012 y 2013 la cantidad de donantes se redujo en más de un 30% (Coordinadora nacional de trasplantes, 2013). Toda esta situación genera en los

tratantes una sensación de frustración e impotencia al ver que solo pueden desempeñar cuidados paliativos (Epele, 1994), encontrándose con la muerte más seguido que en otras áreas de la medicina (Gómez y Borquez, 2012).

A la vez, la sociedad actual le otorga un rol a los cuidadores y trabajadores de salud con cada vez más responsabilidades, no solo encargándose actualmente de los cuidados propios relativos al cuerpo sino también exigiéndoseles entregar contención emocional a las personas y responder a las demandas que estos les entreguen (Kübler-Ross, 1972; Lázaro, y Gracia, 2003; Rodríguez, 2010; Rodríguez, 2008; Sosa, 2010). Esta nueva forma de trabajar en la salud repercute en las personas en el sentido de que genera exigencias que en muchas ocasiones pueden ser desmedidas y limitar la capacidad de otorgar un buen servicio a los pacientes (Hiriart y Olivares, 2004).

Esto origina la necesidad de sistematizar su vivencia con el fin de vislumbrar los principales ejes a los cuales guiar las estrategias de cuidado de los trabajadores/as de salud, con el fin de reducir los síntomas del desgaste laboral, lo que traería diversos beneficios tanto para los prestadores/as de salud como para los usuarios/as (García-Huidobro, Sprongle y Sapag, 2008), otorgando un conjunto de características que vayan en pos de facilitar el buen desempeño y prevenir o paliar el estrés laboral (Acinas, 2011).

A la vez, los cuidados médicos de los pacientes se realizan a través de equipos multidisciplinarios que requieren comunicación constante entre los diferentes integrantes de la organización de trabajo (López, 2007; Hiriart y Olivares, 2004). Por lo que la detección de posibles dificultades, o más bien la descripción de las cualidades de estos grupos de trabajo puede resultar de una gran utilidad en la búsqueda de un mejoramiento de la calidad de los cuidados de salud (Hiriart y Olivares, 2004).

Los grupos de hemodiálisis, a su vez, son una población particularmente vulnerable a la transferencia emocional por la relación con los pacientes. Las características principales de este tratamiento es que debe ser efectuado de por

vida y con una regularidad de día por medio (MINSAL, 2006), lo que origina que las personas al tener una relación más regular generen lazos de amistad con los pacientes que aumentan la involucración emocional frente a problemas de salud o a la muerte de ellos. La esperanza de vida, a la vez, se reduce considerablemente cuando existe presencia de enfermedades renales, por lo que la muerte de los pacientes es una posibilidad concreta por la que se pasa en varias ocasiones cuando se trabaja en equipos de hemodiálisis.

1.2. Justificación

En la actualidad las cifras de problemas de salud mental en Chile han alcanzado niveles alarmantes, y se estima que podrían seguir en aumento (Jiménez y Radiszcz, 2012). Este problema va de la mano también con un problema global en la salud en Chile, donde no existe una preocupación de fondo por la salud mental de los trabajadores, lo que se visualiza en la ausencia de políticas de gobierno que vayan en pos de proteger la integridad emocional de personas que trabajen en labores con riesgo de padecer problemas psicológicos y emocionales.

Los grupos de trabajo en salud, y más específicamente los grupos de trabajo en hemodiálisis, conforman una población de riesgo si nos basamos en las diferentes teorizaciones que afirman que el roce constante con el sufrimiento físico y emocional de otras personas genera transferencias emocionales fuertes, que pueden desembocar en problemas ya sea estrés laboral (Gómez, 2000; Expósito, 2008) o consecuencias emocionales derivadas de un proceso de empatía con los pacientes (Acinas, 2011). Como se explicaba previamente, la población de trabajadores en hemodiálisis permite ser un buen parámetro para revisar las características del trabajo con pacientes y como lo vive la persona que los trata, pues es un trabajo que por sus cualidades da pie para que se produzca una relación entre paciente y tratante más profunda que la que se produce en otras áreas del sector salud, a la vez, mantiene la calidad de que la vida de la persona

depende del trabajo que realice la persona que lo trata, por lo que es relevante revisar los efectos de esa responsabilidad en la vida laboral de la persona (MINSAL, 2006).

El proyecto de investigación presenta una relevancia disciplinaria importante, dado el uso que podría otorgársele a los resultados de la investigación, con el fin de tener una idea sobre las necesidades de auto cuidado en trabajadores de la salud, específicamente del área sobre la cual gira esta investigación, lo cual puede servir para trabajo en consultorios o clínicas privadas, dados los importante beneficios que acarrea reducir el desgaste laboral en los grupos de salud, tanto para los trabajadores como para los usuarios (García-Huidobro, Sprongle y Sapag, 2008).

En cuanto a lo metodológico, se considera relevante la comprensión de una población poco estudiada dentro del ámbito de los estudios psicológicos con trabajadores de salud, pues la relación con los pacientes generalmente es evaluada en tratamientos a corto o mediano plazo, y en muy pocas ocasiones se tiene la oportunidad de evaluar una relación clínica a un plazo tan largo como la del presente estudio.

1.3. Preguntas de investigación

1.3.1. Pregunta primaria de investigación

¿Cómo vivencian el trabajar con pacientes crónicos sometidos a hemodiálisis un grupo de trabajadore/as de la salud de la comuna de Chillán?

1.3.2. Preguntas secundarias de investigación.

¿Cómo se desarrolla el vínculo laboral con los pacientes?

¿Cómo se vivencia la muerte de los/as pacientes?

¿Cómo se desarrollan las relaciones entre los trabajadores/as en el trabajo con pacientes terminales?

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo general

- Reconstruir la vivencia del trabajar con pacientes terminales sometidos a hemodiálisis de un grupo de trabajadores de la salud de la comuna de Chillan.

1.4.2. Objetivos específicos

- Comprender el desarrollo del vínculo laboral con los pacientes
- Analizar la vivencia la muerte de los/as pacientes desde el punto de vista del trabajador/a de salud
- Caracterizar las relaciones entre los trabajadores/as en el trabajo con pacientes terminales.

2. Marco referencial

2.1. Antecedentes teóricos

2.1.1. La vivencia de la relación clínica

La vivencia se comprende no solo como el acto de la experiencia en sí, sino como el conjunto de actos a través de los cuales la conciencia aprehende los objetos a través de actos denominados fenómenos (García, 2000).

La vivencia del trabajo médico a demás esta mediada por una base bioética que va más allá de la propia ética de la disciplina, sino que está relacionada con los valores surgidos de la relación con el paciente (Rodríguez, 2008).

De esta forma, la relación entre el trabajador de salud y el paciente está determinada por algunas características particulares como son:

a) Respeto y confianza al enfermo: dada la condición del enfermo es el profesional quien se hace responsable de diferentes valores tales como la confidencialidad, respeto a la intimidad o a la información (Gajardo y Lavados, 2010).

b) Respeto y confianza mutuos: este requisito no siempre se cumple debido a una evolución sociocultural que exige mayor responsabilidad al paciente en su auto cuidado (Gajardo y Lavados, 2010).

c) Respeto a la autonomía del paciente: el paciente debe tener la capacidad de tomar las decisiones respecto a su tratamiento, para lograr esto requiere ser informado lo mejor posible respecto a su proceso (Gajardo y Lavados, 2010).

Este último punto, referido a la autonomía del paciente, ha ido en amplio aumento con el correr de los años, a medida que se comprende la posibilidad del paciente de tomar decisiones sobre su tratamiento, lo que le otorga un rol protagónico en la relación clínica y obliga al tratante a entregarle la mayor cantidad de información posible para que el paciente tome una decisión informada (Guajardo y Lavados, 2010; Lázaro y García, 2006).

Las relaciones médicas y de salud en general, están marcadas en la época actual por la creciente tendencia a visualizar al sujeto en la globalidad de su condición humana, tendencia que se viene generando desde mediados del siglo XX, donde se origina una verdadera “rebelión del sujeto”, obligando a los médicos a incluir en su pensamientos aspectos sociales, psicológicos y biológicos de la figura del enfermo (Lázaro y García, 2003; Entralgo, 1967; Rodríguez, 2000). De esta forma, dentro de los consultorios y hospitales surge la necesidad de tomar en consideración los diferentes factores que se encuentran interviniendo en el malestar de la persona. Por lo que desde el punto de vista psicológico, la importancia de la relación médico-paciente radica en la visión de la persona como un ser integral e inseparable de lo psíquico, que vive en un medio ambiente con el que debe relacionarse (Rodríguez, 2000).

Esta situación, a la vez, aumenta considerablemente las responsabilidades que recaen sobre los trabajadores de salud, que han visto incrementando ampliamente su campo de acción en los últimos años (Amaro, 2005; Grau y Hernández, 2005), lo que lleva consigo una mayor responsabilidad ética a la hora de resguardar el estado de salud del enfermo, se le debe ayudar a comprender su enfermedad, sus reales necesidades y promover en él las actitudes necesarias para llevar a cabo su tratamiento.

Además, no se puede dejar de lado el marco social dentro del que está inserto el concepto de salud-enfermedad, que influye inevitablemente en los lineamientos que determinan la relación enfermo-tratante al asumir roles y status específicos a cada uno de los participantes en esta interacción (Entralgo, 1967). Este marco social se concretiza de manera más efectiva en las instituciones, entendiendo

estas como “los sistemas de normas que rigen la coactividad de los actores” (Rodríguez, 2007, p. 138).

A lo largo del tiempo se ha abandonado la idea de la relación entre médico-enfermo como principal punto de referencia de la práctica sanitaria, dando paso al concepto de “relación clínica” (Gracia, 2010), el cual abarca la relación de la persona con todos los funcionarios de salud que participan en su tratamiento. Esta “relación clínica” siempre cuenta con componentes técnicos y componentes humanos (Borrell, 2007), estos últimos elementos permiten clasificar, a grandes rasgos, a la relación clínica en tres tipos: la relación paternalista, la relación oligárquica y la relación democrática (Lázaro y Gracia, 2003; Entralgo, 1967).

La relación paternalista es aquella que se desarrolla de manera vertical y asimétrica, en la cual el profesional de salud mantiene el control de la información y de las decisiones, otorgando un servicio principalmente de beneficencia hacia el usuario y teniendo una visión de este como un ser indefenso y sin voluntad que requiere valerse de la sabiduría de un tratante experto (Lázaro y García, 2003; Entralgo, 1967).

La relación oligárquica es aquella relación en la cual el paternalismo no proviene de una persona en particular, sino que es efectuada por todo el equipo sanitario. Se mantiene en este tipo de relación la verticalidad y la asimetría, siendo el paciente un elemento pasivo en su tratamiento. Este tipo de relación origina conflictivas provenientes de las distintas visiones de los profesionales que dan atención, pero a la vez tiene la ventaja de que los tratamientos son más abarcativos pues se observa a la persona desde diferentes perspectivas (Lázaro y García, 2003; Entralgo, 1967).

Por último, la relación horizontal es aquella en la que las decisiones se toman a través de un proceso en el que participan tanto el equipo médico como los enfermos tratados, donde existe una comunicación directa y el paciente es libre de decidir y participar en forma activa en su tratamiento. Las relaciones de poder en

este tipo de relación son horizontales y reivindican el derecho a la autonomía por parte de los usuarios (Lázaro y García, 2003; Entralgo, 1967).

El bioeticista Mark Siegler (1997) afirma que en la actualidad está ocurriendo el paso a la era de la burocracia en las relaciones clínicas, lo que lleva consigo una serie de obligaciones en la práctica de salud, tales como contener los gastos y administrar eficientemente los recursos con los que se cuentan, analizar en un marco social el riesgo-beneficio de cada intervención clínica y equilibrar los deseos y necesidades de la persona con la justicia social de la comunidad a la cual pertenece. Estas diferentes obligaciones marcan un tipo de relación particular y le añaden una carga extra al trabajador de la salud, puesto que añaden una multiplicidad de factores intervinientes los cuales van condicionando el diálogo y el trabajo clínico en general (Lázaro y García, 2003; Entralgo, 1967; Rodríguez, 2008; Siegler, 1997).

Las relaciones son entendidas como aquellos aspectos psicosociales dependientes del rol que se está desempeñando (Watzlawick, Beavis y Jackson, 1967 en Minuchin, 1974), entendiendo el rol como las actitudes y conductas de la persona ligados a la posición que ocupa dentro de un determinado grupo (Pichón-Riviere, 1995). De esta forma las relaciones pueden ser entendidas como complementarias, simétricas y paralelas.

En las relaciones complementarias (Minuchin, 1974), existe una diferencia en el control de la situación, donde el equipo de salud adopta una actitud paternalista u oligárquica (Lázaro y Gracia, 2003; Entralgo, 1967) y ejerce un dominio sobre el paciente. Estas relaciones tienden a ser eficientes, estables y predecibles pero restan autonomía a la persona con menor grado de poder (Insúa, 1985).

En las relaciones simétricas no existe desigualdad de poder, tendiendo a la cooperación mutua y repartiendo el control de la situación en parte equitativas (Insúa, 1985).

Por último las relaciones paralelas son aquellas en las que cada persona carga con determinada parte de la responsabilidad, sin que hayan choques de poder o

dificultades en el control de determinadas situaciones, evitando de esta forma malos entendidos o conflictos directos. Este tipo de relación no se da en la relación clínica directamente, pero es lo más frecuente en los distintos profesionales que conforman un equipo multidisciplinario (Insúa, 1985).

King (1981) afirma que en la relación se produce un encuentro entre dos personas en el cual las diferentes percepciones de uno y otro chocan entre sí, generando determinados juicios que desencadenan acciones ya sean verbales o no verbales. Estas acciones, a la vez, van generando diferentes percepciones, en un proceso que dura tanto como dure la relación clínica. Este proceso a la vez, se ve influido por factores personales tanto del(a) tratante como del(a) enfermo(a) además de factores intervinientes provenientes del ambiente.

De la Psicología Social y de la Comunicación también es posible identificar la forma como se aborda la relación clínica, principalmente a nivel de las interacciones que se desarrollan. De esta forma, diferentes autores hablan de la comunicación como elemento primordial del ser humano dentro de la cual se identifican tres modalidades (Insúa, 1985), interpersonal, intrapersonal y social. De esta forma se comprende la comunicación médico-paciente como un proceso multidimensional.

En Chile, el estudio de relaciones humanas y trato al público en el Servicio de Salud Metropolitano (MINSAL, 1990), determinó que las malas relaciones entre equipos de salud y los usuarios del servicio son causantes principales de la percepción de la mala calidad de los servicios de atención primaria, resultando de esta manera una especie de diálogo conflictivo que acaba afectando a cada una de las partes que participan en la relación (Domínguez, 1992).

Se describían en aquel estudio actitudes tales como la despersonalización, distancia afectiva, frialdad en el trato, etc., por parte de los integrantes de los equipos de salud, lo que se interpreta como defensas psicológicas poco sanas respecto a los conflictos institucionales, derivados principalmente de una fuerte

diferencia entre la oferta de Atención Primaria y la demanda de esta por parte de la población (Domínguez, 1990).

Son múltiples los factores intervinientes que terminan incidiendo en mayor o menor medida en la calidad de vida profesional, la cual es el resultado entre la comparación de las demandas del ambiente laboral y las capacidades percibidas para hacerles frente (García Sanchez, 1993; Fernández, Santa Clotilde y Casado, 2007; Herrera y Cassals, 2005; Rodríguez, 2010). Este concepto guarda directa relación con la satisfacción laboral, que se define como el estado emocional placentero que surge de la percepción positiva del sujeto en referencia a su propio trabajo, en el cual la carga laboral está en un estado de relativo equilibrio con sus capacidades (Entralgo, 1967; Varella-Centelles, 2004). La calidad de vida profesional es un concepto amplio y heterogéneo que engloba de manera efectiva los elementos provenientes directamente del ambiente de trabajo con los aspectos personales que puedan estar afectando el rendimiento en determinado momento (Sosa, 2010; Herrera y Cassals, 2005), puesto que se ha demostrado que ambos factores son incidentes en la percepción del bienestar subjetivo de la persona dentro del sistema organizacional, incidiendo directamente en su salud mental.

A la vez, la calidad de vida laboral de la persona es importante en términos organizacionales, puesto que el ser humano no busca en el trabajo solamente materiales y económicas, sino también debe proporcionar un ajuste psicológico y social (Herrera y Cassals, 2005; Dejours, 2009). Y más aún en el caso del trabajador de salud, puesto que es un tipo de trabajo particularmente susceptible al estrés laboral (Rodríguez, 2010) que además, en el caso de Chile, representa enfrentarse a una serie de trabas que dificultan que la percepción subjetiva de la tarea realizada sea positiva (Dominguez, 1992; Rodríguez, 2010).

En la relación clínica, la posición y roles de cada una de las personas (Lázaro y Gracia, 2003) participantes juega un papel fundamental, por lo general el enfermo pone al profesional de salud en una posición de superioridad respecto a él debido a sus conocimientos (Rodríguez, 2008; Entralgo, 1967), esto determina en muchas

ocasiones su conducta, tendiendo a ser demasiado pasivo o demasiado hostil, producto de las inseguridades que la relación le genere.

En este sentido, es esencial la posición que el tratante adopte al respecto, la cual en ocasiones consiste en asumir esta posición de superioridad y considerarse con mayor control respecto al paciente (Rodríguez, 2008). El tratante en general debe manejar con bastante tacto y respeto la posición en la cual el enfermo se ubique a sí mismo, promoviendo su autonomía y recordando su rol en el tratamiento.

Los factores emocionales también juegan un rol relevante, debido a que la relación clínica obliga al tratante a dejar de lado sus problemas personales y enfocarse en las demandas del paciente, el cual por múltiples factores tales como edad, la enfermedad o el carácter de esta, tiende en muchas ocasiones a adoptar una actitud de hostilidad por parte del enfermo a las personas que se encargan de sus cuidados (Rodríguez, 2008).

La comunicación representa un elemento vital para la relación clínica, sobre todo en la época actual en la que se vuelve necesario conocer los elementos del entorno de la persona para lograr un trabajo más efectivo en la red comunitaria (Blasquez, Ruiz y Gutierrez, 2009).

La percepción del apoyo social constituye a la vez una variante de apoyo que sirve para reducir los niveles de estrés y morbilidad de problemas mentales tanto para los pacientes como para los profesionales tratantes (Barra, 2004), sirviendo como factor protector y cumpliendo una función emocional en el sentido de los cuidados personales, informativa en el sentido de la comunicación requerida para reducir la sobrecarga e instrumental en el sentido de facilitar las herramientas necesarias para el funcionamiento. A la vez, más que el apoyo social recibido o existente objetivamente es un mejor predictor de cuanto servirá para reducir el estrés la percepción subjetiva del apoyo recibido.

2.1.2. La muerte en la relación clínica

La muerte constituye un evento estresante de por sí tanto para la persona en estado crítico, como para sus familiares y sus profesionales tratantes (Kübler-Ross, 1972; Martín, 2003; Hernández, 2006; Benavente, 2006). A la base de ello está el hecho de que los seres humanos no concebimos la posibilidad de una muerte por causas naturales, dado que la muerte de por sí es inconcebible para la persona misma, por lo que siempre se realiza la asociación mental de la muerte como un hecho perturbante y/o aterrador, atribuyéndole causalidad externa (Kübler-Ross, 1972).

Distintas teorizaciones respecto a la muerte permiten diferenciar las posturas filosóficas respecto a esta en dos principales ejes, por un lado la muerte puede ser vista como un hecho arbitrario que se nos impone más allá de nuestra voluntad o como un hecho que contiene una función selectiva oculta y que tiene una utilidad en la evolución de la vida (Hernández, 2006).

Más allá de la postura filosófica, la muerte como proceso genera en la persona y en las que lo acompañan sentimientos de ira y cólera, los cuales a menudo son disfrazados o reprimidos, manifestándose de otras maneras y prolongando el periodo de dolor que provoca (Kübler-Ross, 1972).

A pesar de que el temor a la muerte es considerado un elemento universal e inherente todas las culturas (Kübler-Ross, 1972). La actitud que desemboque depende en buena medida de los elementos culturales de la sociedad en la que se está inserto (Hernández, 2006), en la sociedad occidental existe aún una fuerte tendencia a tratar la muerte como un tema tabú, evitando activamente hablar de ella incluso por parte de las personas en fases terminales e intentando llevar las posibilidades de recuperación hasta las últimas consecuencias. En el caso particular de la realidad chilena, el correr de los años la experiencia de la muerte se ha ido convirtiendo en un hecho cada vez menos familiar y/o social y más médico y/o biológico (Benavente, 2006; Martín, 2003).

Más allá de lo filosófico y lo sociológico, los aspectos religiosos determinan muchas veces la actitud que la persona muestra en la muerte cercana tanto de sí mismo como de otras personas. La religión cumple tres funciones fundamentales: satisfacer la curiosidad natural de la persona por saber, calmar la angustia que se siente frente a las dificultades de la vida y la ignorancia sobre el destino y marcar pautas de comportamiento básicas (Muriá, 2000). Además, la idea de la inmortalidad del alma posterior a la muerte física, dota de sentido al dolor y el sufrimiento actual y proporciona esperanza a las personas en situación crítica (Kübler-Ross, 1972).

Los avances en tecnología médica han convertido la muerte en un proceso que poco a poco se ha ido mecanizando y deshumanizando más, trasladando a la persona a los hospitales y buscando mecanismos para alargar su tiempo de vida al mayor que sea posible. Esto ha traído como consecuencia el arrebató de la persona de su ambiente familiar, por lo que el proceso de morir se vivencia en un lugar ajeno al acostumbrado y alejado de familiares y personas de confianza, lo que podría significar en el paciente una carga importante de ansiedad y desembocar conductas muchas veces de rechazo hacia el tratamiento y hacia las personas que lo llevan a cabo (Kübler-Ross, 1972).

Los profesionales de salud en muchas ocasiones le quitan al paciente el derecho a opinar sobre su tratamiento, sobre su condición o sobre los pasos a seguir, teniendo una nula comunicación propia de la despersonalización habitual generada en ambientes rodeados de alto estrés laboral (Kübler-Ross, 1972).

La experiencia de la muerte en el paciente puede desencadenar diferentes actitudes y emociones en el profesional de salud, expresándose como sentimientos más frecuentes la ansiedad, el miedo y la depresión (Maza, Zabala y Merino, 2008). Cuando el médico puede detectar la cercana muerte del paciente, son comunes tres actitudes (Epele, 1994):

- a) Proseguir la terapia simulando la posibilidad de un restablecimiento. Esta actitud genera un vinculo directo entre la muerte y el accionar medico que puede generar una sobrecarga de ansiedad en el personal.
- b) Evitar el contacto con el paciente otorgando mínima asistencia, asumiendo la imposibilidad de sanación.
- c) Otorgar cuidados paliativos, intentando mejorar las condiciones en las que los pacientes fallecen.

2.1.3. Salud mental del trabajador de salud

Desde diversas disciplinas se han realizado estudios que intentan explicar relaciones de causalidad entre el trabajo y ciertas patologías de salud particulares. Este paradigma busca encontrar una explicación biológica a los problemas, pero las relaciones entre salud y trabajo se encuentran moldeadas por los factores institucionales, los cuales canalizan las relaciones laborales (Parra, 2001). Estos factores institucionales, tales como la sobrecarga en los horarios de trabajo, las condiciones materiales para desempeñarlo o la retribución económica por la labor, entre muchos otros, determinan una experiencia particular la cual puede apreciarse en buena medida en las relaciones laborales, que pueden servir como factor pre disponente, precipitante o protector para los problemas de salud mental, según sea el caso (Parra, 2001).

El trabajo en general es un factor que puede favorecer bastante la salud mental de la persona puesto que enriquece y favorece el sentido de identidad de las personas (Trucco, 2004; Mur de viu y Maqueda, 2011), pero para que la actividad laboral de las persona sirva como factor protector de su salud mental es necesario que se desarrolle con ciertas condiciones determinadas, principalmente que sea capaz de proveer el sustento suficientes para que la persona satisfaga sus necesidades básicas, que se realiza bajo las condiciones adecuadas de seguridad

tanto física como psicológica, que se desarrolle dentro de un clima laboral adecuado, que se gratifique por las labores bien realizadas y que contribuya al desarrollo de las potencialidades de la persona (Trucco, 1998).

Específicamente en el ámbito de la salud, existe una fuerte preocupación por los efectos negativos del clima laboral en el estado mental de los trabajadores y en la incidencia que esto tenga en la recuperación de los pacientes. Esto dado que se considera a la salud mental como un requisito fundamental para el desempeño de los roles del trabajadores de salud en la relación clínica, puesto que incide directamente en la funcionalidad de la persona (Rodríguez, 1967). Además, el trabajo con personas enfermas implica sobrecarga emocional, proveniente del contacto directo con el dolor, los temores, la pérdida afectiva, etc. (Sanchez y Mora, 2009). En muchas ocasiones, la condición de enfermedad no responde simplemente a dificultades a nivel biológico o psicológico, sino que es una respuesta a situaciones sociales que se vuelven intolerables y que obligan a la persona a buscar una respuesta de evasión al problema. La privación material, por ejemplo, es un factor que aumenta considerablemente la vulnerabilidad de las condiciones laborales y con ello aumenta las posibilidad de enfermedad mental en el ambiente laboral (Mur de viu y Maqueda, 2011).

Un modelo útil para entender el riesgo psicosocial por el que pasan los trabajadores de salud es el de Karazek (2001), el cual divide el trabajo en tres dimensiones principales (Díaz y Mauro, 2012):

- a) Demanda psicológica: dentro de lo cual se engloban todas las exigencias psíquicas relacionadas al trabajo en sí, tales como las responsabilidades, los horarios, la complejidad de las labores a realizar, etc.
- b) Latitud decisional: dentro de lo cual se comprende el control que tenga el trabajador frente a la labor que debe realizar, no en lo referente a controlar a otras personas, pero sí al control sobre las decisiones y las acciones a realizar. Dentro de esta dimensión también se toma en consideración la capacidad que tiene el trabajador de poder expresarse y desarrollar sus capacidades.

- c) Soporte social: referido a la integración y las relaciones interpersonales tanto con los compañeros de labor, como el apoyo de los superiores. Es un factor determinante en el equilibrio emocional, pues tiene la capacidad de magnificar o menguar el estrés emocional que se viva en el trabajo, dependiendo de si la red de apoyo es placentera y satisface las necesidades de la persona.

Este modelo afirma que si el factor de demandas psicológicas es percibido como altamente demandante y la latitud decisional no permite un adecuado control de las acciones a desempeñar ni una posibilidad alta de desarrollarse profesionalmente, es muy probable que surjan factores negativos asociados al trabajo como sentimientos depresivos, angustias, ansiedades, etc. (Karasek, 2001; Díaz y Mauro, 2012).

También se afirma que cuando las exigencias son altas, pero la capacidad de control también es adecuada, se produce un aprendizaje activo de las labores, dándole una connotación positiva y un alto grado de satisfacción con el trabajo. Cuando se da esta situación, las consecuencias psicológicas del trabajo parecerían ser mínimas, poniéndose en relieve las satisfacciones que genera (Karasek, 2001; Díaz y Mauro, 2012).

Los trabajos que mayor riesgo de enfermedad presentan son aquellos en que las demandas son alta, el control es escaso y el apoyo social también es escaso, puesto que como se explicaba anteriormente, el soporte social es una dimensión que determina en gran parte la capacidad que tendrá la persona para soportar sus labores. En caso de sentirse apoyada, y de sentir un grato ambiente de trabajo, será más capaz de asumir las demandas de la organización y tolerará de mejor manera las pocas posibilidades de auto superación que le ofrece (Díaz y Mauro, 2012)

2.1.3.1. El estrés en el trabajador de salud

Peiró (1992) señala que el estrés es un factor que puede resultar adaptativo en la medida que contribuya a su supervivencia y al desempeño eficaz de sus labores.

Diversos estudios resaltan la presencia de un sistema de trabajo deteriorado producto de la baja moral y el alto nivel de estrés por parte de los trabajadores de los equipos de salud (Dominguez, 1990; Melita, Cruz y Merino, 2008; Sandoval, Sanhueza, Borjas, Gonzales, Odgers y Najafzadeh, 2006), situación que genera en los trabajadores la sensación de recibir poco a cambio de un gran esfuerzo y desencadena que se produzca un alto número de licencias médicas, rechazo al trabajo en equipo y relaciones conflictivas dentro del ambiente laboral.

La labor de enfermería, y en general, de los equipos de salud es un ambiente constantemente marcado por la presencia de estrés laboral. Este estrés laboral puede provenir de diversas fuentes clasificables en dos: aquellas fuentes provenientes de la alta implicación emocional que va de la mano con estos tipos de trabajo, y por otro lado, aquellos relacionados directamente al tipo de organización del trabajo (Artazcos, Cruz, Moncada y Sanchez, 2011). Los estudios señalan que los principales factores de sobrecarga de estrés son compartidos y se señala como la principal a la sobrecarga de trabajo (Diaz y Mauro, 2012).

A la vez, está comprobado que los niveles de estrés afectan directamente la calidad de los cuidados que se otorgan a los pacientes (Meza, 2009), expresándose muchas veces en síntomas como depresiones, ansiedad ante la muerte o neurosis entre moderada y leve.

En los estudios actuales tiende a predominar un enfoque transaccional del estrés, según el cual este se genera producto de una interacción entre la persona y su contexto (Rivera, Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana, 2003). Más específicamente el estrés puede ser definido como “una relación particular entre el

individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986:3).

La forma de afrontar el estrés laboral por lo general es de una forma dañina, ya sea a través de ausentismo laboral, desencadenamiento de determinados problemas mentales o conductas adictivas dañinas tales como tabaquismo y alcoholismo (Rivera, Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana, 2003).

Todos estos elementos pueden desembocar en un cuadro marcado por pérdida de autoestima, desgaste emocional severo y otros síntomas, el que se conoce como síndrome del quemado o *burnout* (Melita, Cruz y Merino, 2008; Gomez, 2000, Expósito, 2008; Rivera, Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana, 2003), que se produciría principalmente por tres razones: la transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes lo atienden, la repetición de situaciones conflictivas y la incapacidad para dar de sí mismo, lo que puede incapacitar al profesional para realizar su tarea (Expósito, 2008).

Según explica Maslach (1982) el síndrome de *burnout* se da en tres dimensiones características: cansancio emocional, lo que desemboca en una pérdida de recursos para afrontar el trabajo; despersonalización, caracterizada por el desarrollo de actitudes negativas a los receptores del servicio; y disminución de la realización personal, con una fuerte tendencia a evaluar el propio trabajo de manera negativa.

2.1.3.2. La empatía en el trabajador de salud

Al igual que el síndrome de *burnout*, otra consecuencia en el trabajo con grupos clínicos de cuidados paliativos es el desgaste por empatía, definido como “la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren” (Acinas, 2011:8). De esta forma, los trabajadores de salud no solo deben enfrentar el estrés y ansiedad predominante en su trabajo, sino también con

los sentimientos y emociones que les produce el roce constante con el sufrimiento de sus pacientes (Acinas, 2011).

El concepto de empatía es definido desde muchas corrientes psicológicas, destacando a Carl Rogers (1985) quien definió la comprensión empática como “la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos”. De esta forma, la empatía dentro del contexto del trabajo en salud se entendería más bien como la capacidad de comprender de manera adecuada las necesidades del paciente comunicadas de manera verbal y no verbal, y ser a la vez capaz de responder a estas demandas de una manera efectiva y saludable (Sanchez y Mora, 2009; Moreno y Jordan, 2007). De esta capacidad dependerá en gran medida la relación que se establezca con el paciente y la distancia emocional que se mantenga respecto de sus necesidades.

La concepción teórica del concepto comprende tres dimensiones (Sánchez y Mora, 2009): la toma de perspectiva, entendiendo esto como la forma de comprender afectivamente las necesidades del paciente y adoptar una manera particular de responder a eso; la compasión, relacionada con la comprensión de las dolencias emocionales que puedan estar relacionándose a las dolencias físicas; y la capacidad de ponerse en el lugar del paciente, en el sentido de entender la importancia de la interrelación del paciente con su familia y ver las cosas desde la perspectiva de ellos a pesar de determinadas diferencias de opinión o ideológicas.

El desgaste por empatía está caracterizado por tres grupos de síntomas, coincidentes a los ejes del estrés postraumático: Re experimentación del conflicto, evitación y embotamiento psíquico e hiperactivación o *hiperarousal*. Consecuencias resultantes del enterarse de un evento traumático experimentado por un otro significativo (Acinas, 2011).

2.1.4. Sentido del trabajo en el trabajador de salud

El trabajo es una de las actividades primordiales en la vida humana, abordando gran parte de la vida la persona y de su tiempo, en este sentido, Engels (1896) refería que el trabajo es “condición básica y fundamental de la vida humana”, llegando incluso a afirmarse que el ser humano como se le concibe hoy en día, está moldeado en gran parte por la actividad laboral (Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012; Roca, 2014).

Más allá de la búsqueda del sustento personal, el trabajo es una fuente valiosa de realización personal, socialización y por sobre todo, tiene la capacidad de producir la sensación de autovalía y superación personal (Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012; Roca, 2014), situación que en caso de los trabajadores de salud alcanza un énfasis mayor, pues las características de esta labor facilitan el desarrollo de relaciones interpersonales con las demás personas, en un aspecto tan relevante como lo es la vida de sus pacientes. La interacción que se produzca será considerada placentera dependiendo en gran medida de los resultados y de las características con las que esta haya sido vivenciada (Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012).

A la hora de evaluar esta vivencia se ponen en juego una dimensión objetiva, compuesta por elementos tales como el espacio físico, las condiciones laborales y los elementos materiales que se tengan a disposición para atender a la otra persona; y una dimensión subjetiva, constituida por los significados, creencias, actitudes, valores y modelos de acción relacionados a la práctica médica. Estas dos dimensiones son interdependiente e interactúan constantemente a lo largo de la relación clínica, poniéndose en ocasiones una en relieve sobre la otra (Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012).

En la actualidad se ha disminuido en muchos casos la sensación de placer que otorga el trabajo, viéndose reducida la satisfacción laboral en varios sectores producto de factores como el estrés laboral, las malas condiciones de trabajo y disconformidad con los sueldos (Rivera, Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana, 2003), a pesar de lo cual, el trabajo es un factor que incide considerablemente en

la calidad de vida general de la persona, pues cuando lo laboral no constituye una fuente de satisfacción para la persona, esta falta de bienestar puede traspasarse a otras áreas de la vida personal del sujeto (Roca, 2014).

Según Frese (1982), el trabajo brinda significado a la vida de las personas de varias maneras diferentes, pero destaca cuatro formas principales:

- Ayudando a cumplir necesidades vitales, puesto que el trabajo, a través de la retribución económica, brinda seguridad y permite satisfacer las necesidades básicas de la vida tales como alimentación, vivienda, vestimenta, salud, etc., a la vez que permite mantener un muchas ocasiones un status de vida que brinda satisfacción a la persona. Cuando el trabajo no logra satisfacer las necesidades básicas de la persona, esta tiende a alienarse y reducir sus esfuerzos a la mínima expresión.

- Ayudando a cumplir necesidades interpersonales, a través del trabajo con otras personas. La proximidad física con otro es una necesidad básica del ser humano, y el trabajo puede dar pie para relaciones cercana de amistad y ser fuentes de relaciones sociales placenteras. En este grupo, también es importante considerar la satisfacción que brinda es serle útil a las demás personas, brindándoles atenciones y servicios a las personas en un sentido más altruista.

- Llenar el día, pues se considera que el ocio puede ser una fuente profunda de insatisfacción personal y sentimientos de inutilidad, cuando se vuelve persistente en el tiempo. El trabajo puede generar satisfacciones al hacer sentir valiosa a la otra persona, la cual logra sentirse útil y un aporte a la sociedad.

- Identidad y expresión, pues el trabajo permite expresarse a la persona y demostrar su valía. A la vez, muchas personas tienden a identificar a si mismas y a definirse en gran medida desde su trabajo y el rol que desempeñan en el.

En el caso de los trabajadores de salud, las condiciones de trabajo son un factor determinante en la evaluación positiva o negativa de sus labores. Factores como la precarización de las condiciones de trabajo o la inestabilidad contractual con la que viven gran parte de los trabajadores de la salud en Chile inciden directamente en un sesgo negativo hacia el trabajo médico, y le restan importancia los cuidados del paciente los cuales siguen siendo el eje central sobre el cual gira el trabajo en

salud (Blanch, Ochoa y Sahagun, 2012). La organización gerencial que tienen la mayoría de los centros de salud en Chile genera también una ambivalencia en los trabajadores de salud, poniendo un conflicto de culturas (entre la cultura mercantil y la del servicio público) que es fuente de tensión para las personas que trabajan en ese ambiente.

2.1.5. Clima laboral de los equipos de trabajo en salud

La conceptualización del clima laboral es adoptada de la psicología industrial u organizacional y hace referencia a un fenómeno socialmente construido producto de la interacción entre el individuo, su grupo de trabajo y el contexto compartido por todos, que es relativamente estable en el tiempo y que desemboca determinadas conductas particulares (Perez, 2006).

Un enfoque de estudio del clima laboral que se ajusta bastante a lo planteado en esta investigación es el denominado enfoque subjetivo o perceptual (Schneider y Hall, 1972; Perez, 2006), según el cual las personas pertenecientes a la organización definen el clima laboral según sus propias percepciones, dentro de lo cual una percepción de las necesidades satisfechas y/o las metas logradas desembocaría directamente en la percepción subjetiva de un ambiente grato y adecuado. Esta percepción subjetiva del ambiente laboral no depende exclusivamente de las condiciones laborales objetivas bajo las cuales se realiza el desempeño del rol, sino que también se ve bastante mediada por factores personales, muchas veces externos a la organización, como también por las metas, proyectos e historia particulares del sujeto que experimenta la vivencia dentro de una organización determinada (Marchant, 2006).

El clima laboral, de esta forma, incluye un conjunto de variables tanto personales como organizacionales que infieren en el desempeño adecuado o no del rol, además es un elemento que se construye colectivamente a través de la interacción cotidiana, por lo que se ofrece como un certero punto de partida para

obtener una visión holística del trabajo de los grupos de salud (Perez, 2006; Hiriart y Olivares, 2004).

En cuanto al clima laboral en los equipos de salud, generalmente las tareas dentro de estos grupos se llevan a cabo a través de la división del trabajo, concebida como manera única de responder a todas las necesidades del usuario. Tal como cualquier organización, en el caso de estos equipos la productividad, o con otras palabras la calidad de la atención, aumenta en la medida que la percepción subjetiva del clima laboral sea en términos generales positiva y compartida por todos los trabajadores que integren el equipo (Hiriart y Olivares, 2004).

El clima laboral influye directamente en los comportamientos de los miembros del grupo y determina en gran medida los niveles de motivación laboral y el rendimiento, por lo que de este factor dependerá en gran medida la apertura al cambio y los niveles de adaptación de los equipos de salud (Hiriart y Olivares, 2004).

2.2. Antecedentes empíricos

Según cifras actuales, de la 32° cuenta anual de hemodiálisis crónica en Chile (Poblete, 2012) en Chile actualmente habrían 17.018 pacientes requiriendo hemodiálisis crónica, de los cuales un 87,1% se atiende en centros de diálisis privados, contra solo un 12,9% que se atiende en hospitales públicos. En la región del Biobío existirían 1972 pacientes, de los cuales 1697 se atienden en centros privados y 275 en hospitales públicos. De estos pacientes, el 74% es mayor de 41 años, y el 64% lleva menos de 5 años en tratamiento. Solo el 17,9% es candidato a trasplante renal, y el 67,5% tiene como sistema previsual el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

En Chile, existen escasos estudios que se empeñen en observar la prevalencia del síndrome de *burnout* (García Huidobro, Sprongle y Sapag, 2008), entre los cuales

se destaca un estudio que buscaba determinar la prevalencia de *burnout* en los trabajadores del hospital Sótero del Río de la Comuna de Puente Alto (Ordenes, 2004), el cual arrojó como resultado que un 31% de los trabajadores/as de dicho hospital presentan *Burnout*, mientras que un 38% se muestra proclive a padecer tal síndrome. A su vez, se presenta una prevalencia de más de un 80% en aquellos trabajadores con más de 60 horas semanales de trabajo.

Otro estudio, cuya finalidad fue determinar la prevalencia de *burnout* en el Hospital de Yumbel, Región del Biobío (Sandoval, Sanhueza, Borjas, Gonzales, Odgers y Najafzadeh, 2005), determinó una nula prevalencia del síndrome con tendencia proclive en solo un 22,7% de la población. Además, el estudio detectó un 59,09% de cansancio al final de la jornada, 40,9% de fatiga al levantarse y un 31,81% siente que está trabajando demasiado, todas cifras más frecuentes en mujeres. Los resultados de este estudio señalan que:

“A pesar de no existir presencia de *Burnout*, sí llama la atención que se encontró en un porcentaje no despreciable síntomas que denotan una importante tendencia a la sobrecarga laboral, lo cual daría una pauta a qué punto poner mayor atención para realizar una intervención precoz, y así evitar el estrés laboral” (Sandoval, Sanhueza, Borjas, Gonzales, Odgers y Najafzadeh, 2005:272)

Otro estudio, que buscaba medir la prevalencia de *burnout* en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región (Melita, Cruz y Merino, 2008), dio como resultado que un 41,2% de las enfermeras entre 22 y 29 años de edad que trabajaban en Unidades de Emergencia (UE) presentaban *burnout*, en comparación a un 46,3% de las enfermeras con el mismo rango etario que trabajaban en Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU). En el rango etario de 30 a 39 años de edad, el estudio dio como resultado 55,9% de prevalencia en SAMU, ante un 27,8% en profesionales de UE.

Un estudio realizado en el Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme de la ciudad de Chillán, el año 2005, respecto a los niveles de estrés laboral en trabajadores de

salud, revelo que de un universo de 62 funcionarios de 40 años de edad en promedio, un 8% presentan síndrome de burnout y un 69% presentan alto indicadores de estrés laboral, existiendo solo un 23% de los trabajadores sin indicadores de estrés.

De los(as) funcionarios(as) con indicadores de estrés un 100% son mujeres, 90% llevan menos de 10 años de servicio en instituciones de salud y el 80% tiene más de 34 años de edad. En relación a los indicadores principales del síndrome de burnout, dentro de la población del estudio se descubrió un 33% de los trabajadores(as) con altos índices de despersonalización, 39% con índice de alto cansancio emocional y el 16% presentan un grado bajo de realización personal.

2.3. Marco epistemológico

Es pertinente abordar la presente investigación a través de un enfoque fenomenológico puesto que el objetivo primordial de esta es analizar y profundizar la vivencia total del trabajo medico bajo unas circunstancias determinadas, asumiendo la participación en este proceso de elementos personales tales como pensamientos, sentimientos, actitudes, etc., todo esto con la finalidad de poder comprender a fondo la realidad en la que se enfrenta el sujeto desde su propio punto de vista, evitando emitir juicios ni obstaculizar la vivencia particular para poder mantenerla lo más pura posible (Lyotard, 1960).

Al evaluar un constructo tan profundamente personal en la vida de los sujetos que son objeto del estudio, y dado que se requiere un conocimiento lo más personal posible, se apropia de la fenomenología descriptiva como sustento epistemológico, puesto que desde este paradigma lo que se busca primordialmente es la producción de un conocimiento libre de las impurezas científicas, intentando rescatar las manera más fiel posible la experiencia vital del objeto investigado (Lyotard, 1960) Esta epistemología en particular resalta al sujeto como productor de conocimiento (Mays Vallenilla, 1976) y permite retratarlo de una manera más

pura de lo que se lograría a través del método científico de investigación (Lyotard, 1960), puesto que el constructo a investigar contiene elementos arraigados a fondo en la vida de la persona, los cuales requieren darle una relevancia primordial a la profundidad de los datos recogidos, relegando a un segundo plano la amplitud de la muestra.

Tal como se explica previamente, la fenomenología descriptiva ofrece la posibilidad de entregar un conocimiento más puro y otorgar información más profunda respecto a las vivencias personales del sujeto investigado. Pero, a la vez, este enfoque epistemológico exige una separación entre el sujeto que investiga y el sujeto que está siendo objeto de la investigación, asumiendo que es imposible que el investigador separe sus propios juicios y percepciones sobre el objeto, así es como surge la necesidad de apartar al máximo nivel alcanzable todo lo que no pertenezca propiamente tal a lo que se está investigando.

La forma de conseguir este objetivo es apartar lo más posible los prejuicios propios del investigador, dejando solamente los conocimientos entregados por el sujeto investigado, en un proceso que es denominado reducción del conocimiento, para el cual Husserl (1967), poseía métodos que pueden sintetizarse en dos particulares. El primero de ellos es el denominado reducción eidética, consistente básicamente en la definición de las cosas por sus características particulares más que por las circunstancias que las definen; el segundo es denominado reducción trascendental, consistente en eliminar los juicios de existencia sobre los objetos estudiados (Mays Vallenilla, 1976).

El conocimiento desde esta fenomenología es una vivencia psicológica, que se produce únicamente en el sujeto que la conoce (Lambert, 2006), por lo tanto para poder comprenderla se vuelve tarea esencial entrar en el campo perceptivo de los objetos estudiados y ver la vivencia desde su punto de vista (Husserl, 1967), involucrando todos los elementos que juegan parte en como esta persona concibe esta realidad. Este ejercicio tiene como finalidad alcanzar la mayor fidelidad posible en el análisis descriptivo de las vivencias intencionales que se estudiarán, realizando un ejercicio de descomposición de los objetos de la percepción interna

parte por parte, para así poder describirlos adecuadamente y abarcarlos de la manera más completa posible (Lambert, 2006).

Para tal efecto, también se vuelve necesario limitar el examen a la esfera de lo dado absolutamente (Mays Vallenilla, 1976), evitando la posibilidad de que pueda ser puesto en duda. Esto se realiza volviendo reflexivamente sobre la vivencia sin hacerse cargo de ella (Lambert, 2006), ejercicio principal de la denominada reducción fenomenológica, considerada por Husserl como el método fundamental de la filosofía fenomenológica (Husserl, 1967).

Desde el punto de vista de la psicología, en la fenomenología existe una visión bastante crítica a ciertas tesis introspeccionistas, puesto que no se considera real que un contenido de conciencia sea inmediatamente aprehensible de por sí, puesto que todo contenido de conciencia o “vivencia” debe ser analizado y repensado profundamente en más de una ocasión para poder ser comprendido en su totalidad (Lyotard, 1960), es así como la fenomenología propone poner a la reflexión por sobre la introspección como método fundamental, pero a la vez, se requiere que esta reflexión sea sobre la vivencia en sí sin que esta haya pasado por la conciencia, permaneciendo idéntica a sí misma.

A la vez, la reflexión fenomenológica se diferencia de la reflexión que se produce desde otros paradigmas en que esta es más una recuperación descriptiva que una reducción de la vivencia a sus condiciones *a priori* (Lyotard, 1960). En otras palabras, la reflexión en este paradigma consiste más en un desmembramiento de la vivencia por las partes que la constituyen, que en análisis profundo de contenido u origen.

La fenomenología también rechaza la distinción entre interioridad y exterioridad, puesto que se comprende una conciencia interna ligada con el mundo, donde interno y externo participan activamente en la generación de una vivencia determinada (Lyotard, 1960) por lo que a la vez que se reflexiona y se descompone la vivencia particular debe ponerse un énfasis especial en el contexto en el que cual se desarrollan los fenómenos y considerarlo dentro de la reflexión.

Relacionando todo lo anterior con los constructos a estudiar, dado que la fenomenología se preocupa principalmente de conceptos personales que requieran entrar en la vida del objeto de estudio, en el caso de esta investigación sería importante indagar vínculos sociales sentidos entre trabajadores y hacia las personas cuidadas, a la vez que sentimientos y/o el sentido otorgado a la actividad realizada, integrando así el sentido de conciencia y el tipo de vivencia que la fenomenología comprende para la psicología (Lyotard, 1960). Desde este punto de vista, la fenomenología posee la cualidad de servir como medio para descubrir la cualidad interior que da su forma a los fenómenos estudiados (Mays Vallenilla, 1976), en este sentido “relaciones interpersonales”, “vinculo” y otros constructos determinados serán medios a través de los cuales se reflexionará sobre el contenido de la “vivencia” o “experiencia”, con otras palabras, consiste en rescatar la esencia de la experiencia vivida por la persona (Lyotard, 1960).

Esta esencia, se encuentra dentro del marco de la conciencia humana, en la cual coexisten realidades múltiples que interfieren en la vivencia particular del ser humano, siendo un rasgo distintivo dentro de estas realidades múltiples su intersubjetividad (Beriaín e Iturrate, 1998), lo que puede definirse como las interacciones que estas relaciones tiene para terminar generando un mundo común e igualmente real para todos quienes compartan los espacios que componen esta realidad. Esta realidad, para Alfred Schutz (1972), componía la base para todas las experiencias humanas y para todas las ciencias. Desde tal punto de vista, se convierte en esencial la tarea de buscar los elementos constituyentes de la realidad cotidiana de los grupos de trabajo para poder comprender a mayor plenitud la forma en que conciben su vivencia, pues estará mediada por la intersubjetividad de las diferentes vivencias alrededor (Beriaín e Iturrate, 1998).

2.4. Reflexividad

Por historia personal conozco el trabajo con los pacientes hemodializados, pues mis dos padres trabajaron en un centro de diálisis de Chillán desde que yo era muy pequeño. Mi padre conducía el furgón que trasladaba a los pasajeros y mi madre era auxiliar paramédico en el mismo centro, por lo que surgían constantemente conversaciones respecto a sus trabajos cuando tomábamos once, o en los almuerzos de los fines de semana.

Por eso conozco la realidad de ese trabajo, y sé que las relaciones que se forman ahí son verdaderamente significativas pues lo fueron para mis padres. En más de una ocasión vi a mi madre llegar triste después de conversar con alguno de sus pacientes, o vi a mi padre preocupado por el estado de salud de otro. Hasta el día de hoy, que ya han pasado años desde que ambos no trabajan en ese servicio, continúan recordando muchas veces a algunos pacientes que los marcaron.

Cuando era niño, en las vacaciones acompañaba a mi padre a dejar a los pacientes en los pueblos cercanos, por lo que vi con mis propios ojos el tipo de relación que tanto él como mi madre tenían con los pacientes. Yo mismo conocí a varios de ellos y fui a más de algún velorio acompañándolos.

Por eso mismo me interesó estudiarlo, pues lo considero una vivencia conocida por muy pocas personas, que tiene aristas que son bastante interesantes, como el tipo de relación que se establece o como afecta la vida privada de quienes trabajan allí. Sé, por ejemplo, que es un trabajo particularmente estresante y que exige largas jornadas de trabajo, pues vi los efectos del estrés en mis padres cuando su trabajo era más apremiante.

Me parece relevante describir una relación como la que se establece con este tipo de pacientes, principalmente porque jamás se les da el alta y a la mayoría de ellos llega un momento determinado en que se les ve morir. Creo que este hecho afecta

bastante, pues a mí mismo me costaría y creo que me afectaría trabajar en un lugar donde se vive una relación tan cercana con la muerte.

Por último, me parece que estar atento al bienestar de las personas es trabajar en salud es sumamente importante, pues el desgaste que genera el roce constante con personas que sufren tiene un efecto en las personas y desemboca en estrés laboral o en una baja preocupación por el estado de la persona a la cual deberían cuidar. Nosotros, como futuros psicólogos, tenemos claro esos aspectos y comprendemos la importancia del auto cuidado, pero eso no se observa en equipos de salud, donde existe una poca conciencia del daño que se genera al empatizar con personas que sufren, y que en el fondo tienen una relación con los pacientes tan cercana como la que podría tener un psicólogo, con el agravante que ellos no están formados para otorgar la contención emocional o la escucha activa que requieren ese tipo de pacientes, y tampoco tienen una conciencia real de lo necesario que resulta el auto cuidado emocional.

3. Marco metodológico

3.1. Metodología de investigación

Para esta investigación la vivencia es un constructo que se evidencia a través del lenguaje y constituye un fenómeno profundamente personal del sujeto/a investigado, por ende, para ser rescatado se necesita una metodología que ponga en relieve la realidad como algo generado desde el mismo sujeto y no desde la visión experta de un investigador. En este sentido, la metodología cualitativa en focaliza en la comprensión subjetiva, percepciones y propósito de las personas, símbolos y objetos (Ruiz, 2012), abarcando fenómenos de la realidad humana imposibles de comprender para el método científico, con un tipo de intencionalidad y con una concepción de la realidad particular, más ligada a una perspectiva interna y subjetiva que comprende los fenómenos como producto de un devenir histórico que los va generando (Quintana y Montgomery, 2006),

Lo anteriormente mencionado convierte a esta metodología en la apropiada para la investigación, pues permite la integración de la subjetividad humana, aspecto esencial para la consecución de los objetivos trazados en la presente tesis. Otro aspecto que también se encuentra trazado dentro de los objetivos de la investigación es la comprensión de la construcción social que es llevada a cabo dentro del contexto del trabajo clínico en salud, y para tal efecto se es necesario que la metodología permita describir el hecho social del cual se hablara (Ruiz, 2012).

En esta metodología la fuente principal de datos e información la constituye la interacción humana, reconociendo de esta forma el carácter único e irrepetibles de los/as seres humanos. Otra característica primordial de esta metodología es su modo flexible y desestructurado de recoger información, ajustando sus instrumentos, tales como entrevistas u observación, a la realidad que se pretende investigar en lugar de usar instrumentos matemáticos sofisticados que requieren el

ajuste de la realidad a tales instrumentos, lo que se ajusta al objetivo primordial de la investigación el cual es reconstruir una vivencia particular, en este caso particular a través de una metodología predominantemente verbal (Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005).

3.2. Diseño de investigación

La investigación cualitativa está sometida a un proceso relativamente definido para ser llevada a cabo, dentro del cual el diseño corresponde al encuadre principal sobre el cual se llevaran a cabo cada uno de los pasos que llevaran a las conclusiones finales. Una cualidad importante de este diseño es su flexibilidad, puesto que si bien habrá una decisión previa respecto a los pasos a seguir, esta variara según los requerimientos situacionales de la investigación y cada uno de los pasos podrán ser efectuados en ordenes distintos a los estipulados previamente (Ruiz, 2012; Flick, 2004), esto dado el carácter único de la investigación cualitativa en el cual el investigador es un instrumento más de recolección de datos y está sometido a un contexto que puede presentar cambios a lo largo de la investigación (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2006).

La investigación usara un diseño de diamante o rombo, diseño que permite el ordenamiento constante de la estrategia de investigación, manteniendo un lineamiento directo entre la pregunta y los resultados constantemente, asegurando de esta forma la coherencia interna de la investigación. El diseño se ajusta de manera adecuada a esta tesis en particular dada la estructura de esta, pues el diseño permite comenzar desde una pregunta central, desglosándola en preguntas auxiliares y en conceptos sensibilizadores, lo que se adecua a los conceptos utilizados en esta investigación, los cuales estarán previamente generados y explicitados en el marco de referencia (Bivort y Martínez, 2013).

Una ventaja de este diseño será que permitirá mantener una visión holística del fenómeno a investigar, el cual se pretende desde los objetivos ser abarcado en la mayor globalidad posible (Ruiz, 2012).

3.3. Técnicas de investigación

Por sus características particulares, la investigación cualitativa, si aspira a nutrirse de un conocimiento profundo y diverso, requiere el uso de herramientas que le den cabida a la flexibilidad y que permitan ir reestructurando el diseño según las necesidades que se presenten (Ruiz, 2007). Cabe recordar que la finalidad última de la presente investigación consiste en comprender a fondo una vivencia compleja como lo es la de los trabajadores de salud en equipos de hemodiálisis, y para alcanzar este objetivo no solo se requiere acceder a la descripción de los hechos desde el punto de vista de quien los enfrenta, sino que interesa que los sujetos sean capaces de manifestar actitudes, sentimientos, afectos o pensamientos producidos dentro del ejercicio diario de sus labores y resaltar los puntos que para ellos representan mayor importancia dentro de su vivencia. Por ende, la investigación se apropia de diferentes técnicas de conversación (Valles, 2007) basadas en la entrevista para cumplir sus objetivo, pues el fin último de esta técnica es conocer diferentes categorías mentales del entrevistado, tales como sus percepciones, pensamientos, afectos o interpretaciones respecto a un tema en particular sobre el cual gire la entrevista (Corbetta, 2007), lo que la convierte en la técnica ideal para indagar los objetivos de investigación.

Las entrevistas utilizadas para cumplir con los objetivos propuestos concordaran con las características propuestas por Valles (2007), en el sentido que el entrevistado deberá percibir la entrevista como una conversación, manteniendo durante la sesión las reglas de etiqueta impuestas en el encuadre, pero a la vez vigilando las reglas relacionales de los entrevistados (Denzin, 1970). Para tales efectos la entrevista, al momento de ser ejecutada, variará en su estructura temporal y no se utilizará la pauta de preguntas de manera rígida sino que irá variando dependiendo de los relatos de la persona entrevistada, de esta forma, no

dejarán en evidencia las categorías esperables, sino que se aguardará que estas fluyan a través del diálogo con el sujeto.

El tipo de entrevista utilizada para la mayoría de los objetivos propuestos en esta investigación es la entrevista semi-estructurada en profundidad, cuyas cualidades principales son su alto grado de flexibilidad, permitiendo cambios en su estructura según la emergencia del proceso, siguiendo un modelo de dialogo entre iguales mas que un intercambio de preguntas y respuestas (Taylor y Bogdan, 1987), permitiendo cumplir lo previamente planteado respecto a las características de la técnica.

El tipo de entrevista semi-estructura a utilizar será el de la entrevista basada en un guión, propuesto por Patton (1990), caracterizada por la elaboración de un guión simple de temas a tratar y por la posibilidad de ordenar y formular las preguntas durante el transcurso de la entrevista.

El primer objetivo de investigación, consistente en comprender el desarrollo del vinculo laboral con los pacientes, será abordado a través de entrevista semi estructura basada en un guión (Valles, 2007; Ruiz, 2007; Patton, 1990), pues se asume la existencia de diferentes formas y grados de cercanía a la hora de relacionarse con los pacientes en el ámbito laboral, dependiendo las características personales tanto del tratante como del paciente (Borell, 2007; Lazaro y Garcia, 2003; Entralgo, 1967; García, 1992) y la técnica utilizada debe permitir que el entrevistado exprese su forma de relacionarse sin que esta sea encasillada en un constructo específico, adaptándose a la descripción que otorgue el sujeto, y buscando los significados que esté le otorgue a su experiencia vincular, manteniendo una relativa ambigüedad en la estructura sobre la cual se llevará a cabo la entrevista, a merced de la información y la relevancia que la persona le otorgue a los contenidos (Ruiz, 2007).

El segundo objetivo de investigación, consistente en analizar la vivencia la muerte de los/as pacientes desde el punto de vista del trabajador/a de salud, también será abordado a través de entrevista semi estructurada basada en un guión (Valles,

2007; Ruiz, 2007; Patton, 1990), con características similares a la entrevista desarrollada para el objetivo anterior, aunque con una estructura levemente más rígida, pues se asume como punto de partida características más definidas respecto a sentimientos, afectos, percepciones y actitudes frente a la experiencia de fallecimiento de los pacientes.

El objetivo 3, consistente en caracterizar las relaciones laborales en el trabajo con pacientes terminales hemodializados, requiere poner especial énfasis en la situación grupal y buscar una técnica que ponga en relieve la importancia de las relaciones interpersonales no desde el punto de vista particular, sino desde la forma de vivirlo a nivel grupal. En este sentido, la técnica denominada grupo focalizado (Morgan, 1988 en Valles, 2007), consistente a grandes rasgos en una entrevista grupal que gira en torno a una pauta de temas propuestos por el entrevistador (Escobar y Bonilla, 2012), dicha pauta será basada en un guión (Valle, 2007; Patton, 1990), tal como en las entrevistas individuales, para propiciar un interacción que permita el surgimiento de categorías y datos cualitativos emergentes que pudieran revestir importancia.

La técnica señalada es particularmente útil para el objetivo propuesto, pues permite el surgimiento de intervenciones en respuesta a las de otros compañeros, nutriendo la conversación y otorgando material extra proveniente de las percepciones sociales (Valles, 2007). Otra ventaja de la técnica, y que se ajusta de manera perfecta al objetivo, es el llamado “efecto audiencia” (Jarret, 1993), según el cual, la presencia de otra personas motiva las respuestas e intervenciones ajustándolas a la deseabilidad social, entregando de forma más precisa el clima que se habitúa en los grupos de trabajo de los centros de diálisis.

3.4. Instrumentos de investigación

La entrevista semi-estructurada en profundidad basada en un guión, constituye una técnica flexible y dinámica adecuada para los objetivos 1 y 2, previamente señalados. Por razones de factibilidad, se utilizará una grabadora de audio para mantener el registro de todo lo señalado por los participantes de la investigación, quienes previamente darán autorización para su uso, el cual quedará estipulado en la firma del consentimiento informado.

Se desarrollarán dos entrevistas individuales por persona, más un grupo focalizado, cada una enfocada en un objetivo propuesto, a pesar de que en el momento del análisis, se rescataran elementos de todas las entrevistas que puedan ser pertinente sobre el tema a analizar.

En cuanto a la primera entrevista, enfocada principalmente hacia la comprensión del desarrollo del vínculo laboral con los pacientes, está constara de un pauta de 7 temas a tocar, cada uno de los cuales se divide en sub-temas, dando por resultado 21 temas a tratar en total, los cuales serán desarrollados en base a preguntas abiertas y sin mantener una estructura rígida, permitiendo a la vez que surjan temas emergentes provenientes de la propia vivencia de la persona entrevistada, por lo que la duración dependerá de la experiencia particular del entrevistado y no será fijada previamente.

La segunda entrevista, enfocada hacia el análisis de la experiencia de muerte de los pacientes, desde el punto de vista del trabajador de salud, constará de una pauta de 8 temas a tratar, con sus respectivos sub temas, dando por total 26 temas a tocar durante la entrevista, con mayor o menor énfasis dependiendo de las características de la persona entrevistada. Al igual que en la entrevista anterior, la modalidad de tratar los temas será en base a preguntas abiertas y la estructura será flexible, se permitirá tocar temas que no estén en la pauta y que el entrevistado considere relevantes.

El lugar en el que se desarrollarán las entrevistas individuales será convenido con los entrevistados. Las entrevistas estarán graduadas, desde lo más cognitivo a lo más emocional, volviendo luego a lo cognitivo, con el fin de proteger la integridad de los entrevistados, evitando descompensaciones o que se sientan invadidos, cumpliendo de esta forma con el principio de beneficencia (Franca Tarragó, 1996).

Para asegurar que las entrevistas desarrolladas fueran comprendidas por la población, y que abordaran los constructos y categorías a priori que están ya estipuladas en el marco referencial, se desarrollaron aplicaciones piloto con personas de similares características en cuanto a rango etario, nivel socio económico y experiencia de trabajo en diálisis. De esta forma se asegura la validez del constructo, criterio de calidad necesario para la investigación.

Respecto a el objetivo 3, se usara la técnica de grupo focalizado (Valles, 2007), que para este caso se realizara con un total de 4 personas que formen parte del mismo equipo de trabajo. La pauta de esta entrevista grupal consistirá en 5 temas, los cuales se dividirán en sub temas, dando por resultado un total de 13 sub temas a tocar durante la entrevista. Esta tendrá una duración aproximada de una hora y al igual que las entrevistas individuales será grabada para su posterior registro y requerirá de la firma de un consentimiento informado.

3.5. Población

Dado el diseño y las características de este estudio en particular, se usó una selección teórica (Glasser y Strauss citado en Salamanca y Martín, 2007; Ruiz, 2007), realzando el interés por la profundidad de los relatos y trabajando con una población con características similares a la que podría encontrarse en un equipo de trabajo de un centro de diálisis.

No se requiere un número muy alto de personas dado que, por las características de la investigación cualitativa, la investigación se enfocará más en recabar datos

profundos que en la extensión que estos puedan tener, dando mayor importancia a la sabiduría vertical y la validez interna (Ruiz, 2012).

Esta selección teórica fue intencionada y la forma de conseguir la población necesaria para la investigación fue a través de una informante clave, quién propició el acercamiento a un grupo de ex trabajadoras de un centro de diálisis de la ciudad de Chillán, de las cuales fueron seleccionadas 5 personas para las entrevistas individuales, la cuales se pidió que cumplieran con los siguientes requisitos de selección:

- a) Ser enfermera(o), auxiliar paramédico(a) o técnico de nivel superior en enfermería.
- b) Tener más de 5 años de experiencia en diálisis.
- c) Tener al menos 3 años de experiencia en el mismo lugar de trabajo.

El primer requisito explicitado va en función de asegurar que la persona entrevistada trabaje directamente con los pacientes y entable una relación con ellos, que trabaje en equipo con otros profesionales de salud y que su trabajo tenga una incidencia directa en el paciente, requisitos primordiales para que los tres objetivos de investigación puedan ser alcanzados de forma adecuada.

El segundo y tercer requisito, relacionado a la experiencia de trabajo en diálisis, van en directa relación con el tipo de vínculo que se halla formado con los pacientes, requiriendo que este sea de varios años para asegurar su profundidad, además de asegurar que el trabajador haya pasado por varias experiencias de fallecimiento de los pacientes.

En el caso del grupo focalizado, se priorizó por sobre los requisitos mencionados, el que las persona que conformaran la entrevista grupal pertenecieran al mismo equipo de trabajo y acostumbraran a realizar labores juntas. En este sentido los requisitos de selección para el grupo focalizado fueron los siguientes:

- a) Ser enfermera(o), auxiliar paramédico(a) o técnico de nivel superior en enfermería.
- b) Tener el menos 1 año de experiencia en diálisis.
- c) Encontrarse trabajando actualmente en un centro de diálisis.
- d) Trabajar continuamente en equipo con las otras participantes del grupo focalizado.

3.6. Análisis de datos

El análisis de datos para la presente investigación requirió un proceso previo en el cual se identificaron las principales categorías *a priori*, según la teoría investigada relacionada al tema de investigación y que se encuentra en el marco referencial de la presente tesis. Según estas categorías se diseñaron los instrumentos para captar los datos, en base a técnicas que también permitían la libre expresión de los entrevistados, propiciando el surgimiento de ejes temáticos no previstos, pero relevantes para los participantes de la investigación. Todos los datos recogidos por medio de las entrevistas fueron transcritos de manera íntegra, sin recibir modificaciones.

Estos datos obtenidos se analizaron mediante un análisis de contenido, consistente a grandes rasgos en la identificación, codificación y categorización de los principales ejes de significado subyacente de los datos, accediendo de esta manera al contenido latente de ellos (Gonzales y Cano, 2010).

Este tipo de análisis implica una primera fase de organización de los datos, en la cual se extraen los datos que tengan una significación relevante en relación a las categorías *a priori* y *a posteriori* propias del diseño de esta investigación (Ruiz, 2012), a la vez que se establecen relaciones entre los datos que faciliten los posteriores esfuerzos de abstracción y análisis del contenido de los datos.

Posteriormente, se realizó una codificación de los datos en función de las categorías generadas, identificando palabras, frases o párrafos que tengan estrecha relación con los objetivos del estudio (Gonzales y Cano, 2010). Posteriormente se relacionaron los grupos de datos previamente codificados, agrupándolos según sus categorías, a la vez que interrelacionaron las diferentes categorías para lograr generar conclusiones que permitirán responder a las preguntas de investigación.

El análisis de los datos fue realizado en forma manual para facilitar la posterior asociación entre categorías y poseer una visión más global de las vivencias expresadas por los entrevistados, la cual se obtuvo gracias a las constantes re lecturas de los datos recogidos.

3.7. Criterios de calidad

El primer criterio que se considera en esta investigación para asegurar la calidad de esta es el de la coherencia interna o metodológica, definida como “la congruencia entre la pregunta de investigación y los componentes del método usado” (Castillo y Vásquez, 2003, p. 165), necesaria para otorgarle una cierta consistencia lógica a la investigación, sobre todo tomando en consideración que la investigación cualitativa constituye el estudio de la visión subjetiva del fenómeno de estudio (Ruiz, 2007; Valles, 2007), lo que excluye la existencia de criterios estándar para la verificación de su validez (Cornejo y Salas, 2011). Este criterio se cumple en parte con el diseño escogido, el cual exige una relación directa entre los diferentes pasos de la investigación, partiendo por la pregunta hasta su respuesta (Bivort y Martinez, 2007); además, se realizó triangulación entre los marcos para contrastar las diferentes perspectivas del problema de investigación (Rodriguez, Lorenzo y Herrera, 2005; Cisterna, 2005) y los instrumentos serán diseñados en base al marco referencial, siendo revisados por partes y realizándose aplicaciones piloto para confirmar su validez.

Otro criterio será el de la transferibilidad o aplicabilidad, que consiste en la posibilidad de extender los resultados de este estudio a otras poblaciones de características similares (Castillo y Vásquez, 2003). Este criterio toma importancia dada la relevancia disciplinaria sobre la que se fundamenta la investigación, lo que le da la necesidad de confirmar que los resultados pueden beneficiar a diferentes poblaciones del área de salud. Esto se llevara a cabo de través de la descripción densa de la población, especificando claramente las características de los sujetos a investigar, tales como género, trabajo, edad, etc., los cuales fueron seleccionadas intencionadamente y con una selección teórica con el fin de asemejarlo lo más posible a un equipo de trabajo que pudiera verse en cualquier centro de diálisis del país, además existirá un registro de las decisiones tomadas durante el proceso de investigación, se utilizaran normas APA en los marcos y se expondrán numerosas citas textuales que sirvan para contrastar la información de la presente investigación con otra a futuro.

Otro criterio indispensable para asegurar la calidad de la investigación es la dependibilidad (Valles, 2007), consistente básicamente en la consistencia de la investigación desarrollada, equivalente a lo que en investigación cuantitativa recibe el nombre de fiabilidad. Para cumplir con este criterio, cada paso desarrollado será inspeccionado por un par experto, quien supervisará las pautas de entrevistas, las transcripciones, los análisis de datos y el marco referencial.

3.8. Resguardos éticos

La investigación cualitativa presenta desafíos éticos adicionales a los de la investigación científica en sí, puesto que estudia la condición humana, y esto la obliga a acoger la subjetividad que presente la persona que es objeto de estudio, desde este punto de vista el dialogo toma especial importancia, entendiendo este como una comunicación entre dos personas en las cuales los derechos a la argumentación y a la réplica deben estar reconocidos, y el individuo debe ser

participe en la decisión de las normas a las cuales será sometido (Gonzales, 2002).

Existen algunos elementos básicos para mantener los cuidados éticos con el investigado, y que se procuraran resguardar en esta investigación, uno de ellos es la proporción favorable del riesgo-beneficio (Emanuel, 1999; Gonzales, 2002), según lo cual la investigación solo se justifica si los beneficios potenciales superan a los riesgos asumidos por los sujetos, para lo cual se realizara una graduación en los instrumentos con el fin de proteger a los/as participantes de sentimientos que puedan afectarles, además de explicitar previamente los temas que se van a hablar para que las personas puedan decidir si quieren participar o no, y dar espacios para el descanso en caso de que la persona lo solicite.

Otro criterio que será considerado para su resguardo en la investigación es el del valor social o científico (Emanuel, 1999; Gonzales, 2002), según el cual, la investigación para ser ética debe conducir a mejoras en el bienestar de la población, este punto es abordado en la relevancia disciplinaria del proyecto, e intentara resguardarse en la medida que los resultados de la investigación conduzcan a mejoras en el auto cuidado de los grupos de trabajo.

Por último, un elemento vital en el resguardo ético de la investigación con personas es el del consentimiento informado (Emanuel, 1999; Gonzales, 2002), el cual busca asegurar que las personas sean participes del proceso investigativo solo si este es acorde a sus preferencias, valores e intereses. El consentimiento informado proveerá de información respecto a los fines de la investigación, los riesgos y beneficios de esta, además de asegurar la confidencialidad de los datos y dar respaldos al derecho de las personas a retirarse de la investigación en caso de sentirse incómodos con esta.

4. Análisis de resultados

4.1. Caracterización de la población

Iniciales	Sexo	Edad	Cargo	Experiencia en salud	Experiencia en diálisis	Entrevista
A.W.	M	32 años	Enfermero	5 años	5 años	Entrevista individual
C.C.	F	38 años	Enfermera	14 años	14 años	Entrevista individual
G.V.	F	37 años	Enfermera	12 años	11 años	Entrevista individual
M.G.	F	34 años	Enfermera	10 años	9 años	Entrevista individual
C.H.	F	39 años	TENS	12 años	8 años	Entrevista individual y grupo focalizado
J.B.	F	32 años	TENS	7 años	5 años	Entrevista individual
K.Q.	F	29 años	TENS	6 años	5 años	Grupo focalizado
N.C.	F	27 años	Enfermera	3 años	1 año y medio	Grupo focalizado
D.B.	F	23 años	TENS	2 años	1 año	Grupo focalizado

4.2. Contextualización

Dadas las características de la presente investigación, y con el objetivo de cumplir con el criterio de transferibilidad propuesto previamente en el marco referencial, se hace pertinente ofrecer una breve contextualización, exponiendo las características principales del trabajo en diálisis, que lo diferencian de cualquier otro tipo de trabajo en el sector de salud y que dan pertinencia a las categorías que se expondrán.

Para comprender de manera más fidedigna el contexto en el cual se lleva a cabo el trabajo diario, la presentación será realizada en base a los datos otorgados por las personas entrevistadas, citándolas en los casos necesarios. A la vez, esta contextualización pretende mostrar los aspectos que los mismos trabajadores consideran más relevantes de su trabajo diario y que probablemente influyen en los aspectos que se analizarán más a fondo a continuación.

4.2.1. El trabajo diario

La hemodiálisis es un tratamiento realizado a las personas con insuficiencia renal crónica, que consiste en la sustitución de las funciones que desempeña el riñón por un dializador (MINSAL, 2007). Este proceso debe ser efectuado con una regularidad de día por medio, y las horas de tratamiento va a depender de las características de cada paciente, siendo normalmente entre tres y cuatro horas. Este proceso debe ser realizado de por vida, a menos de que exista la posibilidad de un trasplante de riñón, lo cual bajo la realidad nacional es bastante improbable. La regularidad del tratamiento es particularmente relevante para los trabajadores de salud, pues refieren que esta y la cantidad de horas que se comparten propicia la generación de lazos profundos y lo manifiestan como la mayor diferencia entre este trabajo y otros similares del sector salud.

“tu los ves tres veces a las semana y estas con ellos cuatros horas, todos los días, o sea día por medio, entonces compartes arto con ellos” (A.W., 32 años)

“Yo creo que se forma una relación mucho más cercana por estar todos los días conviviendo, con el mismo paciente. Los enfermeros, como están con el mismo paciente y hay poco recambio de paciente, o sea de distinto paciente, uno desarrolla lazos afectivos que se van desarrollando naturalmente, porque al final... a la larga uno le agarra cariño a los pacientes, no se puede decir que hay amistad, pero si uno les tiene aprecio” (A.W., 32 años)

“Que tanto uno vive, como te digo tres veces a la semana compartes con ellos un montón de horas, y ellos aparte que se entregan contigo” (M.G., 34 años)

“Bueno ellos tienen, calculando que tienen cuatros horas para mirarte, y ven todo lo que haces, si te sientas, si no te sientas, si ves tele, si no ves tele, si hablas, si no hablas, si te ríes, si no te ríes, si estas contento, si estas triste, ellos se dan cuenta de todo. Están ahí atentos, es que es su mundo, de lo que están en el minuto. Y considerando que van tres veces por semana pasan más tiempo con nosotros que en sus casas, porque igual el traslado se cuenta, entonces a veces salen no se po, a las 6 y media de la mañana y después se van a las 12, entonces es prácticamente toda una mañana” (G.V., 37 años)

“Están cuatro horas sentados y lo único que tienen que ver es a ti, entonces de repente tú no te das ni cuenta y te dicen “oye pero porque anda triste”, “pero porque anda aquí” o “porque anda allá”. Ellos se dan cuenta cuando adelgazas, cuando engordas, todo. Tú dices, “oh que me miran”, claro, no tienen nada más que hacer” (J.B., 32 años)

Un punto importante de señalar, es que según las palabras de las entrevistadas que han pasado por la experiencia de trabajar tanto en sector público como en el sector privado, no se aprecian diferencias significativas en el tipo de atención que se entregan entre estos, más allá de la derivación a urgencias, puesto que en centros de diálisis de carácter privado se debe realizar un trabajo mayor frente a

las emergencias a la espera de que acuda la ambulancia al lugar, mientras en los hospitales el trabajo frente a emergencias no tiene características tan complejas.

“No hay ninguna diferencia, que por lo menos yo he trabajado en clínica y en el hospital, pero no tiene ninguna diferencia. Se ejecutan los mismos procedimientos” (G.V., 37 años)

“La calidad de la diálisis va a depender más de lo que exija el paciente, pero ahora el paciente anda exigiendo en todos lados lo mismo. Entonces no había mucha diferencia, en concreto no” (C.C., 38 años)

“si no diriges bien el barco la cosa no funciona, entonces rápidamente como que todos corren, y tú haz esto, y tú acá, y ya vamos a la reanimación, y todos corren para un lado. Así nos manejamos nosotros, en las clínicas hay más, es distinto, porque allá tienes que hacer todo mientras llega el SAMU” (G.V., 37 años)

4.2.2. Los pacientes

Otra característica que para los trabajadores de centros de diálisis es clave a la hora de caracterizar el trabajo que realizan, es el tipo de paciente al que se atiende. La descripción que se realiza del paciente tiene como eje principal los temores del paciente y su falta de información, refiriendo que son personas que tienden a mostrarse muy asustadas en los primeros meses de atención posteriores al ingreso, puesto que debido a la falta de conocimientos respecto a su enfermedad y al tratamiento que les será efectuado surgen ideas recurrentes respecto a la muerte, tienden a pensar que serán personas desvalidas, o al contrario, en muchas ocasiones no comprenden que el tratamiento será realizado por el resto de sus vidas y acuden a diálisis esperando una pronta recuperación.

“Porque no saben a que van y tienen una sensación de muerte muy grande, que ellos sienten que van a ir a morirse allá. Hay otros que llegan, que son la menor cantidad, que van a sanarse porque ellos van a ir un tiempo y

después van a irse a su casa. Piensan que ahí van a encontrar una solución siendo que esto no es una solución, esto es paliativo” (C.C., 38 años)

“Entonces tú le preguntas a alguien, ¿usted sabe de diálisis? Es prácticamente terminal que este está desahuciado, y la gente viene con ese temor aquí, que me voy a mantener un poco y me voy a morir. Y la diálisis no es eso, la diálisis no esa su finalidad. Es que reemplaza lo que el riñón no puede hacer, y te permite una vida que si tú tienes ciertos cuidados que tampoco son tantos pueden tener una vida totalmente normal” (M.G., 34 años)

“el paciente de diálisis es bien especial, depende de la cantidad de tiempo que lleve en diálisis. Si hablamos por ejemplo de un paciente que está recién empezando, siempre es un paciente que llega angustiado, que llega sumiso, que llega preocupado, ansioso, depresivo, y que a medida que va pasando el tiempo es un paciente que se va sintiendo más alegre y que pasa a ser una persona con una vida totalmente normal, que si uno lo mira en la calle no se da cuenta que es un paciente que está enfermo” (M.G., 34 años)

“Muchos de ellos llegan sin saber ni siquiera que es una enfermedad terminal. Muchos de ellos llegan esperanzados de estar allá una semana, un mes en diálisis, y de recibir un trasplante de riñón, cosa que acá en Chile es muy difícil, muy difícil, hay otro tipo de prioridades. Eso es la gran diferencia con otros pacientes, hay otros pacientes que llegan que un medico los deriva y les dice es una apendicitis ellos saben que tienen que operarse, que tienen un periodo de recuperación y que después no se van a acordar más” (C.H., 39 años)

Con el tiempo, según los relatos, se van pasando esos temores y se convierten en personas más concientes de su enfermedad y de los alcances de ésta. Pero por otra parte, el largo tiempo sometido al tratamiento de diálisis produce en ellos un desgaste emocional y un cansancio frente a su misma condición.

“Es un paciente que después de un tiempo es más demandante porque tiene más conocimiento de su enfermedad, de su fístula, del catéter, de ciertos cuidados que tiene que tener, que es lo que le permite a ellos mantenerse con vida” (M.G., 34 años)

“si tuviese que analizar por ejemplo 10 pacientes, yo creo que 9 pacientes están cansados. Independiente, no sé, pongo la imagen de 10 pacientes que tengo y busco a pacientes que llevan poco meses y a pacientes que llevan varios años y se cansan porque la diálisis te lleva día por medio a ir a un lugar, en que... a lo mejor como seres humanos deberíamos agradecer porque nos da un día más de vida pero ellos ya lo ven como pucha, para el verano ya no pueden salir a vacacionar, tienen que saber ir día por medio, tienen que preocuparse de su alimentación o si no al otro día se van a sentir mal ellos o van a recibir alguna amonestación por parte del profesional que los atiende. Entonces yo los veo como, más que pacientes que oh, agradecidos por Dios, agradecidos por la vida, los veo cansados. Los veo como pensando: esta es mi vida y es una vida que no tiene mucho sentido” (J.B., 32 años)

“uno va notando que, entre comillas, es como una depresión que tienen guardadita, es un desgaste de vida, de ánimo, de alegría, ya ellos no tienen proyectos más que día por medio ir a un lugar” (J.B., 32 años)

A la vez, si bien se valora el actuar de la familia del paciente y se le da importancia, hay una percepción general de que los pacientes son personas más solitarias o abandonadas, donde no existe un interés de la familia por su salud y por acompañarlos en la mayoría de los casos.

“por lo menos en el hospital es rara la familia que esté presente” (G.V., 37 años)

“Hay pacientes con familias un poco más comprometidas que otras y otras que en realidad los dejan... o parten bien, cuando están recién empezando

por ejemplo en la diálisis, están presentes, pero después con el correr del tiempo se va desligando la familia y se va alejando” (G.V., 37 años)

“Y acá en Chile, yo te puedo decir en la diálisis, de todos los pacientes que tenemos son contados con los dedos los familiares que vienen a ver a su familiar que está dializándose y que se preocupan y vienen a los controles con ellos, son pocos. La mayoría son pacientes que vienen solos, vienen tanto a sus controles o quien es el encargado de preocuparse de su salud es un vecino el que lo lleva a los controles, la gran mayoría son pacientes que son solos, o que la familia no se preocupa de ellos, porque hay muchos... bueno no tantos pacientes, pero yo creo que un gran porcentaje de pacientes que se podría haber evitado esta enfermedad, pero porque no han tenido una buena red de apoyo, como consecuencia llegan a esto” (A.W., 32 años)

En cuanto a la salud propiamente tal de los pacientes, con los cuidados necesarios los pacientes pueden llevar una vida relativamente normal, pero que con el correr de los años van sufriendo números enfermedades concomitantes que son las que finalmente les causan la muerte.

“esa es la gracia de la diálisis, que las personas salen y pueden hacer una vida relativamente normal, con ciertos cuidados, este un tratamiento como podría ser un medicamento en la casa que es invasivo, pero que te permite desarrollar una vida, digamos relativamente normal teniendo ciertos cuidados” (M.G., 34 años)

“entonces el paciente que ya llega con 70, 80 años, tienen otras patologías. Entonces pa ellos es como una suma más de enfermedades, pero el otro paciente jovencito es la enfermedad y saben que se van a sentar ahí por muchos años” (J.B., 32 años)

“cuando son diabéticos de muchos años, entonces por su otra patología agregada se les va complicando, porque al final no mueren por la

insuficiencia renal, mueren por otras cosas. Entonces la otra patología es la que les va a complicar” (G.V., 37 años)

4.3. Objetivo 1

“Comprender el desarrollo del vínculo laboral con los pacientes”

Concepto clave: Vínculo laboral con los pacientes.

4.3.1. Categoría 1: Responsabilidad con los pacientes

Por responsabilidad con los pacientes se comprende todas las acciones que el trabajador de la salud debe cumplir dentro de la relación clínica con sus pacientes, incluyendo labores técnicas y otras funciones o actitudes derivadas de la ética propia de la disciplina (Rodríguez, 2008). Al hablar de responsabilidad con los pacientes se debe tomar en consideración las tres leyes fundamentales de la ética dentro de la relación clínica entre pacientes y tratante: respeto y confianza al enfermo, respeto y confianza mutua y respeto a la autonomía del paciente (Guajardo y Lavados, 2010).

Al respecto, diversos estudios afirman la existencia de un incremento bastante alto en el campo de acción del trabajador de salud, que va de la mano con una visión más global de la figura del enfermo, por lo que las responsabilidades hacia los pacientes van más allá de la labor médica que deben realizar sino que debe hacerse una labor ética con el paciente, ayudándolo, entre otras cosas, a comprender su tratamiento y resguardar en muchas ocasiones su estado emocional (Amaro, 2005; Grau y Hernández, 2005; Lázaro y García, 2003; Entralgo, 1967; Rodríguez, 2000).

En vista de los relatos otorgados por el personal de salud, se observa que más allá de la labor técnica que debe ser ejecutada con el paciente, se asume como parte natural del trabajo labores relacionadas a los cuidados del paciente en lo referido a su salud mental, destacando tres principales responsabilidades dentro del cumplimiento de este rol, las cuales se exponen a continuación:

- Responder a la necesidad del paciente de ser escuchado, puesto que señalan que ellos llegan con problemas desde sus hogares los cuales les cuentan a ellos en un proceso de desahogo, que las entrevistadas señalan como desgastante.

“Que ellos son como súper sensibles, ellos como que quieren hablar arto o será a lo mejor por la personalidad que puedo tener pero ellos conversan arto de “no puedo ir este fin de semana para el campo porque tengo que saber estar el sábado acá”. O, no se po, no pude comer tanto en tal evento en tal matrimonio, porque subo de peso, entonces ellos como que te van manifestando sus molestias, sus carencias, sus malestares” (J.B., 32 años).

“Te hacen participes por ejemplo cuando han quedado sus hijos, sus esposos sin trabajo, si uno los puedes ayudar económicamente, materialmente, uno los ayuda todo pero yo por lo menos, por la personalidad y por circunstancias de vida y todo, aprendí a dejar como esos problemas ahí” (J.B., 32 años).

“...de repente hasta escuchar a las personas si ayuda a alguien bastante”. (J.B., 32 años).

“Más de tres minutos no te demoras por paciente, pero tú ya alcanzaste a preguntarle como esta y ya sabes que algo pasa... después ya te das el trabajo de indagar un poco más pero es una relación en la que si hay problemas en la casa, los lleva el paciente y te los cuenta a ti, y eso también es desgastante” (C.C., 38 años).

“ellos a veces te hacen saber porque quieren desahogarse y tu después ya te das el tiempo, si es que lo tienes para conversar más con ellos.” (C.C., 38 años)

“más que demandantes en atención que una esté al lado de ellos sí que sean escuchados” (M.G., 34 años)

- Ser una fuente de tranquilidad para ellos, evitándoles las preocupaciones. Esto se realiza guardándose algunos detalles innecesarios que pudieran afectar al paciente, y manteniendo el mejor semblante posible dentro de la sala de diálisis, dejando sus problemas fuera.

“ellos ya tienen suficientes problemas como para que la que los atiende ande con caracho. Y me ha pasado, he dicho no puedo, y me voy un rato, por tranquilidad mía y de ellos” (J.B., 32 años)

“Afuera puedes hacer barracos, pero en la sala no, porque se murió uno, pero queda toda una sala por atender entonces no se puede llorar” (C.C., 38 años)

“Entonces son tonteras pero ellos se ríen y como que corta la relación tensa con la que ellos vienen y que se sienten mal, como que corta y se relajan” (G.V., 37 años)

“más que demandantes en atención que una esté al lado de ellos sí que sean escuchados, sí que una se ría con ellos, que una hable, que deje de ser algo tan estrictamente formal” (M.G., 34 años)

“Yo por lo menos trato de darles como ánimo, que de repente he visto el deterioro de algunos pacientes, una evolución para mal, me lo guardo,

nunca lo voy a manifestar y si ellos me lo manifiestan yo hago como que no, que está todo bien, y que eso pasa, como minimizarlo” (J.B., 32 años)

“te genera un poco de pena el tema de que ellos estén asustados, uno lo entiende por la situación en que se encuentran pero no les puedes transmitir eso, uno tiene que ser la persona que los tranquilice” (A.W., 32 años)

“para el resto puede ser difícil, pero para ti la idea por ejemplo es que esté tranquila, que haya paz, que no haya ninguna cosa que lo estrese” (C.C., 38 años)

- Otorgarles contención emocional cuando están sufriendo, puesto que, sobre todo en los primeros meses de tratamiento o cuando alguno de sus compañeros fallece, presentan fuertes síntomas depresivos los cuales deben ser calmados por las personas que los atienden.

“Entonces como que yo les hablo arto, porque ellos llegan como con muchos miedos, y creen que son los primeros que les están pasando muchas cosas. Entonces yo les digo, cualquier cosa, lo más tonto que usted crea dígamelo, hágalo saber a cualquier persona, para nosotros es importante, y como lo que me gustaría a mí entre comillas, sentir apoyo del otro, sentir que está, no que yo soy un simple A que lo conectó y ya, chao. Me trato como de meter arto en eso, de que están sintiendo y que sienten que yo estoy ahí y estoy pa’ eso”. (J.B., 32 años)

“Uno contiene, uno apoya, ellos confían, depende el grado de confianza que ellos tengan contigo. Tú puedes ser un buen agente contensor con ellos, cuando ellos están tristes ellos se desahogan, uno los escucha, una los calma, ellos se expresan acá” (M.G., 34 años).

“si ellos quieren por ejemplo cercanía, la encuentran”. (C.C., 38 años)

“La gran mayoría les produce un rechazo tremendo, un rechazo a nivel de no querer volver a diálisis, y pasa mucho, es muy frecuente eso que hay pacientes que van a una diálisis y no quieren conectarse o que vayan a una diálisis y no quieren ir mas, dice “no importa, yo me muero”. Entonces ahí el rol de nosotros es entrar a conversar con ellos y explicarles que cada día que ellos vivan es un regalo, en la situación de ellos cada día que ellos sobrevivan es un regalo y que ellos ese regalo no pueden negarse no pueden decir “a no, hasta aquí yo nada más””. (C.H., 39 años)

“uno trata de contener a los pacientes, de escuchar los sentimientos que les provocó el fallecimiento de su compañero de diálisis, y nada, hacerles como contención” (A.W., 32 años)

A la vez, en menor medida se observa la presencia de roles menores que son desempeñados, tales como:

- Otorgar ayuda material en caso de ser posible

“O cuando los veo sin ropa, cuando me comentan que hay una gotera y mojo la ropa de cama y me han dado ganas de decir, pucha este cobertor no me gusta, este cobertor, yo me podría comprar otro y renovarlo y se lo puedo llevar y lo he hecho”. (J.B., 32 años).

“bueno con el terremoto al que se le cayó la casa, no se po, que se le juntaron un poco de cosas y se les regalaron, cosas así” (G.V., 37 años).

“No se po, nos conseguimos más fácilmente sillas de ruedas, bastones, burritos, lo que sea necesario para el paciente, se gestiona, pero se acortan por el camino” (G.V., 37 años).

- Demostrarles preocupación

“los pacientes son agradecidos con uno y no solamente cuando uno les realiza un buen tratamiento sino que en como uno los saluda, como uno se preocupa de si les pasó algo. Y eso... el demostrarle un poco de preocupación al paciente, eso lo agradecen arto”. (A.W., 32 años)

“el chofer te avisa, sabe que fulanito tal no me abrió la puerta, entonces ahí uno queda con la... chuta, le habrá pasado algo, entonces empiezas a ubicar la familia, o... con la familia tu empiezas a preguntar, no ha llegado, no y ahí se generan otros canales de comunicación” (G.V., 37 años)

Estos son desempeñados en diferentes medidas según el caso, principalmente variando según las demandas de cada paciente. En cuanto a la autonomía y la capacidad de decisión del paciente, si bien es real que se le otorga una voz mayor en los tiempos actuales a la figura del paciente (Guajardo y Lavados, 2010; Lázaro y García, 2006) está sería mínima en cuanto a las funciones médicas que reciben, frente a lo cual no toman decisiones y se limitan a demandar el servicio en mayor o menor medida dependiendo sus características individuales y su estado de salud, pero a nivel socio emocional ellos son quienes van graduando el grado de cercanía con los tratantes y quienes definen el tipo de relación que establecerán con ellos. Ellos controlarían los roles que cumple el tratante en el sentido de la comunicación y la contención que estos les otorguen, imponiendo una distancia emocional sobre todo en los comienzos de la relación clínica, llegando incluso a percibirse que cuidan de determinadas maneras a la figura del tratante cuando la relación alcanza un nivel mayor de cercanía. Esto es asumido por los tratantes como una característica propia de su trabajo y ellos mismos se relacionan con los pacientes según lo abiertos a la relación que estén ellos.

“Pero en la relación, si ellos quieren por ejemplo cercanía, la encuentran. Si ellos quieren que los dejen solos también lo encuentran, porque depende de ellos si tú vas a conversar con ellos o no. Depende exclusivamente de ellos, ahora si ellos me dicen sabes que no quiero hablar, no hablan nomas po” (C.C., 38 años)

“Pero hay otros pacientes en que tú no estableces un lazo mayor, porque, porque ellos mismos ponen unas ciertas barreras para poder entrar a conversar con ellos. Que no es que tú no hables, así que tú, hasta que tú el no tome la confianza contigo, tú no lo presionas, pero sabes que un minuto te va tomar la confianza y te va a conversar, te va a hablar, pero en ese minuto tu los mantienes a distancia”. (C.C., 38 años).

“Igual te dan más tranquilidad esos pacientes porque ellos están más acostumbrado al tratamiento, ellos ya no te hacen comentarios desgastantes emocionalmente, ellos ya de repente hasta lo agarran pal leseo, pa la chacota. Cuando ya hay un paciente de muchos años, ellos ya tú no lo veis como se achacan por su enfermedad. No, ellos ya están como tan acostumbrado que tiran la talla, no piensan en la muerte, no piensan en la diálisis”. (J.B., 32 años).

“Igual es más tranquilizador, porque tu sabis que por dentro están hechos pedazos, que igual tienen depresiones ocultas, pero no lo exteriorizan y pa ti igual es rico escuchar que entre comillas al menos su comunicación verbal no es desgastante” (J.B., 32 años).

4.3.2. Categoría 2: Tipo de relación

En la era moderna las relaciones entre equipos de salud y sus pacientes han sufrido una mayor complejización, producto de la llamada “rebelión del sujeto” (Entralgo, 1967; Lázaro y García, 2003), los roles y status dentro de la relación que han ido variando, dándole mayor participación a la figura del paciente

(Rodríguez, 1967; Lázaro y García, 2003), y de los marcos institucionales, los cuales rigen en gran medida la comunicación y acción de los actores del proceso (Rodríguez, 2007). En este sentido, la relación clínica en el contexto de diálisis parece ser un tipo de relación complejizada principalmente por las características contextuales, tales como la regularidad y la duración del tratamiento, y por el rol que debe ejercer el trabajador de salud, quien carga con una responsabilidad socio emocional fuerte por parte de sus pacientes, las cuales fueron expuestas en detalles previamente. Esto genera un tipo de relación en la que es clave el involucramiento emocional y personal, traspasando en muchas ocasiones la barrera profesional y generando sentimientos particulares desde y hacia los pacientes, este tipo de relación si bien características que la acercan más bien por definición a aspectos de camaradería o amistad, se observa que en el fondo la forma de relacionarse con el paciente es más bien la de una relación paternalista y complementaria (Insua, 1985; Pichon Riviere, 1995; Watzlawick, Beavis y Jackson, 1967; Entralgo, 1967; Lazaro y García, 2003; Borrell, 2007), restándole responsabilidades y llegando en muchas ocasiones a referirse a los pacientes como si fueran sus hijos, asumiendo roles de contención y educación de ellos. Esto sería más bien una forma personal de relacionarse que se da en diferentes medidas según la persona, pero no es algo que se dé a nivel de equipo de trabajo, pues las relaciones con los pacientes son vividas como algo íntimo y personal de cada trabajador, y las experiencias van variando entre un entrevistado y otro tanto en la intensidad de las emociones, como en la actitud hacia el rol socio emocional que desempeñan. A pesar de ello, todos en mayor o menor medida caen en actitudes paternalistas con los pacientes.

Un aspecto clave a la hora de graficar el tipo de relación clínica vivenciada en el trabajo en diálisis, es el alto grado de confianza que se tiene con los pacientes y a la vez, el alto grado de cercanía que perciben que los pacientes tienen con ellos, entregando en muchas ocasiones descripciones de un ambiente más que propio de un lugar de trabajo, de una relación de camaradería con los pacientes, donde el concepto de salud – enfermedad queda en muchas ocasiones de lado. Esta situación se hace visible en el amplio conocimiento que el tratante tiene sobre la

vida personal de los pacientes, dándosele también una importancia significativa en ellos mismos, llegando a afectarles emocionalmente en ciertos casos.

“Se van haciendo más intensos en realidad (los sentimientos), se van haciendo más extensos también, hacia la familia, hacia ellos, hacia todo, porque al principio tú conoces solo la historia de ellos, pero después tú vas conociendo a todos, a toda su familia, a todo su entorno”. (C.C., 38 años)

“ya no es tu paciente, ya ahí pasando a ser alguien conocido, alguien cercano, como un familiar, como un vecino, eso” (M.G., 34 años)

“les conoces su vida, les conoces sus hijos, sus problemas personales, que sienten, si están tristes, si están bien” (M.G., 34 años)

“hay cosas que en la casa a lo mejor no lo van a decir, y ellos acá son totalmente diferentes, pero también depende de la confianza que tengan con la persona que los atiende”. (M.G., 34 años)

“tu desarrollas lazos, puedes llevarte bien o mal con el paciente pero lo vas a conocer, va a ser parte de tu vida” (A.W., 32 años)

“igual aunque tú no quieras, igual te involucras en eso, estas pendiente, no es que está mal y tu le explicas al resto está mal porque, tal cosa... y también te gusta saber si soluciono sus problemas o no”. (C.C., 38 años)

“Cuando se conoce a fondo a los pacientes, uno sufre con sus penas, se alegra con sus alegrías, uno conoce a las familias, yo conozco ya pero un montón, un montón, de niños que los he visto pasar, nietos, sin verlos nunca a lo mejor físicamente acá los conozco por fotos, que está grande, hay arto afecto de por medio. Pero también como te digo uno sufre también con sus penas, los entiende” (M.G., 34 años).

“lo que diferencia a estos pacientes del resto, eso es, la relación continua lo que hace que dejen de ser pacientes y pasen a ser personas y mas allá de

ser personas con el tiempo pasen a ser como parte de tu familia porque ellos te incluyen a ti dentro de su familia, al contarte sus cosas, al contarte sus penas, al contarte todo” (C.H., 39 años)

El paciente a su vez, vive de la misma forma la relación con el tratante, según lo manifestado por los entrevistados, expresando continuamente preocupación y afecto a través de retribuciones verbales o materiales, tales como regalos, chocolates, etc. Esta situación motiva aún más a que los trabajadores se involucren afectivamente con sus pacientes, pues los hace sentir retribuidos y añade sentido a su labor.

“... te sorprenden, sin pensarlo, el día menos pensado te llegan con algún regalito que tu sabes que les cuesta, que no tienen una situación así como muy... que les sobre que digamos pero ellos siempre te lo regalan con arto cariño, o siempre preocupados por ti” (G.V., 37 años)

“de repente tú no te das ni cuenta y te dicen oye pero porque anda triste, pero porque anda aquí o porque anda allá”. (J.B., 32 años)

“No solamente tú vives parte de la vida de ellos, sino que ellos también viven tu vida, ellos saben cuando tú tienes hijos, cuando estás bien, cuando te casas, cuando sufres el duelo, ellos también te acompañan, sienten contigo” (M.G., 34 años)

“ellos saben por tu cara si es que tú estás bien o estás mal o pasaste una mala noche, todo. Y te preguntan, tienes problemas, no tienes problemas, todo” (C.C., 38 años)

“a pesar de que nos vemos poco, poco es decir, en el sentido de que no soy su familia, ponen mucho cariño, hay mucha ternura, hay mucha entrega, hay muchas preocupaciones por mí, que realmente soy importante para ellos”. (C.C., 38 años).

Un aspecto que resulta clave para entender los alcances del lazo afectivo entre paciente y tratante, y como se genera un involucramiento en la vida de la otra

persona a la hora de atenderlos, es analizar como el paciente habla de la persona que lo atiende dentro de su grupo familiar. Según el relato de los trabajadores de salud, los pacientes hablan de ellos regularmente dentro de sus familias, lo que propicia el acercamiento entre los familiares de los pacientes y las personas que los atienden, con quienes finalmente se forma un lazo cercano que es fuente de valiosas gratificaciones para ellos.

“Fantástica (la relación con los familiares de los pacientes). Ellos, es impresionante porque uno no se dé cuenta de repente que hablan de uno en la casa, entonces de repente llegan con su regalito o diciendo oye, usted es amiga de mi mamá. Entonces uno como que, chuta, o si tienen algún problema en la casa te buscan a ti, entonces uno dice entonces que rico, porque eso es por ellos, o sea por los pacientes te van conociendo y la familia también de paso te quieren, te respetan. Entonces es súper gratificante, uno se da cuenta que está haciendo algo bueno” (J.B., 32 años)

“uno los va conociendo (a los familiares del paciente), se va acostumbrando, te van conociendo, te llaman por teléfono, uno les responde, también hay una cercanía con ellos, y bastante grande, porque también te llegan y depende también como te digo de la confianza que se genera y ellos a veces te buscan, y confían en ti, y confían en lo que uno les dice, también uno les da la tranquilidad cuando ellos lo necesitan” (M.G., 34 años)

“La diferencia de aquí con las otras áreas es que tú no conoces mucho a la familia, aquí tú conoces a la familia. La familia a veces tiene gestos contigo muy bonitos” (C.C., 38 años)

“Hay familias que te quieren conocer, o que han escuchado mucho de ti, que tienen intriga por conocerte. Esas familias se acercan, tú las conoces y te ven y te piden información también, entonces hay una cercanía, y saben

que tú eres la que atiende a su papá. Entonces hay mucha cercanía” (C.C., 38 años).

Este tipo de relación trasciende a nivel afectivo, generando un proceso de empatía que acaba afectando a nivel emocional a los trabajadores producto del roce diario con el sufrimiento de otras personas, en lo que estudios definen como “desgaste por empatía” (Acinas, 2011). Dentro del contexto de salud, la empatía es útil para poder comprender de manera adecuada las demandas del paciente y poder responder a ellas de manera efectiva y saludable, en un proceso que dependerá en gran medida del tipo de relación que se tenga y la distancia emocional que se marque con las necesidades de los pacientes (Sanchez y Mora, 2009; Moreno y Jordan, 2007; Acinas, 2011). Según lo relatado por los trabajadores de diálisis, este proceso de empatía es bastante útil a la hora de identificar las necesidades del pacientes y adoptar ciertos roles en la relación que serán expuestos en detalle más adelante, pero también reconocen que el contacto con el sufrimiento de las otras personas los marca a nivel emocional y los afecta, generando que lleven esa carga emocional a sus hogares, presentando sobre todo en los primeros meses y años de trabajo consecuencias en su salud mental, tales como estados de angustia, llantos, sentimientos depresivos, etc., los cuales van menguando producto de la experiencia y de la adaptación al trabajo, pero aún así se mantienen en la gran mayoría de las personas.

Las experiencias que marcan más a los trabajadores de diálisis, se producen cuando se ha generado un lazo particularmente estrecho con los pacientes, cuando se vivencia junto a ellos alguna experiencia traumática o compleja o cuando los problemas físicos del paciente alcanzan tal grado que genera una empatía directa con ellos, generándole un dolor emocional al tratante. Expresan a la vez, que este tipo de experiencias genera en ellos sentimientos depresivos que se mantienen por un tiempo, y que incluso con el paso del tiempo constantemente vuelven a recordar la experiencia, afectándoles nuevamente.

“estaba afectando mi vida personal. Al contar todo, era como el mismo tema siempre, y no, los demás no los conocen a los pacientes y no tenían porque escuchar a lo mejor, tanta mala onda” (J.B., 32 años)

“esas cosas si me han dado vueltas después en mi casa. Sí tu llegas y tienes algo y te dan ganas como de agarrar y llevárselos a la casa, no lo puedes hacer pero te dan ganas” (J.B., 32 años)

“ese lazo que establecimos con el paciente que es un paciente agresivo pero que después fue cambiando, me marca hasta día de hoy. ¿Por qué? Porque yo vi el cambio que tuvo con un hijo, entonces yo a ese niño ya no lo quiero ver más, porque ese niño me recuerda a su papa, y su papa me recuerda a una persona que yo la vi mal” (C.C., 38 años)

“te puedes llegar a jugar en contra el hecho de que te afecta mucho, mucho cuando a ellos les pasa algo, que lo haces tuyo, como si fuera un familiar, entonces a veces te llevas esa sobrecarga a tu casa”. (M.G., 34 años)

“generalmente están como más solos, como que uno tiende a preguntarse y preocuparse un poco más por ellos” (G.V., 37 años)

“de repente igual uno en el subconsciente “pucha Diosito, acuérdate, para que lo haces sufrir tanto”. Hay paciente que de repente empiezan con una amputación, que después la pierden, después la otra y al final es como una seguidilla de cosas que le van pasando y ahí está po, ahí está, entonces ya llega un minuto en que ya te la jugai por llegar hasta cierto punto y la cosa no avanza y como te decía pucha, ojala que se acordara, para que no siga sufriendo, porque igual uno ve el sufrimiento del paciente, no se po, que tu lo viste caminar y después llega en una silla de ruedas, que tienes que tomarlo en brazos, que tienes que tirarlo como que igual te da como lata. Genera, como pena, lata y ese sentimiento así como mesclado.” (G.V., 37 años)

“he visto también casos, realidad de vida tremendamente duras, que me hacen llegar a mi casa y ver mi casa, mi hogar y mi familia, y decir “chuta, gracias, lo que tengo” y así como también he llegado muy cansado, he llegado mal con ganas de decir o sea ya nada mas de esta cuestión, se acabo el cuento y ya no, nada más, y después empiezan a desfilar cada una de las caras, cada uno de los gestos, el chocolatito escondido que te llevan, ese gesto de agradecimiento, la mirada, el brillo en la mirada, y dices “no, vale la pena”, vale la pena y si tengo que trabajar 16 horas voy a trabajar las 16 horas porque vale la pena” (C.H., 38 años)

Todo lo anteriormente mencionado genera una relación finalmente de corte paternalista, en el cual el paciente se pone al servicio de la persona que va atenderlo no solo para que solucione sus problemas de salud, sino para que lo contenga, lo proteja y lo cuide a nivel afectivo y emocional (Entralgo, 1967; Lázaro y García, 2010). Esta situación es vista como algo natural e inherente al trabajo en diálisis y se tiende a atribuir a la cantidad de tiempo que se comparte entre ellos.

A la base de este tipo de relación, y de cualquier relación clínica, existe un choque entre distintas formas de percibir a la otra persona: la percepción que el paciente tenga del tratante y la que el tratante tenga de sus pacientes (King, 1981), dichas percepciones conllevan a su vez a determinadas acciones y formas de relaciones. En el caso particular de los trabajadores de diálisis, la percepción que tienen de sus pacientes se caracteriza por ver al paciente como un ser indefenso que debe ser resguardado. Le dan particular importancia a los temores que ellos presentan, y los definen como personas bastante demandantes de atención, requiriendo continuamente que estén cerca de ellos y relatando sus problemas a la persona que los atiende, generándose ciertos grados de dependencia con los trabajadores que les generan más confianza.

“Es un paciente muy demandante, muy dependiente... que yo creo que al final casi todo paciente que es crónico y que esta en un servicio quiere que... como que lo atiendan solamente a él. Él es primero en todo” (A.W., 32 años)

“Los pacientes llegan angustiados, hay pacientes que llegan llorando, llegan temerosos, entonces cuando uno logra darse ese tiempo de entender y de empatizar en ese sentido con lo que les pasa propiamente tal, es diferente, no es lo mismo, el paciente está mejor, está más tranquilo” (M.G., 34 años)

“ellos conversan arto de “no puedo ir este fin de semana pal campo porque tengo que saber estar el sábado acá”. O, no se po, no pude comer tanto en tal evento en tal matrimonio, porque subo de peso, entonces ellos como que te van manifestando sus molestias, sus carencias, sus malestares. Y ahí es donde uno va notando que, entre comillas, es como una depresión que tienen guardadita, es un desgaste de vida, de ánimo, de alegría, ya ellos no tienen proyectos más que día por medio ir a un lugar”. (J.B., 32 años)

Tal como se explicó previamente, esta percepción del paciente como un ser indefenso lleva a la vez a acciones directas para, en este caso, resguardar su seguridad.

Una de estas acciones es mejorar lo más posible su estado anímico, para reducir en gran parte sus temores y sentimientos depresivos de los pacientes, para lograr este objetivo la herramienta principal utilizada es el sentido del humor, por lo que se realizan esfuerzos por generar un ambiente distendido que mejore el clima del lugar de trabajo.

“hay pacientes que les agrada ir a diálisis, aunque uno lo encuentre raro, pero es porque se ríen contigo, porque te tiran la talla contigo, porque se salen de estos problemas o lo que lleva en su vida contigo. Entonces tu tratas de que hacer, que sea aun más grato”. (C.C., 38 años)

“le digo yo “si tu ya estai complicado”, “que si saliste arrancando del cementerio” le digo yo. Así es que ya, “ríete nomas” y se ríe, ahí nomas le digo yo “¿Quién más te hace reír?”, “nadie” me dice, “usted nomas” me dice, “viste” le digo yo “si después de todo lo pasai bien cuando venís para acá” le digo yo. “¿O me vas a decir que no?, “no, si con usted me entretengo”, y se ríen”. (G.V., 37 años)

“antes bailábamos, cantábamos, y ellos se cagaban de la risa. Para el año nuevo, no sé, tratábamos siempre de andar como... en buena. El XX también les canta, y ahí les tiramos tallas, cosas así” (G.V., 37 años)

“Tratamos de tirar la talla de que ellos entre si se conozcan y es bastante sencillos, ellos viajan en un furgón todos juntos donde se van riendo, pasan sus penas sus amarguras todos juntos, la relación es así, y tratamos de hacerla lo más liviana posible. Si imagínate el peso que ellos llevan ya con el tema de su enfermedad como para que más encima la relación fuera como muy estricta y muy formal, dentro de lo que es el tratamiento, entonces en la medida que el paciente este bien y se ría, si la risa es remedio, en la medida que el paciente este bien y se ría y paso un rato más o menos ameno, el paciente se va a sentir mucho mejor y va a tolerar mucho mejor la diálisis” (C.H., 39 años)

Otra acción que guarda directa relación con el objetivo antes mencionado de reducir sus temores o sentimientos depresivos, es la labor de contención emocional directa, la cual se lleva a cabo demostrándoles preocupación en todo momento y ofreciendo sus servicios de una manera más personalizada, promoviendo el desahogo y escuchándoles el tiempo necesario y buscando en ciertas ocasiones soluciones conjuntas frente a sus problemas o temores, entre otras cosas.

“llegan como con muchos miedos, y creen que son los primeros que les están pasando muchas cosas. Entonces yo les digo, cualquier cosa, lo más tonto que usted crea dígamelo, hágalo saber a cualquier persona, para nosotros es importante” (J.B., 32 años)

“cuando ellos están tristes ellos se desahogan, uno los escucha, una los calma, ellos se expresan acá” (M.G., 34 años)

“Y cuando ya ellos ya saben tu ya les puedes brindar el apoyo, “no, si usted tiene que salir adelante, no se preocupe, lo vamos a hacer de tal manera, le vamos a poner” (G.V., 37 años)

Da la sensación de que se valora bastante dentro del trabajo clínico diario, el otorgar ciertas concesiones frente las prohibiciones que provoca el mismo tratamiento, principalmente en lo referido a la alimentación. Esto es visto como una manera de reducir la angustia de los pacientes en muchas ocasiones y es una de las situaciones que más se agradece por parte de los pacientes.

“trato de ver cómo están ellos, de calmarlos, de entender la situación, de no ser tan restrictiva en todo, de prohibirles todo, no, no soy así, entonces yo trato de entender la posición en la que están. A veces en diálisis pasa eso, que todo no, no, no, no y no y entonces llega alguien que les dice: “sí, sí puede”, entonces también como una salvadora, “sí, si puedes” de ha poquito pero puede”. (M.G., 34 años)

“si quieren comer yo trato de hacérselo más realista, por ejemplo si tú me dice un paciente “me quiero comer una humita”, la nutricionista te va a decir no, porque su deber es negar, yo no soy nutricionista yo soy enfermera, que es lo que le digo yo, ya, te podís comer una pero si vas a comer no comas con esto otro. Hay como una transacción con los pacientes” (M.G., 34 años)

“Dentro de lo malo que puede ser esto hay que tratar de hacérselo lo mejor posible, pero no así como “chuta”...no, no hay un sentimiento así como “chuta, se va a morir”, no. Si quiere que pase toda la familia, que pase toda la familia, si total. Hay un sentimiento de que ojalá sea lo más práctico, si se quiere venir dos días a la semana, uta, por mí venga” (C.C., 38 años)

En ciertos casos también se llega a ejercer un papel de autoridad, en el sentido de guiarlos frente a un mal comportamiento o educarlos para que no cometan errores.

“cumplir en la medida de lo posible las demandas del paciente pero tampoco malcriarlos, porque al final, como te decía anteriormente ellos velan por si mismos, y ellos se tienen que dar cuenta que no son solamente a ellos los que nosotros atendemos si no que hay más pacientes, entonces uno también les hace ver eso, que la atención no es solamente para él, o sea no es personalizada a él nomás. Que no tiene más pacientes. De esa

forma uno controla que sea tan demandante, y bueno obviamente uno también le explica al paciente que a veces no puede hacer tal cosa porque esta preocupado de otro paciente, que tiene que esperar” (A.W., 32 años)

“obviamente se achacan, porque son... 20 años y chuta, no podis salir, ni podis bailar, no podis tomar, no podis hacer un montón de cosas, entonces tratar de (decirles) “oye, si hay un montón de otros adolescentes que también están en la misma condición y que estudian y que trabajan y que son capaces de hacer otras cosas” y no echarte a morir po” (G.V., 37 años)

“de repente hay que retar, hay que hacerlo porque no te queda opción, y como nosotros les decimos, pucha vamos a tener que tirarles las orejas a tal paciente porque no está haciendo caso” (C.H., 39 años)

“entonces a veces es como una pelea, como intentar cambiar la mentalidad que tiene el paciente con respecto a su enfermedad y siempre intentar lograr lo mejor para él. Es como una lucha constante” (A.W., 32 años)

Los mismos trabajadores de salud explican estas clases de comportamientos como un proceso de empatía e identificación, aclarando que para realizar los intentos por paliar el sufrimiento del paciente, se ponen en el lugar de él y hacen lo que ellos esperarían.

“como lo que me gustaría a mí entre comillas, sentir apoyo del otro, sentir que está, no que yo soy un simple A que lo conectó y ya, chao” (J.B., 32 años)

“para mí sería, no se... horrible ir a un lugar donde no quiero ir, pero si yo voy a un lugar donde se van a reír, donde van a echar la talla, donde me van a hacer agradable, yo si quiero ir” (C.C., 38 años)

“yo siempre he dicho, trato de ver que el otro puede ser algo mío y qué haría yo si fuera un familiar. Lo daría todo, esperaría unos minutos más

para que quede a lo mejor algo mejor hecho. Creo que así funcionan las cosas con los pacientes, como poniéndose... la empatía de que puede ser un familiar” (J.B., 32 años)

Se observan en este proceso de identificación bastante verbalizaciones relacionadas a sentimientos de culpa con los pacientes, asociados probablemente al mismo proceso de empatía antes mencionados. Las personas que trabajan en salud, con el correr del tiempo, parecen sentirse en la obligación de mostrarse alegres y agradecer por su vida, al encontrarse en una situación ventajosa en cuanto a salud, comparado a las personas con las cuales comparten diariamente.

“Para que andar con el caracho si ellos están peor que uno, o sea yo estoy sana y lo demás se puede arreglar, se puede solucionar” (G.V., 37 años)

“Da pena de que uno de repente es malagradecido, pucha esta pega, o me fue mal, y ellos tienen una realidad tan diferente, están enfermos y tu estai vivo” (J.B., 32 años)

“ellos ya tienen suficientes problemas como pa que la que los atiende ande con caracho” (J.B., 32 años)

Este proceso de empatía e identificación, se acentúa en gran medida cuando las características del paciente son similares a las del tratante, generándose una comparación directa entre la propia vida y la del paciente, preguntándose aspectos como que hacían ellos a la edad del paciente o cómo reaccionarían si estuvieran en su situación. También hay un proceso de identificación fuerte cuando el paciente comparte características similares a personas cercanas importantes para el profesional de salud, tales como hijos, padres, abuelos, etc., haciéndose la misma clase de preguntas que en la situación anterior, pero llevado a la figura de su familiar cercano. Esto conlleva un involucramiento emocional mayor a la hora de tratar al paciente y se generan transferencias emocionales más potentes frente a problemas de salud que puedan presentar.

“yo creo que uno puede desarrollar lazos más fuertes cuando tu tienes cosas como en común, mayor cosas en común, o al final uno también desarrolla mas lazos porque también uno ve como que si fuera un familiar tuyo, entonces es como si tu piensas en la abuelita tanto, tu te imaginas después tu abuelita como te gustaría que la trataran... y eso como que te acerca más” (A.W., 32 años)

“Tu igual haces la comparación, chuta, yo a los 20 estaba estudiando, a los 20 estaba, no sé, yéndome a mochilear al sur y ella tiene que venir pa’ acá, entonces igual ahí es como diferentes el trato, es como más, es un poco más sutil” (J.B., 32 años)

“Y hay niños que no he podido pinchar, porque tenían más o menos la edad de mi hija, de mi sobrina en ese minuto, entonces no los he podido pinchar porque es demasiado lo que me dan para sufrir” (C.C., 38 años)

De esta forma, el tipo de relación varía también según el rango etario del paciente, teniendo más características de camaradería y una mayor cercanía emocional a medida que el paciente es más joven, tratándolo como un igual o incluso como una persona que debe ser educada. Al adulto mayor, en cambio, se le ve con más ternura y se establece una barrera emocional mayor dada por la brecha generacional.

“que uno diga, no, le voy a poner más atención porque es más joven que viva más, no. Pero si en la parte carismática, obviamente tienes más empatía con el joven” (J.B., 32 años)

“tú conoces los más jóvenes y empatizas, porque dices, pucha joven, igual tiene este tratamiento que si bien te permite hacer cosas de tu vida normal, pero igual tienes que dedicarle tiempo, empatizas en ese sentido, que es una persona que está recién haciendo su vida” (M.G., 34 años)

“tratar en encausarles el camino de repente cuando son jóvenes, porque obviamente se achacan, porque son... 20 años y chuta, no podis salir, ni podis bailar, no podis tomar, no podis hacer un montón de cosas, entonces tratar de “oye, si hay un montón de otros adolescentes que también están en la misma condición y que estudian y que trabajan y que son capaces de hacer otras cosas” y no echarte a morir po, en ese aspecto igual hay que tener como confianza y decir de repente ya po, o sea “atina si estás bien que estés enferma pero igual puedes salir adelante y puedes no sé, casarte, tener familia”, como ha pasado, que al principio igual sobre todo los jóvenes, apoyarlos, que si tienen trabajos o estudios, esas cosas”. (G.V., 37 años)

“ todos deberían ser iguales los pacientes. Pero no, tú ves que algunos son mayores que ya han vivido toda una vida, en cambio hay otras niñitas que todavía les falta por vivir, por lo tanto hay mayor responsabilidad con esas personas, con las que les falta por vivir” (C.C., 38 años)

4.3.3. Categoría 3: Salud mental del trabajador

La relación clínica puede ser objeto de numerosas complicaciones para la figura del tratante, en el sentido que conlleva hacerse cargo de las necesidades de otra persona con toda la sobrecarga emocional que eso implica, derivada del proceso de empatía propio del trabajo con personas (Acinas, 2011). A la vez, la relación clínica implica un numeroso conjunto de factores intervinientes relacionados a la vida privada del trabajador de salud, al tipo de vivencia particular del pacientes y las demandas de él, o al ambiente de trabajo y de la institución a la cual se pertenece, influyendo de manera directa en la calidad de vida profesional y la satisfacción laboral de la persona, dependiendo si las capacidades percibidas son suficientes para hacer frente a las demandas del ambientes (Garcia Sanchez, 1993; Fernandez, Santa Clotilde y Casado, 2007; Herrera y Cassals, 2005;

Rodriguez, 2010; Locke, 1967; Varella-Centelles, 2004; Sosa, 2010; Dejours, 2009; Dominguez, 1992).

En el caso de los trabajadores de diálisis, la relación con los pacientes genera en ellos un proceso de transferencias emocionales fuertes y un involucramiento con la persona a la que se cuida, lo que hace que el trabajador de salud se sienta responsable tanto de aspectos físicos como psicológicos del paciente, lo que genera una fuerte sobrecarga a nivel emocional lo que se grafica en sentimientos de tristeza y temores. El trabajo en diálisis es definido como más angustiante y estresante que otros trabajos dentro del sector salud, y la principal diferencia señalada es el tipo de relación que se establece con los pacientes, asumiendo esta a la vez como primera causa de angustias y sentimientos depresivos relacionados a su trabajo.

Esto se comprende también desde el modelo de Karasek (2001) según el cual altas exigencias, acompañadas de un bajo control situacional desembocan en sentimientos negativos tales como angustia, tristeza y ansiedades (Díaz y Mauro, 2012). El trabajo en diálisis es un trabajo donde existe muy bajo control, en el que las entrevistadas refieren sentirse sin herramientas para contrarrestar en muchas ocasiones el estado del paciente, y por otra, las responsabilidades con ellos, explicadas previamente, lo convierten en un trabajo altamente demandante.

“Es difícil, y es angustiante. Es angustiante porque a veces, como te decía anteriormente, una queda atada de brazos y no hallas que más hacer para poder ayudarlos”. (M.G., 34 años)

“Tal vez eso pasa en otros lugares, porque por ejemplo en otros trabajos tú puedes llegar y pasas, pasa un paciente, pasa una persona y tú lo atiendes lo mejor posible pero no hay un lazo, un sentimiento. Acá no, acá son persona que yo conozco desde que llegué acá hace 9 años, entonces es imposible que no te involucres sentimentalmente con ella, que no te dé pena cuando ellos están mal”. (M.G., 34 años)

“Te afecta si están mal, si tienen algún problema, si es que su salud empeora y no mejora, si es que tú vez que se te acaban las posibilidades de seguirlos ayudando y a veces no vez mejoras en esos pacientes te afecta”. (M.G., 34 años)

“El primer año paso mucho que yo dije “no sirvo pa esto” porque escuchaba, y llegaba a la casa, y muchas veces me vi llorando porque la persona había hecho paro cardíaco y eso, en el momento tú te mueves, haces cosas y es un desgaste físico y emocional que después llegaba a mi casa me tiraba al suelo y me ponía a llorar”. (J.B., 32 años)

“la diálisis en si no es como que pase desapercibido, o sea ahí yo entre a diálisis nunca me costó o nunca me ha dolido nada, mentira. En sus comienzos es pesado, ver que una persona si no haces nada se te va a morir en el momento, te pasa la cuenta después en tu casa los primeros meses, los primeros años”. (J.B., 32 años)

“Yo he trabajado en varias áreas de la salud, psiquiatría, he trabajado en oftalmología, consultorio, patología anatómica que es trabajar con muertos que igual es como, como fuerte pero creo que diálisis va en primer lugar en lo que es estrés. Cuando no se tiene la experiencia, si, es estresante”. (J.B., 32 años)

La experiencia es un factor determinante a la hora de autoevaluar su calidad de vida en el caso de los trabajadores de diálisis. Expresan que los primeros años son particularmente complicados debido a la falta de adaptación a situaciones complicadas tales como muertes sorpresivas o descompensaciones en sala de diálisis, pero con el tiempo logran acostumbrarse e incluso responder de maneras más óptimas a las exigencias laborales. A la vez, la experiencia es vista como un factor que permite, en primer lugar, comprender mejor al paciente y empatizar de manera más efectiva para responder a sus demandas, y en segundo lugar, permite adaptarse más a sus historias de vida y reduce la intensidad de los sentimientos depresivos producidos por las transferencias emocionales.

“Tengo que decir que los primeros dos años en diálisis fue muy complicada esa parte de no sentirte capaz de apoyar en un inicio, pero ya después la misma experiencia te da como más tranquilidad para ayudar en momentos de crisis a un paciente cuando hacen sus... ya, lo más complicado son bajas de presión”. (J.B., 32 años)

“cuando uno es frío en ciertas forma toma como liderazgo, en el sentido de ya... tu, yo lo voy a desconectar, voy a hacer esto, el resto ya sigan para otro lado yo sigo aquí, llamen a... tomas como una decisión. En el terremoto decir, ya... nadie sale, nos quedamos todos ¿entiendes? A lo mejor son los años los que te enseñan” (C.C., 38 años)

“el tener la experiencia te hace conocer también cómo evoluciona el paciente en diálisis, el paciente en diálisis evoluciona en diferentes aspectos, cómo te digo no es lo mismo en 3 meses, que en 6 meses o al año, pasan por etapas parecidas a un duelo, etapas depresivas, después en los que ellos se sienten bien, después vuelven a caer, entonces es como toda una evolución, entonces claro, a favor es el tener la experiencia y los años en los que ellos te conoces y por otro lado a lo mejor ciertas habilidades que uno tiene también con el tiempo que son propias, que te hacen desenvolverte mejor y llegar mejor a ellos” (M.G., 34 años)

“a lo largo del tiempo uno va separando más las cosas, el trabajo de la vida personal. En el sentido de que no te llevas tantos problemas a la casa. Siempre te llevas problemas pero ya no son tantos, se supone que con el tiempo van a ser menos” (C.C., 38 años)

“cuando tú partes, hay un sentimiento de enojo, rabia, por como es el sistema pero con el tiempo no sé si vas quedándote como más indolente, vas aceptando más las cosas como son” (C.C., 38 años)

Existe plena conciencia en los entrevistados de que esta sobrecarga emocional puede ser excesivamente desgastante, por lo que ellos mismos optan por determinadas acciones, ligadas principalmente a la separación entre el trabajo y la

vida personal, con el objetivo de reducir el estrés, asumiendo que los problemas de sus pacientes podrían generarles algún daño a nivel psicológico si no saben separarlos de su propia vida. Esta separación entre la vida personal y laboral es algo que se realiza a nivel consiente, con mayor o menos esfuerzo dependiendo las características personales del trabajador.

“Yo salgo de acá de la clínica y me desconecto. Porque si es que estuviera preocupado siempre de que a alguien le va a pasar algo, estaría con depresión, no se po”. (A.W., 32 años)

“por lo menos en mi caso, se da natural. Es como... el trabajo es trabajo. Y se queja en el trabajo” (A.W., 32 años)

“uno los ayuda todo pero yo por lo menos, por la personalidad y por circunstancias de vida y todo, aprendí a dejar como esos problemas ahí, o sea yo los escucho, ayudo hasta dónde puedo pero sé que tengo sus límites porque es su vida, yo tengo la mía. Y salgo de la diálisis y ya no es como los primeros meses que yo llegaba a mi casa a llorar, o quedaba metida en como los puedo ayudar, como los puedo ayudar. Ahora ya no, uno va madurando en ese sentido profesional también y como que escucho el problema, ayudo y... creo que hasta ahí queda mi ayuda” (J.B., 32 años)

“trato de dar todo en el momento y si ya después no resulta, ya no puedo hacer más” (J.B., 32 años)

“yo cuando salgo del trabajo me desconecto, o sea no pienso en el trabajo, acá hablo muy poco del trabajo, entonces es una forma de no cargarme emocionalmente” (A.W., 32 años)

Además de proteger la propia salud mental, la frialdad emocional se ve como un beneficio para realizar el trabajo de manera adecuada y proteger también a los pacientes, pues permite reaccionar ante emergencias sin dificultades y darles una señal de tranquilidad.

“Hay personas que somos más frías, yo soy fría, y cuando uno es frío en ciertas forma toma como liderazgo, en el sentido de ya... tu, yo lo voy a desconectar, voy a hacer esto, el resto ya sigan para otro lado yo sigo aquí, llamen a... tomas como una decisión. En el terremoto decir, ya... nadie sale, nos quedamos todos ¿entiendes? A lo mejor son los años los que te enseñan pero como que donde una es más fría una como que establece las reglas, y el resto como que acata. Esa es mi impresión”. (C.C., 38 años)

“Nunca pensé que iba a ser así tan distante con las personas en el sentido objetivo, en ese sentido de hay que hacer tal cosa, yo lo hago, no pienso, no actuó así con sentimientos, soy más fría y nunca pensé que iba a ser tan fría en ese sentido” (C.C., 38 años)

“Entonces qué es lo que hago yo, yo bloqueo mis emociones y en este minuto yo tengo que sacarlo, y tengo que saber mantenerlo, porque para eso estoy yo, en ese sentido es bueno, porque si me pusiera a llorar junto con el paciente, ¿Quién lo va a atender?” (C.C., 38 años)

“si uno tiene problemas del trabajo, por lo menos en mi caso yo me enfoco más en el trabajo todavía, o sea yo creo que si, no se po, empiezo a pensar más en el problema, a darle más vueltas no va a ser algo productivo, entonces me enfoco en lo que tengo que hacer para que no me genere un mayor problema”. (A.W., 32 años)

“Nada, sigo trabajando nomás (cuando hay una sobrecarga emocional). Me lo aguanto. Licencias no he presentado por lo menos por estrés, uno lo nota porque cuando estás estresada te duelen las manos, te duele la cabeza, andas cansado, con angustia, pero se sabe que tiene que pasar, se trata de dominar en ese sentido”. (M.G., 34 años)

“trato de ayudar a los pacientes en el momento y hago todo lo que pueda, o llego a la casa y le sigo dando vueltas y todo. O sea, ¿cómo ayudo más?, y después pensando en los problemas y uno achacándose no ayuda en nada. Trae más problemas” (J.B., 32 años)

“Yo siempre he dicho, la familia tiene el derecho de llorar, uno no, porque si yo me pongo a llorar no funciona, uno tiene que ayudar nomás” (C.C., 38 años)

4.3.4. Categoría 4: Significación del trabajo

El trabajo es un elemento primordial en la vida de los seres humanos pues, en muchos casos, permite satisfacer las necesidades básicas a través de una retribución económica, además de proveer a la persona una sensación de autovalía y superación personal (Roca, 2014). En el caso particular del trabajador de la salud la dimensión social de su labor dota a la vez de un significado particular a su experiencia, pues obliga a una interacción tremendamente relevante para los implicados en ella, que en base a las dimensiones objetivas y subjetivas de la labor puede desencadenar sentimientos muy positivos para el trabajador de salud, como también podría generar un sesgo negativo (Blanch, Ochoa y Sahagún, 2014). El significado que cada persona le da al trabajo que realiza depende de numerosos factores tanto organizacionales como personales, y grandes rasgos se pueden percibir cuatro grupos principales de sentidos que la persona le otorga a su trabajo: satisfactor de necesidades vitales, satisfactor de necesidades interpersonales, llenar el día e identidad y expresión (Frese, 1982).

Los relatos recogidos permiten comprender que la principal fuente de gratificaciones en el trabajo en diálisis proviene precisamente de la relación clínica con el paciente, señalando que las muestras de cariño de los pacientes, expresadas a través de pequeños obsequios o retribuciones verbales, tienen un significado valioso para ellos generando que con el paso del tiempo aumenten los sentimientos gratificantes respecto al trabajo que se realiza, aumentando su compromiso con la labor realizada y motivando aún más a entablar una relación cercana con los pacientes. Desde este punto de vista es determinante para ellos la dimensión subjetiva de la experiencia (Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012), y la

principal significación de su trabajo estaría dada por la satisfacción de sus necesidades interpersonales (Frese, 1982).

“entonces igual es como gratificantes que ellos se acuerden de las cosas que tu les dices y que en realidad, si no me paso nada, o sí, me sentí mal, usted me dijo que yo me iba a sentir mal entonces como que no había... no me asusté, entonces eso también es como bueno”. (G.V., 37 años)

“Entonces uno como que, chuta, o si tienen algún problema en la casa te buscan a ti, entonces uno dice entonces que rico, porque eso es por ellos, o sea por los pacientes te van conociendo y la familia también de paso te quieren, te respetan”. (J.B., 32 años)

“Entonces igual te van ayudando a tu autoestima, a tu confianza, a tu ayuda personal, arto. En otras áreas a lo mejor no porque son pacientes más ambulatorios, acá tú aprendes a conocerlos a valorarlos, aprendo mucho de ellos”. (J.B., 32 años)

“también te entrega satisfacción por el tema de que uno está ayudando en el cómo se siente un paciente... en el bienestar del paciente, y eso yo creo que tenga otra forma de ver lo que uno hace, porque uno ve como los pacientes son agradecidos con uno y no solamente cuando uno les realiza un buen tratamiento sino que en como uno los saluda, como uno se preocupa de si les pasó algo” (A.W., 32 años)

“Me han enseñado que a pesar de que nos vemos poco, poco es decir, en el sentido de que no soy su familia, ponen mucho cariño, hay mucha ternura, hay mucha entrega, hay muchas preocupaciones por mí, que realmente soy importante para ellos” (C.C., 38 años)

“te vas alegrando con cada una de sus alegrías, y cada pequeño gran logro de ellos es un pequeño gran logro tuyo. Uno no puede evitar sentirse parte de, porque tu estuviste ahí desde el principio, porque tu lo convenciste muchas veces que eso era lo mejor sin que ellos quisieran. El nacimiento

de un nieto, por ejemplo, que es un caso completamente de ellos a uno como personal de salud te da un júbilo tremendo, y en lo que uno piensa chuta conoció a su nieto, ¿me entiendes?” (C.H., 39 años)

“como decía anteriormente, este pequeño chocolate es el gran pago de la diálisis, el gesto, ahí hay un gesto de agradecimiento, de entrega y de reconocimiento” (C.H., 39 años)

“entonces eso es un reconocimiento a tu labor, que muchas veces no lo tienen los jefes o la gente que está trabajando en la oficina. A nosotros nos basta el reconocimiento de los pacientes, porque nosotros trabajamos para ellos” (C.H., 39 años)

“que salgas con una licencia y te digan la he echado tanto de menos. Que te vayas a reutilización y te dicen pucha pero usted porque está por allá. Esos son los grandes pagos que tiene la diálisis que no los tienen otros servicios. Uno va a otros servicios y todos se quejan de cómo los atienden” (K.Q., 39 años)

“alargarle la vida al paciente, por ejemplo trabajando ahí es grato atender personas que se que a lo mejor les queda poco tiempo de vida y van cambiando y te sientes mejor. Don XXX por ejemplo, un viejito que ya se iba para el otro lado, hoy se fue a pesar solito, esas cosas igual como que te alegran mucho” (N.C., 27 años).

4.4. Objetivo 2:

“Analizar la vivencia de la muerte de los/as pacientes desde el punto de vista del trabajador/a de salud”

Concepto clave: vivencia de la muerte de los/as pacientes.

4.4.1. Categoría 1: Visión de la muerte

Las experiencias personales de cada ser humano frente a la muerte van determinando con el correr del tiempo una visión particular y profundamente personal del fenómeno, mediada en ciertas ocasiones por factores religiosos que sirven principalmente para dotar de sentido a la muerte de las personas, además de los factores culturales involucrados (Kübler-Ross, 1972; Hernández, 2006; Muriá, 2000). La visión de la muerte que se acostumbra poseer en la sociedad occidental es la de un evento crítico y profundamente estresante, idea que va de la mano con el hecho de que las personas en la sociedad moderna occidentalizada no conciben la muerte como un hecho que sea parte de un ciclo natural, sino que siempre se tiende a atribuirle una causalidad externa (Hernández, 2006). Además, los equipos de salud se ven cada vez más forzados a mantener la vida lo más posible más allá de la opinión del paciente o del deterioro que este pueda tener, como consecuencia tanto de presiones de la familia como producto de los avances tecnológicos que ayudan a prolongar la vida de los pacientes (Benavente, 2006; Martín, 2003; Kübler-Ross, 1972; Hernández, 2006).

Es particularmente importante a la hora de analizar la vivencia de la muerte de los pacientes, desde el punto de vista de los trabajadores de salud, el observar las ideas personales que cada persona entrevistada posea respecto al fenómeno, las cuales se describen a continuación.

“mí idea de la muerte al ver estas muertes así como tan en paz, me dan la sensación de una liberación. Llega un momento en que el ser humano está amarrado, amarrado a un cuerpo que te da dolores, amarrado a un cuerpo que te da problemas, amarrado a una serie de cosas. Yo he visto espíritus de jóvenes, espíritus de niños, amarrados a cuerpos de ancianos de 80 años, entonces la muerte cuando la persona muere con esta paz que se refleja me da la sensación de una liberación, ya no va a estar amarrado a ese cuerpo, ya no va a estar sufriendo más, ya no, nada más” (C.H., 39 años)

“Es el término de la vida de una persona, y no la asumo como cercana. Tengo papás que tienen edades, pero en este momento no pienso que sea tema, o yo no lo quiero asumir porque yo pienso que nadie quiere que se le muera un familiar, entonces como que no pienso en eso, yo creo que es para no cargarme emocionalmente. Puede ocurrir, pero como que no me ha pasado algo tan cercano, lo veo como más lejano” (A.W., 32 años)

“Creo en una vida más allá, por lo tanto la muerte la veo como un paso a un lugar muy lindo o a un lugar muy feo, nada más” (C.C., 38 años)

“es un proceso natural de todo ser humano, que tal como nacimos vamos a tener que morir, que no se sabe cuándo, pero eso” (G.V., 37 años)

“Para mí es terrible, pero la muerte de la gente que yo quiero. Ver por ejemplo, voy caminando y veo a una persona muerta en el suelo no me produce nada. No así, si a lo mejor viera que los están atacando y en el momento pierden la vida, me choca. Pero la muerte que yo más... no supero y le tengo terror es la muerte de la gente que yo quiero, creo que no es superable, ni con psicólogo ni con nada. No se supera, se guarda en un lugar que no moleste, que no afecte el día a día, pero no pasa de que se supere, no. Le tengo tirria a la muerte. Quiero que con mi familia, mis hijos, no sea tema, no sea un tabú, y desde chicos enseñarles que la muerte existe, porque cuando chica para mí sí era un tabú y cuando sucedió no

supe qué hacer. Me volví loca, y todavía me pasa que no sé cómo enfrentarla, me la guardo, la escondo y no la enfrento, no la asumo. Pero con los pacientes, “pucha, lo voy a echar de menos”, uno recuerda las cosas bonitas, mayormente no, porque como he tenido muertes de familiares cercanos como que me hace fría las otras muertes, a mí por lo menos” (J.B., 32 años)

“yo creo que le tengo tanto miedo a la muerte, soy de las persona que se aferran mucho a la vida. Miedo por lo desconocido, no digamos, por la religión, el infierno o esas cosas sino por el temor a lo desconocido, me da miedo dejar de ver una persona por lo tanto yo soy muy apegada a la vida y la lucho hasta el final, en las condiciones que sean” (M.G., 34 años)

A diferencia de la visión acostumbrada en la sociedad actual y descrita en la literatura (Kübler-Ross, 1972; Hernández, 2006; Muriá, 2000), la experiencia del trabajo en diálisis genera en los trabajadores que el deterioro físico de la persona y la imposibilidad del alta en la gran mayoría de los casos, genere que la muerte sea vista como un hecho mucho más natural y lógico.

Dado que es muy difícil que los pacientes puedan ser dados de alta del tratamiento en hemodiálisis, la muerte es el único fin seguro para los casos de estos pacientes, y se asume como principal consecuencia del tratamiento realizado. Aún así, dependiendo las características particulares del caso, se genera una visión personalizada frente al fenómeno. Donde la forma de abordar la muerte y los sentimientos que genere van a depender de cada caso en forma individual, gatillando que según sea la situación, la muerte pueda ser vista como un hecho positivo y liberador, o como una consecuencia negativa que genera un dolor profundo en la persona que lo trataba.

Una de las causas principales que gatillan la percepción de la muerte como un hecho negativo es la edad de la persona que fallece. El trabajo en diálisis permite relacionarse con personas de diferentes rangos etarios, y al parecer la muerte se convierte en la consecuencia previsible del tratamiento sólo en la medida que las

características físicas del paciente en cuestión concuerden con las esperadas de una persona a punto de fallecer, por lo que el fallecimiento de una persona joven genera cuestionamientos profundos y un dolor intenso en la persona que los trata.

“Yo creo que cuando pasa una muerte que es de una persona más joven, es más sorprendente, no que sea menos importante, te sorprende más. Pero obviamente cuando es un paciente mayor y con todas las otras enfermedades que tiene yo creo que uno lo asume como de mejor manera porque es algo que se puede esperar que le ocurra” (A.W., 32 años).

“A veces se sienten mal cuando son por ejemplo jóvenes, ahí como que les afecta más que si es un abuelito. Que te dicen, pucha, una cabra joven, le quedaba arto todavía, cosas así. Pero cuando son de una edad similar como que lo ven igual como un proceso natural” (G.V., 37 años)

“me pasó con una paciente que era súper joven. Pucha, es súper joven, tenía tantos proyectos, hablábamos tantos temas, e igual eso en el momento te choca y en el momento uno dice, “pucha, pero por qué, si estaba bien, estaba empezando su vida, a lo mejor con una enfermedad terminal, pero estaba recién empezando a vivir, no es justo” (J.B., 32 años)

“Cuando muere un paciente joven, es mucho el dolor. La diferencia de aquí con las otras áreas es que tú no conoces mucho a la familia, aquí tú conoces a la familia. La familia a veces tiene gestos contigo muy bonitos, entonces en un paciente joven duele, duele porque no alcanzó a vivir, no alcanzó a disfrutar, en cambio en una persona que es mayor ya tuvo toda una vida” (C.C., 38 años)

“uno espera por ejemplo que los pacientes mas añosos es el ciclo de la vida, duele, da pena, por los afectos, pero es más esperado, no es lo mismo que en un paciente que es más joven, ese deterioro te afecta, porque ves por ejemplo que ellos están con, no sé, tiene altas expectativas de su vida o están con alguna meta o desarrollando algunas actividades” (M.G., 34 años)

Según lo recogido en las entrevistas, el deterioro de los pacientes cumpliría una función importante para ellos, en el sentido de que les permite prever la posibilidad del fallecimiento y que no se convierta en un evento traumático. A consecuencia de ellos, las muertes con características más abruptas o inesperadas también causan en los trabajadores percepciones negativas, causándoles sentimientos depresivos y una sensación de sorpresa de la cual no es sencillo reponerse.

“cuando son inesperadas, chuta, quedamos así como sorprendidos, así como no sé, se fue a acostar y nunca despertó, como te dicen no si estaba durmiendo, en la mañana lo fuimos a despertar y no estaba. Dices chuta, que lata” (G.V., 37 años)

“igual hay muertes que impactan más, por ejemplo las muertes que uno los vio en la última sesión de diálisis bien, y riéndose, y después te dicen, tal murió. Igual es como chocante porque hay pacientes que no se, te dicen... “oh, hace un semana está en el hospital o está en coma” y ya, pasa. Pero hay otros pacientes que uno ha estado conversando y tirando la talla y te dicen, “ah, tal quedó hospitalizado y murió de un paro” y uno queda “pero cómo, si no estaba mal” y sí eso me ha asombrado. Sí me he visto como: “oh, todavía hay cosas que me asombran de aquí”.” (J.B., 32 años)

“Si es un paciente que nosotros sabíamos que estaba mal, que en la diálisis hacía paros cardíacos continuos, ya uno “ah, ya, sabíamos”. Pero hay otros que están bien y después fueron al hospital, allá paro cardíaco y murió, y como que nos avisan y “oh” todos callados” (J.B., 32 años)

“cuando es una persona que tú no lo esperabas, es como cortar un ciclo, como que tú ni siquiera lo razones en el minuto, como que lo vas razonando a través del tiempo. Pero no hay una cosa así como que... no, la sensación de que quedó inconcluso, que no alcanzó a ni siquiera prepararse, esa es la sensación que hay” (C.C., 38 años)

La relación clínica y el lazo afectivo que esta genere es un factor preponderante a la hora de percibir la muerte como un hecho negativo, puesto que mientras mayor

es la cercanía que se tenga con la figura del paciente o con la familia de ellos, más profundos serán los sentimientos que genere la muerte de ese paciente. Alcanzándose en muchos casos una cercanía similar a la de un paciente o amigo.

“Podría decirse que una debería estar más acostumbrada y aprender y verlo como algo natural, pero siempre es diferente, no es que una aprende que esto pasa, siempre te duele. Más, o menos, pero siempre te afecta igual, uno sabe que es el ciclo de la vida pero no porque sea el ciclo de la vida significa que a uno no le duela, o no le afecte, uno va creando lazos afectivos no con todos iguales pero hay algunos con los que tu creas mas lazos afectivos”. (M.G., 34 años)

“veo que siempre que fallece alguien, otro va a quedar sufriendo, por eso es que el tema de la muerte para mi es más fuerte, porque claro, la persona fallece y se libra de muchos dolores, de muchas afectaciones, pero uno sufre porque ve a la persona que está al lado y que generalmente hay algún familiar que está sufriendo, por eso también es terrible. Porque uno crea lazos con la gente que es familiar, no solamente con el que está ahí, sino con el familiar, entonces verlo sufrir obviamente que se afecta”. (M.G., 34 años)

“Pero cuando hay una persona que tú le tomas mucho cariño, o una persona que tú la has visto crecer ahí, ahí duele, duele harto. Y creo que no se quita ese dolor, porque después incluso puedes verlo en la calle, y tú ves la persona, y de repente te acuerdas, no, no es él, porque esa persona murió. Pueden pasar cinco años, seis años, y sigue pasando, en que tú sigues viendo a la persona, y tú dices hoy vi a fulanito, y después te acuerdas que no puede haber sido fulanito porque fulanito murió. Entonces sigue estando presente y yo creo que va a estar toda tu vida presente, a diferencia de una persona que tú ni siquiera conociste o que no tuviste mayor relación porque en realidad no hubo una mayor cercanía tampoco”. (C.C., 38 años)

Por otra parte, las características particulares del trabajo en diálisis propician que la muerte sea vista como un hecho que se espera con ansias cuando el sufrimiento y el deterioro físico del paciente se vuelve algo imposible de contrarrestar con el tratamiento que ellos entregan.

Esto se ve demostrado en los relatos dado que las personas expresan en muchas ocasiones desear que determinadas personas mueran para acabar su sufrimiento, llegando a sentir alivio cuando esto sucede y de bienestar, pues el pensamiento acostumbrado cuando sucede esta situación es que estará en “un lugar mejor”.

“la agonía es más larga uno espera que suceda para que deje de sufrir, entonces te da una sensación de alivio por esa persona, de que no tenga dolor” (M.G., 34 años)

“hasta yo me digo, pucha, ojalá que se vaya luego para que descanse, pero eso lo dices para ti nomás o dentro de tus cercanos, o ponte tú con las colegas de repente comentamos, “pucha, hasta cuando irá a aguantar” que el paciente cada vez está peor, por ejemplo hay un paciente que está con cáncer y llega muy mal entonces uno está ahí esperando” (G.V., 37 años)

“nosotros teníamos un paciente que se amputó, había quedado sordo, ya no veía, entonces era una, tras otra, y ya comentábamos con los chiquillos, ya mejor que don X se haya ido porque ya le paso todo al pobre hombre, entonces ya está mejor descansando” (G.V., 37 años)

“hay pacientes que en su casa los tratan mal, que son ya parte del cacho de la familia. Entonces cuando mueren, y uno que les conoce la vida, bueno, ya no va a molestar a nadie, ni van a pasar hambre, ni van a sufrir” (J.B., 32 años)

“si es un paciente que tú le tenías mucho cariño y fue una buena persona deja la sensación de bienestar porque diste todo por esa persona” (C.C., 38 años)

Por ende, la muerte pasa a tener en muchas ocasiones una connotación positiva dentro del ambiente de trabajo en diálisis, dejando de lado la negación y el estrés propio que genera tal fenómeno en la sociedad chilena actual (Hernández, 2006). Se repiten en los relatos verbalizaciones de alivio frente al fallecimiento de paciente con un deterioro profundo a de avanzadas edades, a la vez que también influyen las condiciones sociales de dicho paciente, dándosele una connotación más positiva a paciente que vivían en condiciones de pobreza o de abandono por parte de sus cercanos.

“es un alivio, porque en la familia ya no tenía mucho apoyo, entonces como que tú en esos casos, ahí sientes como te decía antes, como ese alivio de que ya está descansando. Porque también son una carga para la familia, y tú ves que la familia a veces no está ahí, que ni se preocupan, entonces en esos casos uno dice, gracias Diosito que te acordaste y te lo llevaste porque ya no está sufriendo” (G.V., 37 años)

“la persona que esta desamparada, que esta triste puede estar físicamente bien, pero por ejemplo una persona que está sola, que está deprimida, que no tiene gente a su alrededor o una red de apoyo a lo mejor también uno lo ve como una manera de aliviar” (M.G., 34 años)

“algunas son impactantes por como suceden y otras hasta uno agradece” (J.B., 32 años)

“yo no soy de las personas que lloro en ese minuto, porque yo veo al lugar... o siento más que ver, porque no veo nada, pero siento que al lugar que se van, es un lugar donde podrían tener más paz, que la hubiesen tenido acá” (C.C., 38 años)

“yo creo que eso hay que dejárselo a Dios, pero que si la ayudaría un poquito sí, porque tampoco me gustaría ver a alguien sufriendo eternamente. Al principio no, al principio tú, “no es que tiene que vivir”,

ahora no, cuando tú ves a alguien sufrir sí consideras que es mejor otro lugar” (C.C., 38 años)

4.4.2. Categoría 2: Sentimientos frente a la muerte

Las emociones que despierta la muerte de los pacientes en los trabajadores de salud por lo general son sentimientos depresivos, los cuales desembocan en futuros temores, ansiedades o incluso estados depresivos dependiendo el lazo que hubiera entre la muerte de la persona y la labor que el trabajador debía realizar (Maza, Zabala y Merino, 2008; Epele, 1994).

Los sentimientos de tristeza frente a la muerte en el caso de los trabajadores entrevistados, se enfocan más en el proceso de deterioro y agonía previo a la muerte, más que a la muerte propiamente tal. La intensidad de estos sentimientos por lo general es baja y no representa problemas a la hora de desempeñar la labor en el futuro cercano, esto se asocia principalmente a un proceso de acostumbramiento por el cual se pasa, que permite reducir los sentimientos negativos a medida que se observan más casos similares con el tiempo.

“cuando es un paciente que tú lo conoces más, obviamente que te causa pena, yo creo que más pena por lo que pasó”. (A.W., 32 años)

“Ahora, cuando yo veo a alguien que no ha sido una buena persona, y la veo muerta, me da pena. Me da pena por donde va, a lo que va”. (C.C., 38 años)

“Hay personas que lloran y salen a llorar, hay otras que se van para dentro, hay otras personas que funcionan, cada uno tiene su forma distinta de vivir el luto...Yo trabajo nomás, no me voy para adentro. Claro, no ando sonriendo pero tampoco ando llorando, no soy de las que me pongo a llorar” (C.C., 38 años)

“ por ejemplo las manchas de la piel, algunos pacientes que hace un año estaban paraditos y ahora son diabéticos y no se pueden movilizar por sí mismos, entonces uno igual va viendo ese deterioro e igual da pena, de cómo chuta, no se puede hacer nada, es una enfermedad que va a ir evolucionando a mal y uno está consciente que no puede hacer nada” (J.B., 32 años)

“Igual te da como pena porque... es que igual son como sentimientos encontrados, porque de repente ante esos cambios físicos tú no puedes hacer mucho. Entonces aparte de darle ánimo al paciente... y como estamos también acostumbrados a verlos tan seguidos que a veces como que ni te percatas de la situación, si no que basta que tú salgas un par de días y después vuelvas, y ahí te das cuenta “sí, en realidad, no sé, camina más agachado, o está más viejo, o está más acabado” o qué sé yo” (G.V., 37 años)

“cuando es en la diálisis en sí, o es alguien que es una muerte inesperada, hay una sensación de pena, de tristeza, de silencio, de duelo, por así decirlo”. (M.G., 34 años)

Solo frente a determinadas circunstancias o características los sentimientos negativos frente al hecho aumentan, y la muerte es vista como una experiencia dolorosa para el trabajador de salud. Pesa por ejemplo, la falta de experiencia frente a estas situaciones y el cariño que se tenga con la persona fallecida.

“Pero cuando hay una persona que tú le tomas mucho cariño, o una persona que tú la has visto crecer ahí, ahí duele, duele harto. Y creo que no se quita ese dolor, porque después incluso puedes verlo en la calle, y tú ves la persona, y de repente te acuerdas, no, no es él, porque esa persona murió. Pueden pasar cinco años, seis años, y sigue pasando, en que tú sigues viendo a la persona, y tú dices hoy vi a fulanito, y después te acuerdas que no puede haber sido fulanito porque fulanito murió. Entonces

sigue estando presente y yo creo que va a estar toda tu vida presente”
(C.C., 38 años)

“cuando tú partes en diálisis, si bien hay un concepto de muerte, duele. Yo me acuerdo todavía de la primera muerte, lo tengo súper claro, y tengo súper claro el nombre, y las condiciones y todo, y la forma en que murió, porque me dolió, porque dejó una niñita de tres años, porque era un paciente amputado, me acuerdo de todas las condiciones”. (C.C., 38 años)

“te genera esa sensación de miedo, de pesadumbre, de que tu lo ves que se está deteriorando y en vez de ir repuntando va en baja y hay una posibilidad de muerte, es fuerte y afecta, si hay lazos” (M.G., 34 años)

“Te dan ganas de llorar cuando ves a alguien mal, a veces te da pena, te haces parte de ese sufrimiento, te da impotencia de que no puedes hacer nada más” (M.G., 34 años)

“me estaba acordando del XXX, tu papá a él lo conoce, uy, antes el no me podía ver, después me amaba y todo y cuando se murió igual me dio pena y me puse a llorar me acuerdo. Era re complicada, si ya nadie la pescaba por lo mismo, como que nadie le daba bola. Obviamente en la diálisis lo único que quería era llamar la atención para que estuvieran ahí con ella, pero después con el tiempo uno como que se acostumbra a esa cosa, y hasta dices ya, que más dá, si no te pescan en su casa ya por último que te pesquen aquí un par de horas es algo. Ahí me afectó me acuerdo” (G.V., 37 años)

Más allá de esas reacciones, lo normal dentro del trabajo en diálisis es ver la muerte como una consecuencia natural del tratamiento, que puede afectar o no dependiendo las características situacionales pero que no representa un duelo parte de la persona. En la mayoría de los casos se tiende a naturalizar bastante cuando ocurre, viéndolo como una característica propia del trabajo en hemodiálisis.

“Yo creo que la experiencia te ayuda harto, porque uno va aprendiendo con el tiempo que los desenlaces fatales que ocurren en estos pacientes es algo que puede suceder, que es algo normal que suceda” (A.W., 32 años)

“La sensación... bueno en mi caso, me genera pena obviamente por el fallecimiento, pero igual lo asumo como algo que puede pasar, entonces no le doy más vuelta a lo que le sucedió al paciente, es como algo que puede ocurrir, entonces uno lo asume así, como que puede ocurrir, está dentro de las probabilidades “ (A.W., 32 años)

“para nosotros es un proceso así como frío, “se murió, se murió nomás”. Bueno igual a veces la familia va y te dice que muchas gracias, por la atención que tuviste, cuando estuvo enfermo, cuando estuvo mal, pero aparte de eso no pasa nada más”. (G.V., 37 años)

“Chuta, murió, que pena, ya, pero el cupo de deja para otra persona y se sigue avanzando nomás po”. (J.B., 32 años)

“es como una muerte anunciada, todos saben que es el futuro de todos. Independiente que ellos estén bien o mal” (J.B., 32 años)

“Si es un paciente que nosotros sabíamos que estaba mal, que en la diálisis hacia paros cardíacos continuos, ya uno “ah, ya, sabíamos””. (J.B., 32 años)

Ellos mismos describen que con el tiempo las muertes se viven con mayor frialdad y no afectan mayormente a nivel emocional, puesto que, como se explicaba previamente, se ven como una consecuencia previsible, y parte del trabajo diario.

“hay pacientes que llegan muy mal, vienen cuatro diálisis, con suerte alcanzas a conocer su nombre y después fallece pero no desarrollas lazos, entonces eso no te genera nada, por lo menos en mi caso, nada, porque no lo alcanzo a conocer” (A.W., 32 años)

“el vivir ahí todos los días con la muerte, con los pacientes que lloran, con los mismos sentimientos que a uno le afloran frente a la muerte, frente a la

enfermedad misma, una se va a acostumbrando, se va haciendo más fría, un poco más indolente” (J.B., 32 años)

“Pero como nosotros sabemos que son pacientes lábiles y con múltiples patologías, que en el fondo su muerte puede ocurrir en cualquier minuto, entonces no es que estemos esperando que todos los días se nos muera, pero sí es más esperado que... que tú sabes que se va a morir en algún minuto” (G.V., 32 años)

“tampoco hay lazos emocionales con los pacientes, entonces nosotros no es que lloremos por ejemplo, con que alguien se muera o que nos afecte, que nos deprimamos, no, no tenemos esa relación” (G.V., 32 años)

“cuando tú partes, hay un sentimiento de enojo, rabia, por como es el sistema pero con el tiempo no sé si vas quedándote como más indolente, vas aceptando más las cosas como son” (C.C., 38 años)

“si tú me preguntas ahora, quien fue el último que murió, no me acuerdo” (C.C., 38 años)

“me acuerdo cuando estaba en práctica, que yo llegaba a medicina y encontraba los cuerpos en el pasillo, y decía “como pueden ser tan fríos ellos, dejar los cuerpos”, decían “no, si anoche fueron cuatro” y resulta que tú llegas a eso, a decir que pucha, no alcanzó a llegar, pucha, se murió, hay una liviandad.” (C.C., 38 años)

Esta frialdad, alcanza un nivel en el que tanto trabajadores como paciente puede verlo sin tanto temor como el que se esperarí. Muestra de ellos es la capacidad que se tiene de bromear al respecto con determinados paciente, cuando la relación clínica alcanza un nivel de cercanía que lo permita.

“Es más, yo creo que todos están preparados para allá, y lo toman así como para la risa. No hay así como un “chuta me voy a morir”, sino que “chuta, me voy a morir y no alcancé a conocer tal cosa”. Hay una forma irónica de tocar la muerte, no así como... por favor vayan a rezarme, no. Cada uno,

así como “chuta, no alcance a hacer tal cosa cuando me voy a morir”, una forma irónica. Lo toman así como con más liviandad, así como cualquier minuto me puedo morir, y en realidad en cualquier minuto se pueden morir.”
(C.C., 38 años)

“hay algunos que le tienen pánico a quedarse dormidos en la diálisis porque ellos piensan que se pueden morir, pero al final a veces entre leseo y leseo al final igual... bueno, en algunos, porque hay más confianza uno los molesta... “ay, que tengo frío”, “esa es la pelá que te anda buscando”, ya le digo yo, “pero la vamos a espantar y le vamos a poner una frazada”, entonces como que igual ellos también saben que va a llegar un minuto en el que se van a tener que ir. O a veces los que están más viejitos del mismo grupo, “unos se van primero y otros se van después, nosotros vamos a seguir después”, entonces igual como que están asumiendo que ellos igual se van a morir en algún minuto, lo asumen como algo natural con el tiempo”
(G.V., 37 años)

4.4.3. Categoría 3: Actitud hacia la muerte

Cuando el trabajador de salud que vive una relación clínica con el paciente logra prever que tal persona está en un estado crítico, y la muerte de esa persona es una situación inminente, se describen tres actitudes particulares que puede desencadenar tal situación, lo que lleva a ciertas acciones particulares. La primera de ellas es proseguir la terapia simulando una posibilidad de recuperación, lo que genera un vínculo directo entre la acción que se desempeña y la vida del paciente que puede originar sentimientos de culpa en el futuro; otra actitud común es la de evitar el contacto con el paciente, otorgando un mínima atención; por último, está el otorgar cuidados paliativos, preocupándose de que la muerte se produzca en las mejores condiciones que sea posible (Epele, 1994).

La principal actitud que los trabajadores de la salud toman hacia los pacientes a la hora de enfrentar la muerte de ellos es el otorgar cuidados paliativos, pero más

que otorgarlos en el plano clínico, se realizan intentos por cuidar la salud mental del paciente y propiciar una muerte más tranquila en ese sentido. Esto concuerda bastante con la importancia que se le otorga a la relación clínica dentro del contexto de diálisis, además de la importancia del rol socio emocional. También es posible que entre el juego la identificación que se produce en ciertos casos con los pacientes y la forma en que se les ve, puesto que propiciaría una búsqueda por protegerlos y darles una sensación de paz y tranquilidad.

“tu tampoco puedes hacer nada y decirle, chuta sabe que mejor no venga, no se lo puedes decir no a la familia tampoco, como que uno trata de que valla, que se sienta comodo, que no sea una tortura en el fondo ir” (G.V., 37 años)

“A ver, como lo enfrentas tú: tratando de hacer la cosa más agradable, que si le queda poco tiempo sea de mejor calidad”. (C.C., 38 años)

“para el resto puede ser difícil, pero para ti la idea por ejemplo es que esté tranquila, que haya paz, que no haya ninguna cosa que lo estrese. Ese es el objetivo, que la muerte sea tranquila.” (C.C., 38 años)

“De apoyo, de contención, cuando hay posibilidades de recuperación de su estado de salud y de evitar ese deterioro uno se esfuerza para que eso no suceda, dentro de tu alcance, pero cuando no es así es apoyo y contención nada más” (M.G., 34 años)

“uno tiene que actuar para tratar de contenerlos, y darles la tranquilidad y pensar que así como les pasa a ellos no solo porque son paciente sino que tu vas a tener personas que les da un paro cardíaco o que tengan alguna complicaciones siendo jóvenes es totalmente inesperada, entonces son cosas de la vida, cosas que se pueden dar” (M.G., 34 años)

“tiempo, escucha, apoyo emocional, contención, a lo mejor uno de repente con los pacientes es más de paso, conversa, se ríe, pero es más de paso, ejecuta actividades propias de tu trabajo, por ejemplo, en ocasiones tiendes

a dejar de lado un poco eso, postergarlo a pesar de que te puedes demorar más en otras cosas, pero priorizas estar más, le decías un poco más de tiempo, que no solamente una atención como enfermera, sino que de apoyo, la cercanía, la conversación, el hablar más con las personas.” (M.G., 34 años)

No hay intentos notorios de simular un buen estado del paciente o de ocultar la situación, el tratamiento si bien continua siempre siendo el mismo, las responsabilidades socioemocionales varían según el estado del paciente, por lo general acentuándose, y dando pie a los cuidados paliativos mencionados anteriormente. Tampoco se observa la percepción de un vínculo directo entre la muerte del paciente y el trabajo de los TENS y enfermeras, que genere acciones que vayan en pos de cuidar directamente la vida del paciente y extenderla. Pero sí se observan ciertos niveles de culpabilidad frente a la muerte e intentos de generar un mayor apego a la vida por parte de los pacientes, sobre todo en el caso de los pacientes más jóvenes.

“son como una mezcla de cosas, de pensar que a lo mejor se pudo haber hecho algo más, pesar también por no haber actuado de manera diferente, si bien a ti se te escapa algunas cosas, pero me da la sensación de que siempre hay algo más que se podía hacer” (M.G., 34 años)

“ahora tenemos una paciente que tiene una descalcificación en la columna, una mujer que es joven, y que en realidad está en puros huesos, está encorvada, tú la miras y te da pena, pero tú sabes que ella tiene que ir al procedimiento y que si no va se muere, entonces ahí hay que persuadirla, bueno en el caso de ella porque tiene hijos chicos, tiene un niño de cinco años y una niña de tres entonces tú entras a conversar ya con ella, “pero cómo, si tú tienes dos hijos, tienes que pensar en ellos” entonces como que ahí ellos, ya si ya me voy a dializar, por ejemplo. O “trata de aguantar, lo más que puedas” (G.V., 37 años)

“Toda la responsabilidad, porque toda la responsabilidad recae sobre el personal. Por lo menos el tiempo que están ahí, es tú responsabilidad su vida. No es de ellos, es tuya” (C.C., 38 años)

“uno siempre, cuando un paciente fallece siempre se hace un autocrítica, “uta, podría haber hecho, haber mejorado las indicaciones, haber sido más exhaustivo en ciertos parámetros del tratamiento”, igual uno lo analiza, pero en la mayoría de los casos cuando hay un desenlace fatal en un paciente no se debe por una falta de compromiso o prolijidad en el tratamiento, sino que se debe a los mismos factores de salud del paciente” (A.W., 32 años)

“A veces uno se cansa porque es como una cosa que todos los días le estás diciendo y tú no ves que haya algún cambio, entonces si a eso además, el paciente tú lo ves que se va deteriorando más, es como más... es una sobrecarga mayor, porque tú ves como todos tus esfuerzos no tiene frutos” (A.W., 32 años)

No se observa ni la despersonalización ni la evitación como signos ni actitudes que se den en forma habitual en el trabajo con los pacientes agonizantes de hemodiálisis, en el sentido de evitar el contacto emocional con ellos.

Solo en ciertas ocasiones se evita hablar el tema en público, con el objetivo de cuidar a los demás pacientes que están en malas condiciones o que pudieran verse afectado por la muerte de un compañero. En este sentido, se puede afirmar según los relatos de los trabajadores entrevistados, que la muerte no se evita ni se disimula, pero que hay ciertas estrategias que se usan para proteger el bienestar de los pacientes que continúan atendiéndose y que podrían sentir temor frente a una situación que tarde o temprano podría sucederle a ellos.

“de repente he visto el deterioro de algunos pacientes, una evolución para mal, me lo guardo, nunca lo voy a manifestar y si ellos me lo manifiestan yo hago como que no, que está todo bien, y que eso pasa, como minimizarlo. Pero uno igual sabe lo que está pasando e igual es doloroso” (J.B., 32 años)

“es como una evasión, todos saben que el sillón está vacío porque el paciente murió pero se trata de no hablar del tema tampoco” (C.C., 38 años)

A la vez, como una forma de auto cuidado, se evita tocar el tema posterior a la muerte de los pacientes, evitando también actividades como ir a los velorios.

“y tampoco nosotros generamos por ejemplo eso de comprarle flores, de ir al velorio, nosotros esas cosas no acostumbramos a hacerlas, por lo menos dentro de donde yo trabajo ahora. Antes se acostumbraba de que se hacía por ejemplo una colecta y se compraba una corona, o un ramo de flores, y se iba a dejar y se acompañaba a la familia y todo, pero acá no. Entonces para nosotros es un proceso así como frío, “se murió, se murió nomás”.” (G.V., 37 años)

“cuando un paciente fallece yo no voy a los funerales de ningún paciente, pero no es por un hecho de que no quiera ir, pero es que me involucraría mucho más y al final sería una carga emocional muy potente que después me costaría manejarlo” (A.W., 32 años)

4.5. Objetivo 3

“Caracterizar el ambiente laboral en el trabajo con pacientes terminales”

Concepto clave: ambiente laboral

4.5.1. Categoría 1: Percepción del ambiente

Las relaciones interpersonales y la interacción entre los individuos es un aspecto fundamental de toda actividad laboral, las cuales están enmarcadas dentro de un ambiente denominado clima laboral, que es un fenómeno relativamente estable en el tiempo y puede determinar las conductas de los integrantes del grupo (Perez,

2006). Desde el enfoque subjetivo, un buen clima laboral estaría determinado por las percepciones de los integrantes del grupo, dependiendo en gran medida de la capacidad que se perciba de cumplir con las necesidades organizacionales establecidas, además de estar mediada por las vivencias personales de la persona (Schneirder y Hall, 1972; Loreto, 2006).

En cuanto a lo referido a la capacidad para cumplir las metas estipuladas, las entrevistadas refieren que influye bastante en la forma de percibir el propio trabajo las altas demandas que este exige, por sobre los factores personales que pudieran estar asociados. La sobrecarga laboral y el alto grado de responsabilidad con la vida de los pacientes son los principales elementos que determinan la visión que se tiene del trabajo en diálisis como altamente estresante, incidiendo en un clima con características negativas en muchas ocasiones cuando es asociado a factores institucionales.

“El personal de salud es tremendamente cuestionado por eso, porque no respetamos horas, no respetamos una serie de cosas que el resto de la gente no entiende. Por ejemplo, un profesor sale a las 5, termina sus clases independiente de si paso o no la materia. El trabajador de salud tiene hora de entrada pero nunca una hora de salida” (C.H., 39 años)

“por lo menos yo en mi caso que viajo, paso más tiempo en la pega que en mi casa” (K.Q., 29 años)

“yo he trabajado en varios servicios, y el estrés va más que nada por la conciencia de que un error tuyo es fatal, no es como en otros lados que una herida se infectó, ya, se arregla, se hace de nuevo, pero acá un error es fatal, una reacción a pirógeno: fatal. Y eso tú no lo manejas y sí te estresa. Un filtro mal reutilizado no es que, chuta, le va a salir un prurito lo vamos a mandar al doctor. Matas al paciente. Lo matas” (C.H., 39 años)

“y llegan colegas nuevos y uno vuelve al estrés igual, porque los que están en formación, o sea chuta ¿si se equivoca?” (C.H., 39 años)

Las características del paciente también son un factor que incide en la percepción del trabajo como estresante o complejo, pues sus demandas y la alta responsabilidad que se tiene con ellos en muchas ocasiones generan metas difíciles de cumplir. En este sentido, la paciente pasa a ser un factor ambiental que proporciona estrés y dificulta una percepción positiva del trabajo, en la medida que la responsabilidad que se tiene con ellos sea difícil de satisfacer o cumplir.

“Uno que otro de repente hay que destacar que creen que poco menos que tú eres la empleada y creen que... poco más y te empiezan a aplaudir”
(D.B., 23 años)

“esperan su turno y tienes que soportar su carácter, como lleguen en la mañana, tienes que aguantarlos” (N.C., 27 años)

“es más estresante porque de repente puedes estar excelente, todo en silencio, y de repente miras uno, te hace ugggg.. y pa!, queda la caga”
(K.Q., 29 años)

“de repente hay una chispa, una mala cara, una reacción. Un paciente que te enrarece todo y quedas...” (C.H., 39 años)

Las interacciones entre los miembros del equipo de trabajo no son percibidas como un factor negativo, y desde ese punto de vista el clima laboral es percibido como positivo. A pesar de ello se reconocen leves roces, los cuales se asumen como inherentes a un grupo de trabajo compuesto por varias personas.

“que todos somos seres humanos y amanecemos con distinto ánimo. Sobre todo el trabajo en mujeres, las mujeres lamentablemente en un ciclo normal tenemos cuatro cambios de ánimo distintos, y hacer que cuadren todos es bien complicado. De repente una anda con ganas de morirse de la risa y otra anda con ganas de déjame tranquila y se producen roces” (C.H., 39 años)

“siempre hay cosas que complican el ambiente entonces como que cuesta llegar a un consenso” (K.Q., 29 años)

“el ambiente en que se trabaja es bueno, pero siempre hay una semilla del mal en todo trabajo. Nunca te vas a llevar bien con todos para trabajar, porque siempre hay uno o dos que atornillar para el otro lado” (K.Q., 29 años)

“siempre se produce eso cuando hay más de ocho o diez personas trabajando, se producen grupos, no es que este grupo esté bien, a lo mejor el otro grupo también está bien y de repente hay estas migraciones de un grupo a otro” (C.H., 39 años)

4.5.2. Categoría 2: Relación con el ambiente

Las percepciones que se tengan del clima laboral desembocan en determinadas acciones y actitudes frente al trabajo (Perez, 2006). Se afirma que la percepción de un ambiente laboral estresante, con metas difíciles de sobrellevar puede llegar a generar desmotivación laboral y reducir la calidad de la atención (Hiriart y Olivares, 2004).

En el caso particular de las trabajadoras de diálisis entrevistadas, al estar asociado el estrés laboral o las demandas del centro de salud directamente con la calidad de vida de los pacientes, las altas exigencias del trabajo desembocan en un grado mayor de compromiso con la labor que se desempeña. En cuanto a acciones, guarda relación con las responsabilidades previamente expuestas, referidas a tranquilizar al paciente y ofrecerle un ambiente grato, además de vigilar con mayor fijación el propio trabajo y el de los compañeros.

“Porque diálisis es algo... puta es la vida del paciente, entonces tienes que estar cien por ciento con la pega, así que hay separar las cosas y hacerlas bien nomas” (D.B., 23 años)

“aparte cuando se complican y están muy mal y se van a examen como la señora XXX, quedan todos los pacientes mal. Quedan llorando, se ponen muy nerviosos, me puede tocar a mí y es complicado mantenerlos en tranquilidad después, cuesta. Hay que entrar a hablar con ellos, tranquilizarlos uno” (N.C., 27 años)

“yo los empiezo a lesear a molestar, que les canto les bailo, toda la cuestión para que se les pase el caracho la mala onda” (N.C., 27 años)

“aparte ellos mismo, como que te tienen más confianza, con un técnico o con una enfermera, y te cuentan y hablan” (K.Q., 29 años)

“nos ponemos una mascarita al lado afuera de la sala donde está todo bien y damos la información lo más fría posible, damos la información lo mas cortita posible” (C.H., 39 años)

“a mí me ha pasado eso todos estos días que me ha tocado reutilización con otra persona y supuestamente sabia, pero hay que aprender el sistema, y todo eso al reutilizar. Igual hay que andar ojo” (D.B., 23 años)

Desemboca también en una búsqueda constante por mejorar el propio desempeño y cumplir con la alta responsabilidad que se es adquirida en el trabajo en diálisis. Con el correr del tiempo, la experiencia ayuda a reducir la carga laboral, pues se alcanza un punto de confianza en el que las metas ya no sobrepasan las capacidades de la persona, a pesar de ello, el ambiente laboral sigue considerándose complicado desde el punto de vista socio emocional, pues la responsabilidad emocional con los pacientes no se reduce, sino que se toma más conciencia de ella con el tiempo, generándose lazos más profundos.

“la experiencia te enseña a enfrentar las situaciones, porque como te cuestionas tanto si lo hiciste bien o no, vas sacando lecciones, analizas bien, y dices puta el otro día no hice esto ahora lo voy a hacer, y tu a lo mejor no lo vas a hacer mejor pero tu conciencia va a estar más tranquila” (N.C., 27 años)

“lo que uno va ganando con la experiencia, es que trabajas menos, porque cuando uno recién va empezando como que haces todo dos veces, y después con el paso de los años no alivias la carga emocional, lo que alivias es tu trabajo, porque el estrés es el mismo, de hecho con la experiencia como que le vas tomando más peso al tema, lo que alivias con la experiencia es el trabajo” (C.H., 39 años)

“los niveles de estrés cuando uno empieza con... guau, tremendo, que llega un momento en que tu miras y miras las maquinas, y las líneas y dices, esto no lo voy a aprender nunca. Cuando va pasando el tiempo te das cuenta que eres capaz pero haces todo dos veces, todo lo que vayas a hacer. Después con el tiempo vas haciendo las cosas una sola vez y ya vas tomando conciencia del peso que representa trabajar en diálisis” (C.H., 39 años)

4.5.3. Categoría 3: Organización del trabajo

La manera habitual de desempeñar las labores dentro de los grupos de trabajo en salud es la división del trabajo, pues se asume que es la única manera de conseguir cumplir con todas las necesidades que el trabajo en salud les exige en los tiempos modernos (Lopez, 2007).

Al respecto, este modelo también es compartido dentro del equipo de trabajo al que pertenecen las entrevistadas, dándole una gran importancia al rol que desempeña cada persona, el cual debe ser cumplido sin pasar al llevar el de la otra funcionaria, esto con el objetivo de evitar roces. Aún así, en ciertos casos los límites entre roles se vuelven difusos y se permiten ayudas entre ellos.

“Cada uno tiene sus funciones que están bien definidas, igual por ejemplo si te organizas bien los ayudas a ellos o ellos nos ayudan a nosotros” (K.Q., 29 años)

“para mí el asunto de la organización, cada uno tiene su rol, ninguno es más importante que el otros, desde el médico hasta el auxiliar de aseo porque resulta que si falta una de esas piezas de ese engranaje perfecto que es el equipo de trabajo que para que la diálisis se funcione se desajusta todo. Porque en más de una ocasión ustedes se han dado cuenta que falta el auxiliar de aseo o no hay auxiliar, cada vez es un tema tremendo porque claro, cae sangre. Todos son importantes, cada uno en su rol, cada uno en su pega, y los roles tienen que estar claros tampoco se pueden confundir, porque también entras en un tema de roces” (C.H., 39 años)

“roces como por ejemplo uno tiene claro que tú eres el técnico, y trabajo con una enfermera. Hay cosas que yo las sé, y las sé porque me las han enseñado porque he pasado por una serie de cosas, pero mi rol es de técnico mi rol es decirle, disculpe tal cosa esta sucediendo porque de repente hay cosas que se te escapan de los ojos de la enfermera. Estamos hablando de que una enfermera trabaja con 6 pacientes, no solo los ojos de la enfermera, hay muchas cosas que tu puedes ver pero no puedes confundir los roles, tu función es ver, tu función es solucionar, tu función es avisar a la enfermera para que ella tome la medida pertinente. Y en su caso la enfermera tendría que avisarle al médico para tomar la decisión, pero uno no puede tomar decisiones puede colaborar, pero como te digo cada rol no puede traspasar los límites del rol que le corresponde” (C.H., 39 años)

“hay personas que sirven para eso y personas que saben trabajar, por ejemplo en ambulo hay una sola persona, carro paro hay una sola persona indicada, el traslado del paciente desde el sillón al piso, no es que todos vayan a pescarlo si no que están personas designadas con anticipación y teóricamente están preparadas para eso mediante cursos y capacitaciones” (C.H., 39 años)

El trabajo en equipo entonces cumple un rol fundamental, pues entre los distintos trabajadores solucionan en conjunto las dificultades, añadiéndole confianza a la otra persona y complementando sus funciones.

“si yo no tengo el apoyo de mi técnico, no funcionas, así de simple. Tiene que haber un buen feeling, una buena comunicación, para mi es lo mas importante” (N.C., 27 años)

“el trabajo en el equipo es fundamental, porque tu al tener confianza con otra persona te da la garantía de que vas a preguntar, entonces uno confía ciegamente, si ella me pregunta lo que no sabe, yo también le pregunto lo que no sé. Evitamos errores porque muchas veces te da vergüenza preguntar, uno llega a un lugar nuevo, la gente jura que tu por el hecho de que has trabajado en esto un par de meses, un par de años te las sabes todas pero resulta que hay una serie de protocolos una serie de cosas que tu no manejas, cada centro se maneja de una forma distinta. Entonces el hecho de un trabajo en equipo, cuando tú ves un trabajo en equipo te da la confianza para preguntar y ser parte de ese equipo” (C.H., 39 años)

“claro y que tú trabajo también sea seguro. Estar seguro de lo que estás haciendo, si es un filtro que sea el correcto como ha pasado en algunos. Y más que todo el trabajo en equipo que sea seguro y tener confianza en uno mismo también” (D.B., 23 años)

“De hecho la empresa da tanto importancia que en su momento hace algunos años la empresa donde yo trabajaba cada enfermera elegía su técnico, para hacer buenos equipos de trabajo iban rotando juntos, porque llega un determinados momento en que tu sabes que son dos controles, hacíamos las dos pegas. Entonces así evitábamos una serie de cosas y la empresa así lo entendió, y así lo hizo, llego un momento en que llamo a todos los enfermeros, ya con quien vas a trabajar tu, con quien vas a trabajar tu, con quien vas a trabajar tu, cualquier roce o cualquier cosa entre ellos se acomodaban para cambiar pero cada equipo de trabajo y cada uno de sus equipos formaran un equipo en general, y trabajara un equipo en general, no cuatro o cinco desparramados” (C.H., 39 años)

Para el correcto funcionamiento del equipo de trabajo es fundamental además que las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo sean saludables y que la percepción del clima laboral sea un elemento compartido por los integrantes del equipo de trabajo (Hiriart y Olivares, 2004).

Los trabajadores de diálisis entrevistadas también funcionan de esta manera, pues explican que frente a roces o diferencias se generan complicaciones entre ellas y el trabajo de diálisis se vuelve más dificultoso. Refieren los problemas interpersonales como consecuencia de los distintos caracteres de cada persona, o en algunos casos, por las características de la labor existirían personas que no poseen la capacidad ni el compromiso suficiente para ejecutarlo de la manera más adecuada, frente a lo cual es responsabilidad de todos darse cuenta de estas situaciones e intentar solucionarlo o compensarlo.

“si no te llevas bien por ejemplo no fluye. Cuando estas con otra persona que no trabaja bien estas más lento, tienes que ir haciendo todas las cosas pero paso por paso, haces lo mismo que con alguien que te llevas bien, pero más lento, paso por paso, no hay una buena comunicación, no fluye. Te quedas pegado con un paciente como media hora ponte tú. Porque tiene que estar evaluando como tres veces, porque desconfías de esa persona, entonces no sabes si el pulso es como es, porque puede estar inventando, y prefieres al final hacer tú las cosas” (K.Q., 29 años)

“Estas todos organizado supuestamente, de ahí a que salga bien. Se supone que esta todo organizado, que salga bien ya depende de la situación...”

... es que puede pasar porque suponte que por lo menos acá, llegue el paramédico de la uno con el de la tres, y si están almorzando tiene que ir el que está en sala...

... a veces no llega el médico porque no escucha el timbre. O se hace el loco” (K.Q., 29 años)

“y de repente te encuentras con cada tongo porque también pasa. Que también tienes que tener las patas para decir sabe que señorita, no sirve, no sirve para la pega. Porque es una responsabilidad, tú no le puedes mandar por ejemplo a lavar filtro, y tú ves que no sirve, no puedes decirle que sí, está bien. Porque ella puede llevarse la vida de un paciente. De repente son súper simpáticas pero si no sirven para la pega no sirven, y diálisis es tan fregado que hay gente que no sirve” (C.H., 39 años)

4.5.4. Categoría 4: Influencia del ambiente en la persona

Como ya se señalaba anteriormente, el clima laboral y el ambiente percibido tanto por las características del trabajo como por la relación con los compañeros de labor influye directamente en como la persona perciba su trabajo, y en las actitudes que tenga hacia él (Perez, 2006; Hiriart y Olivares, 2004; Loreto 2006). Un trabajo estresante o con un poco grato ambiente laboral difícilmente proveerá de satisfacción personal ni permitirá a la persona desarrollarse plenamente, al contrario, es más probable que desarrolle sentimientos negativos llegando incluso en algunas ocasiones a afectar la vida privada (Frese, 1982; Roca, 2014; Rivera, Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana, 2003; Amorozurrutia, 2007; Sanchez y Mora, 2009; Moreno y Jordan, 2007).

En el caso de las entrevistadas, no se relataron problemas ambientales que incidieran en la vida personal de manera profundo, pero si hay factores del propio trabajo que generan sentimientos depresivos tales como episodios de muerte de los pacientes que puedan ser traumáticos, además que manifiestan que la fuerte responsabilidad que representa el trabajo en diálisis les genera una preocupación constante.

“a mí me costó botar el filtro de la señora XXX, paso como un mes ahí, y preguntamos ¿botaste el filtro?, no, ¿y tú? Tampoco” (K.Q., 29 años)

“yo creo que no existe un técnico que no haya tarjado un nombre con lágrimas en los ojos, independiente de quien sea y de la relación que tengas con ellos, o del tiempo que lleves en diálisis” (C.H., 39 años)

“El trabajo en diálisis a mi me encanta, pero la responsabilidad es tremenda, y la sensación que conllevan los errores también te quedando vueltas, aunque no corresponda a tu lado, tú te quedas dando vuelta, porque no revisé y te cuestionas. Ahí consideras realmente el peso que tiene diálisis, y es pesado” (C.H., 39 años)

“Yo cuando aprendí soñé una vez que me hablaban los filtros, a ese nivel llegué” (C.H., 39 años)

“yo escuchaba los pitos de las maquinas” (K.Q., 29 años)

4.5.5. Categoría 5: Lazos de amistad

Para las entrevistadas, la importancia de los lazos de amistad radica en el hecho de que son las personas con las cuales se comparte la mayor cantidad de tiempo, además de compartir la misma experiencia, lo cual genera un lazo que las une y las convierte en una red de apoyo entre sí. Manifiestan que las amistades dentro del trabajo en diálisis permiten funcionar de mejor manera, además de servir para contención emocional, pues como se explicaba previamente, las trabajadoras de salud en diálisis muestran una tendencia a evitar hablar del trabajo en su ambiente familiar, por lo que cualquier problema de carácter laboral es enfrentado junto a las amistades del equipo laboral.

“pasas más tiempo en el trabajo que en tu casa, pasas más tiempo con tu colega que con tu hermana que con tu hijo, cuando somos personas adultas, entonces las relaciones con los colegas son fundamentales por la cantidad de horas que pasas allá” (C.H., 39 años)

“eso hablábamos con el XXX, sacábamos la cuenta de que pasamos más tiempo juntos que él con su polola” (N.C., 27 años)

“por lo menos yo en mi caso que viajo, paso más tiempo en la pega que en mi casa, para mi es importante formar lazos ahí porque es un apoyo que tengo yo” (K.Q., 29 años)

“muchas veces nos conocemos mucho más de lo que conocemos a nuestras parejas. Tu sabes cuando tu colega viene bien o mal, le preguntas y te dice nada, y ese nada no lo compras bajo ningún punto de vista, esperas el momento y la agarras del cogote y tiene que decirte o tiene que decirte. Y te lo dice y es un desahogo, que a lo mejor no se va a desahogar en su casa, con su familia, se va a desahogar acá con sus colegas que son sus amigas” (C.H., 39 años)

“hay muchas cosas del trabajo que tu no cuentas en tu casa, por un tema de no preocuparlos, y la gente de la pega lo sabe, entonces si se trata de pega el que más te puede apoyar es tu colega, no hay apoyo en la casa ni nada, el que esta acá. Y más porque está contigo, que saca con apoyarme mi pareja si salgo a las 6 de la mañana y llego a las 6 de la tarde”

Para tener un buen funcionamiento en términos organizacionales, brindando una mejor atención y cumpliendo con las demandas de los pacientes, las entrevistadas refieren que es importante llevarse bien con la persona con la cual formas equipo, pero que en determinadas circunstancias los lazos de amistad pueden entorpecer la labor prestándose para malos entendidos.

“El enfermero de repente decía pucha échame una ayudadita, búscame la vena a ver si la encuentras pero el rol de él era buscarla, si él te pide puedes ayudarlo, pero como te digo tu rol es otro y no puedes pasarlo a llevar. Cuando se trabaja en equipo se tienden a formar lazos afectivos de la puerta de diálisis hacia afuera, entonces no hay que confundir la amistad que hay afuera con el rol que tú ejerces” (C.H., 39 años)

“complica un poco, porque de repente tienes más confianza con un enfermero que de repente trabaja con otro técnico que andan más lento, me demoro más” (D.B., 23 años)

“Y al final te da más problema. Preferencias, porque van a ayudarle a esa enfermera y dejan a la otra persona, y los otros tres técnicos están a tu lado ayudándote y se enojan los demás” (N.C., 27 años).

5. Conclusiones

La presente investigación tiene por objetivo la “reconstrucción de la vivencia de trabajar con pacientes crónicos sometidos a hemodiálisis de un grupo de trabajadores de salud de la comuna de Chillán”, dando una importancia considerable a las relaciones establecidas dentro de esta experiencia, tanto con los pacientes que se atienden como con sus propios compañeros de labores. Esta importancia fue la vez considerada por las mismas personas que fueron objeto de estudio, pues reconstruyeron una vivencia particular determinada en todos sus niveles por las interacciones interpersonales producidas en el trabajo, expresando que éstas eran fuentes tanto de las complicaciones del trabajo en hemodiálisis como de las retribuciones recibidas.

Para llegar a este objetivo primario, se plantearon tres objetivos específicos, en base a los aspectos primordiales de la vivencia, según lo planteado por la teoría. Estos fueron:

- a) Comprender el desarrollo del vínculo laboral con los pacientes.
- b) Analizar la vivencia de la muerte del paciente, desde el punto de vista del trabajador de salud.
- c) Caracterizar el ambiente de trabajo en equipos de salud de hemodiálisis.

Para el cumplimiento de estos objetivos se planteó el uso de técnicas narrativas, primordialmente a través de entrevistas semi estructuradas basadas en un guión (Valles, 2007; Patton, 1990; Taylor y Bogdan, 1987) para los dos primeros objetivos y el uso de un grupo focalizado, también basado en un guión, para el tercer objetivo (Morgan, 1988 en Valles, 2007; Patton, 1990). Dando énfasis en que la persona entrevistada tuviera bastante libertad para expresar su vivencia, por lo que la estructura de la entrevista no fue adoptada en forma rígida, y la variación de temas a tratar dependía de la importancia que le diera el sujeto de

investigación, en una situación más cercana a la conversación cotidiana que a un intercambio rígido de preguntas y respuestas (Taylor y Bogdan, 1987).

En total fueron entrevistadas 9 personas, que trabajan o han trabajado en centro de diálisis en la ciudad de Chillán en los cargos de enfermera(o), técnico paramédico(a) y técnico de nivel superior en enfermería. Todos los entrevistados concordaron en el mismo equipo de trabajo entre los años 2010 y 2013.

Las características particulares del trabajo en hemodiálisis y que lo diferencian de otros tipos de trabajos del sector salud, según lo expresado por las personas entrevistadas, son principalmente el tipo de relación que se establece con los pacientes, la cual es una relación más profunda y cercana que en otros trabajos del sector dado que el tratamiento que se realiza obliga a relacionarse con los pacientes con una regularidad de día por medio, al menos cuatro horas al día y durante todo el tiempo que se encuentren ejerciendo labores en ese centro, pues existen ínfimas posibilidades de alta médica. El paciente de diálisis es definido por los trabajadores de salud como una personal altamente demandante con tendencia a volverse dependiente con el tiempo.

La experiencia de trabajo en diálisis está complejizada por las características propias de su labor, poniendo como punto de partida las responsabilidades que se tienen con los pacientes, las cuales han ido en un aumento considerable con el correr de los años, alcanzando en la actualidad a comprender aspectos tanto físicos como emocionales de los pacientes, en un proceso que va de la mano con la comprensión de estos pacientes como una personas más complejas, que poseen numerosos elementos socio emocionales que deben ser resguardados por la persona que los atiende (Amaro, 2005; Grau y Hernández, 2005; Lázaro y García, 2003; Entralgo, 1967; Rodríguez, 2000). Los trabajadores de salud entrevistados concuerdan con tal apreciación, describiendo un buen número de necesidades socioemocionales que deben ser suplidas por ellos, las cuales a grandes rasgos guardan relación con resguardar su estado emocional, lo cual en cuanto acciones se refiere principalmente a escucharlos, contenerlos y tranquilizarlos cuando ellos lo requieren así.

Las características del tratamiento no permiten que exista un control determinante por parte de los pacientes en lo que se refiere al procedimiento que se les realiza, contrario a quienes afirman que en la actualidad se le otorga mayor autonomía a la persona a la hora de tomar decisiones respecto a su tratamiento (Guajardo y Lavados, 2010; Lázaro y García, 2006), pero esta autonomía si sería desempeñada en forma activa cuando se trata de responsabilidades socio emocionales, siendo el mismo paciente el catalizador de la relación clínica, determinando el grado de cercanía y conocimiento con los tratantes, quienes a su vez deben ir notando las señales que los pacientes les otorgan para tener una mayor cercanía.

El cumplir esta labor, durante un periodo sostenido de tiempo que por lo general es de varios años en el caso del trabajador de diálisis, se generan transferencias emocionales fuertes, que desembocan a su vez en un involucramiento emocional más fuerte del acostumbrado en la relación clínica tradicional que se produce en otros centros de salud. Este fuerte involucramiento emocional, genera que a su vez se aumenten las responsabilidades socio emocionales con los pacientes, las cuales no son cumplidas por obligación, sino más bien por cuidar a la otra persona, la cual con el paso del tiempo es vista como un cercano, comparando muchas veces las relaciones que se tienen con ellos, con las que tienen con familiares o amigos muy cercanos. Esta relación posee elementos fundamentalmente de corte paternalista y complementaria (Insua, 1985; Pichon Riviere, 1995; Watzlawick, Beavis y Jackson, 1967; Entralgo, 1967; Lazaro y García, 2003; Borrell, 2007).

En detalle, la relación clínica vivenciada por los trabajadores de salud entrevistados está marcada por un profundo conocimiento de la vida personal de la otra persona. Describen una relación donde se traspasan barreras profesionales y tanto el paciente como el tratante conocen aspectos íntimos del otro, estableciendo relación o cercanía con familiares de los pacientes, lo que no es habitual, según lo descrito por ellos, en otros trabajos en salud. Las retribuciones y muestras de cariño, expresados a través de verbalizaciones o de pequeños

obsequios, son un aliciente fuerte para que ellos se comprometan aún más con la otra persona, y desarrollen una relación más fuerte y profunda.

Los pacientes tienen una tendencia clara a la dependencia, ya que los entrevistados tienden a definirlos como personas indefensas que requieren un apoyo constante, esta visión del paciente podría estar a la base de la actitud que se tiene con ellos. Esta actitud es principalmente de protección, resguardando en la medida de lo posibles sus estados de ánimo, por lo que realizan acciones que van en directa medida de reducir los temores y tristezas de sus pacientes, tales como hacerlos reír, contenerlos emocionalmente y darles concesiones frente al tratamiento como permitirles algunos alimentos en medidas pequeñas. Otro punto interesante de los roles que estos trabajadores refieren desempeñar con sus paciente está el de ser una autoridad o una guía para ellos, lo que los lleva en muchas ocasiones a regañarlos y educarlos frente a comportamientos que les parecen egoístas o irresponsables.

A la base de esta relación pareciera encontrarse un proceso de identificación directa con los pacientes, dado que los entrevistados refieren realizar las acciones con ellos pensando en lo que les gustaría recibir a sí mismos, o lo que les gustaría que recibieran familiares cercanos. Respecto a lo mismo, manifiestan una relación distinta con los pacientes dependiendo el rango etario de ellos, generándose más empatía con los jóvenes al contrario de los adultos mayores, a quienes se les ve con mayor ternura.

Esta relación tan cercana se convierte en ciertas ocasiones en un problema, según lo relatado por ellos, pues se generan transferencias emocionales que desembocan en angustias o sentimientos depresivos. Estas consecuencias son previsibles y se consideran normales en el trabajo con estos pacientes, más aún considerando que diversos autores refieren que el grado en que afecte la empatía con los pacientes dependerá de las características de la relación clínica y la cercanía emocional con ellos (Sánchez y Mora, 2009; Moreno y Jordan, 2007; Acinas, 2011).

De esta forma, en una relación clínica tan cercana, es previsible que la alta responsabilidad con los pacientes y el roce directo con sus sufrimientos les produzca a los trabajadores de salud entrevistados que constantemente lleven esta carga a sus vidas privadas, lo que manifiestan a través de llantos, sentimientos depresivos y angustias, las cuales son muy difíciles de manejar en los primeros meses. Relatan además que la experiencia del trabajo en diálisis por varios años, es un elemento que los ayuda a manejar estas emociones de manera más saludable, ayudando también a responder mejor a las necesidades de los pacientes.

Desde el modelo de Karasek (2001) es previsible que un trabajo como el caracterizado por las entrevistadas desemboque en problemas tales como sentimientos depresivos, angustias o ansiedad. Este modelo refiere que la interacción entre las exigencias del trabajo, el control de las acciones a desempeñar y el apoyo social percibido influye en el estado emocional de los trabajadores, siendo más riesgosos aquellos trabajos en los cuales existen altas exigencias, pero un bajo control situacional. Las características del trabajo señalado por las entrevistadas corresponden a una labor donde los pacientes son altamente demandantes sobre todo en el plano emocional, a la vez que existen pocas herramientas para ayudarlos, más allá de repetir el tratamiento habitual, por lo que se desembocan regularmente sentimientos negativos asociados a su trabajo. Un factor que palia esta situación es el apoyo social (Díaz y Mauro, 2012), señalando que el trabajo en equipo les genera confianza y contención suficiente, además de las retribuciones que reciben por parte de los pacientes, situaciones que ayudarían a sobrellevar de buena manera las exigencias laborales.

Casi todos los trabajadores entrevistados refirieron que el trabajo en diálisis es el más estresante que les ha tocado enfrentar dentro del sector salud, responsabilizando de ello principalmente a la misma relación clínica, la cual les genera un carga de responsabilidad que los desgasta profundamente. Para enfrentar esta situación, desarrollan acciones en pos de separar la vida laboral de la vida privada, tales como no hablar del trabajo en sus hogares, ejercicio que se

realiza en forma consciente y que tiene como único objetivo reducir los niveles de sobrecarga emocional que se vivencian en los primeros meses. Con el correr del tiempo, se desarrolla una frialdad emocional frente a los problemas de los pacientes que ellos refieren como un aspecto positivo que les entregan los años de trabajo en el cuerpo, pues les permite responder a las demandas de los pacientes de manera más eficiente y adoptar roles de liderazgo frente a emergencias.

Más allá de los factores negativos que enfrentan los trabajadores de salud en cuanto a estrés laboral o desgastes emocionales relacionados a la labor desempeñada, no se debe olvidar que el trabajo es un elemento primordial en la vida del ser humano, que tiene valiosa significación en el sentido que proveen a la persona de una sensación de auto valía y permiten el correcto desarrollo personal (Roca, 2014). El significado que cada persona le da a su labor depende de numerosos factores tanto personales como organizacionales. Al respecto Frese (1982) agrupa los sentidos que la persona le otorga a su actividad laboral en cuatro grandes grupos:

- a) Sirve para saciar sus necesidades básicas.
- b) Sirve para saciar sus necesidades interpersonales.
- c) Sirve para llenar su día.
- d) Sirve para desarrollar su identidad y expresarse.

En el caso de los trabajadores entrevistados, el sentido del trabajo en diálisis proviene principalmente de las necesidades interpersonales. Los entrevistados hacen un balance positivo de lo que representa trabajar en diálisis, puesto que si bien asumen que la relación clínica tan particular que se vive en este contexto les genera una gran carga de responsabilidades, también señalan que les son muy gratificantes las muestras de cariño y agradecimiento que los pacientes tienen con ellos, dotando de sentido su actividad y motivándolos a dar más de sí a pesar de la fuerte carga emocional que conlleva.

Una experiencia que marca mucho a las personas que trabajan en diálisis es cuando alguno de los pacientes fallece, fenómeno que dentro de este contexto tiene muchas aristas y formas de comprenderlo dependiendo las características de cada persona y las experiencias por las que hayan pasado (Kübler-Ross, 1972). Existe en la sociedad occidental una visión de la muerte como un evento en general estresante, al que se atribuye una causalidad externa y que genera fuertes temores en las personas (Hernández, 2006; Muriá, 2000), razón por la cual a los equipos de salud se les exige prolongar la vida de las personas lo máximo que sea posible, lo cual sumado a los avances tecnológicos que permiten mantener a una persona con vida mucho más tiempo del que se podía hace año atrás, repercute en una fuerte responsabilidad por parte de los equipo de salud, los que se ven obligados a mantener viva a la persona a toda costa y genera un lazo entre su accionar y la muerte del paciente (Hernandez, 2006; Kubler-Ross, 1972; Epele, 1994; Benavente, 2006; Martín, 2003).

Las características del trabajo en diálisis complejizan el proceso de muerte del paciente, dado que ante la imposibilidad del alta los trabajadores se sienten de manos atadas cuando el deterioro físico de sus pacientes alcanza niveles críticos. Esto genera una visión particular de la muerte compartida por todos los entrevistados, donde se produce una separación de la muerte entre las que tiene una connotación positiva y las que tienen una connotación negativa.

Los factores que desencadenan una percepción negativa de la muerte del paciente son:

- a) Muerte de personas muy jóvenes, puesto que, como se explicaba anteriormente hay una identificación mayor con este tipo de paciente en comparación al paciente más anciano. Pareciera ser que la edad es un factor que vuelve previsible el fallecimiento de una persona, por lo que a mayor edad hay una mayor preparación emocional para enfrentar su fallecimiento (Epele, 1994).
- b) Muerte imprevistas, pues como se explicaba en el párrafo anterior, cuando se prevé la muerte del paciente, los tratantes están más preparados

emocionalmente para acogerla y no desemboca los niveles de angustia o ansiedad que se acostumbra en esos casos (Maza, Zabala y Merino, 2008).

c) Muertes de personas con las que se alcanzó un lazo afectivo mayor al acostumbrado, dado que la forma en que se tome la muerte de un paciente siempre dependerá en gran medida del grado de cercanía que existía en la relación (Maza, Zabala y Merino, 2008). En algunos casos particulares según lo expresado por los entrevistados, la relación alcanzaba una cercanía homologable a la de un familiar o amigo cercano, por consiguiente, la muerte de esas personas se vive con intenso temor, tal como el que se vivencia ante la muerte de un ser querido (Kübler-Ross, 1972).

Por otra parte, la muerte adopta una connotación positiva cuando el proceso de agonía es muy largo en cuanto al tiempo y el deterioro del paciente alcanza niveles críticos, volviendo imposible contrarrestarlo con el tratamiento que ellos realizan. Los entrevistados señalan que la muerte es un hecho que se espera con ansias en algunos casos críticos, pues representa el fin del sufrimiento para esa persona, lo que desemboca en una sensación de alivio para ellos.

Producto de estas distintas percepciones, los sentimientos de tristeza, ansiedad y angustias que desarrolla la muerte de los pacientes en los trabajadores de salud (Epele, 1994; Maza, Zabala y Merino, 2008), no se enfocan en la muerte del paciente en sí, sino en el proceso de agonía y deterioro previo al fallecimiento de la persona. En cuanto a la intensidad de los sentimientos esta es más bien baja, sobre todo cuando ya se tiene una cuota de experiencia en el trabajo y se ha pasado en varias ocasiones por decesos de pacientes, por lo que no representa problemas para desempeñar la labor. Estos sentimientos aumentan considerablemente en intensidad en la medida que la muerte de las personas tiene una connotación negativa, según los casos expuestos anteriormente.

En términos generales, la muerte se vive con un ambiente de naturalidad por parte de los trabajadores, puesto que con la experiencia lo asumen como un hecho lógico y previsible del trabajo en diálisis al que se le intenta restar lo más posible el

estrés, llegando incluso a convertirse en una práctica habitual de algunas trabajadoras de diálisis el bromear respecto al fenómeno con los mismos pacientes.

Cuando se prevé la muerte del paciente, esto puede generar tres actitudes particulares en el trabajador de salud, con sus consiguientes acciones a realizar (Epele, 1994).

a) Proseguir la terapia simulando una posibilidad de recuperación, lo que genera un lazo directo entre la vida de la persona y el accionar del equipo de salud. Esta actitud no parece ser adoptada con regularidad por los trabajadores entrevistados, ya que si bien el tratamiento que se realiza no varía nunca, las responsabilidades emocionales con los pacientes son cumplidas con un énfasis mayor. No se verbalizan percepciones de que exista un lazo entre el desempeño que ellos realicen con la vida o muerte del paciente, pero si existen leves verbalizaciones de sentimientos de culpa al respecto, y en el caso de los pacientes más jóvenes si se les intenta generar un mayor apego a la vida.

b) Evitar el contacto con el paciente, otorgando una mínima atención. Esta actitud no se observa, puesto que el tratante está obligado a entablar siempre una relación con el paciente por las características del tratamiento. Además, no se observa que la evitación o la despersonalización sean características habituales en ellos.

c) Otorgar cuidados paliativos, procurando que la muerte de la persona le sea lo más llevadera posible. Esta es la actitud hacia la muerte compartida por todos los entrevistados, tanto a nivel del tratamiento físico de los pacientes como socio emocional. El tratamiento de hemodiálisis es calificado como un cuidado paliativo por los trabajadores y a nivel de cuidados emocionales con los pacientes se intenta darles el ambiente de mayor serenidad posible.

Otro aspecto relevante de la vivencia de trabajo con pacientes hemodializados, es la relación con los propios compañeros de labores. El clima laboral es un fenómeno estable en el tiempo, que determina en gran parte la forma de

relacionarse que tengan las personas pertenecientes a determinado equipo de trabajo (Perez, 2006), desde el enfoque subjetivo (Schneider y Hall, 1972), el clima laboral estaría determinado por las percepciones de cada integrantes del equipo de trabajo, dependiendo de la capacidad que se perciba para cumplir las metas adquiridas y mediado por las vivencias personales dentro del trabajo (Loreto, 2006).

El clima laboral es percibido como una fuente de estrés, determinado en gran parte porque las metas que se estipulan en el trabajo clínico son bastante altas, sumado a la carga de responsabilidad que conlleva el trabajo en diálisis. Los factores institucionales determinan en gran parte esta percepción, pues sobrecargan al trabajador e imponen metas que, sumadas a las demandas de los pacientes, parecen bastante difíciles de franquear y repercuten en un clima laboral poco placentero. Como se mencionaba, el paciente es un elemento ambiental que también repercute en la visión negativa del clima laboral, en la medida que exige aspectos difíciles de satisfacer. Un factor que palia esta visión, y le añade una carga positiva son las relaciones entre los mismos trabajadores las cuales son vistas como un aspecto positivo del trabajo en diálisis.

A pesar de que se podría suponer que la sobrecarga ambiental puede desencadenar desmotivación hacia el trabajo y reducir la calidad de la atención (Hiriart y Olivares, 2004; Perez, 2006), en el caso de las trabajadoras entrevistadas explican que se pone en primer lugar la alta responsabilidad que se tiene con la vida del paciente, por lo que el temor a cometer algún error genera una motivación extra suficiente, que permite conseguir las metas estipuladas.

La organización del trabajo en equipos de salud por lo general es la división del trabajo, puesto que se asume como la única forma de satisfacer por completo las necesidades de los pacientes y otorgar una atención integral, tal como se exige en los tiempos modernos (Lopez, 2007). En esta división del trabajo, el rol que desempeña cada integrante del equipo de trabajo de hemodiálisis es fundamental, y según las entrevistadas, es importante no confundirlos ni pasarlos a llevar, pues

esto puede derivar en roces entre los miembros. Aún así hay una tendencia a compartir las obligaciones cuando el trabajo así lo requiere.

La importancia del trabajo en equipo para las entrevistadas radica en el apoyo que se prestan entre sí, para poder sobrellevar una labor que en ocasiones se vuelve altamente estresante. Es fundamental mantener buenas relaciones entre las integrantes del equipo para poder tener un correcto funcionamiento (Hiriart y Olivares, 2004), en este sentido la percepción del clima laboral debe ser idealmente compartida por todos los miembros del equipo (Schneider y Hall, 1972). Al respecto, las entrevistadas refieren la existencia de roces interpersonales que dificultan la labor, frente a lo cual se opta por trabajar con las personas más cercanas y en caso de que ciertas personas no funcionen dentro del equipo de trabajo, se le debe buscar una solución, optando en muchas ocasiones por no considerar a determinadas personas para el trabajo.

La existencia de factores propios del trabajo tales como el estrés, la responsabilidad o algunos hechos tales como la muerte de los pacientes o emergencias graves, repercuten en la vida privada de las trabajadoras entrevistadas, influyendo también en la percepción que se tiene del trabajo (Perez, 2006; Hiriart y Olivares, 2004; Loreto 2006; Frese, 1982; Roca, 2014; Rivera, Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana, 2003; Amorozurrutia, 2007; Sanchez y Mora, 2009; Moreno y Jordan, 2007).

Para superar los problemas ambientales del trabajo en diálisis, y convertir el trabajo diario en una experiencia grata que provea de satisfacción, sentimientos de auto valía y genere una significación positiva del trabajo (Frese, 1982; Roca, 2014), son fundamentales los lazos de amistad que se generen dentro del ambiente de trabajo. Las amistades dentro del equipo de salud de hemodiálisis en el que trabajan las entrevistadas cumplen un rol fundamental, puesto que permiten contener emocionalmente a las trabajadoras, apoyar las labores realizadas y reducir con esto la fuerte carga emocional que genera el trabajo en diálisis.

En resumen, a la hora de reconstruir la vivencia de trabajar con pacientes crónicos hemodializados de un grupo de trabajadores de la salud de la ciudad de Chillán, el eje central parece ser la figura del paciente, desde la cual se desprenden tanto los aspectos positivos como negativos de la vivencia.

El vínculo laboral que se produce con los pacientes está determinados por estos últimos, quienes si bien no tienen injerencia en cuanto al tratamiento clínico se refiere, son quienes catalizan la relación clínica en todos sus aspectos socio emocionales, los cuales constituyen una responsabilidad más dentro del trabajo en clínicas de diálisis.

Las conclusiones presentadas permiten afirmar las marcadas diferencias que se producen entre el trabajo con pacientes hemodializados con los de algún otro servicio del sector salud, por lo que se confirma la relevancia de estudiar esta población en particular y tratar de construir la vivencia de las personas que trabajan en esta área. Es relevante a la vez describir una relación clínica con las características particulares de la hemodiálisis, pues en pocas ocasiones se pueden observar cómo se vive una relación medico paciente (o tratante paciente) tan sostenida en el tiempo, con las implicancias lógicas que eso conlleva.

Es relevante también continuar la investigación, quizás con un mayor énfasis en la relación con los pacientes puesto que es el eje principal desde el cual gira la vivencia del trabajo, y sería interesante analizar si las responsabilidades que describe tener este grupo de trabajadores de salud con sus pacientes se da en otras poblaciones con características similares, o quizás en otros equipos del sector salud.

Dentro de las limitaciones de este estudio se pueden considerar el hecho de que si bien se trabajó con una población que compartió entre sí durante muchos años de trabajo, no trabajan juntos actualmente, por lo que se dejan fuera de esta investigación aspectos institucionales actuales que pudieran ser relevantes, dados los cambios constantes que se producen en cuanto a protocolos y legislaciones chilenas en el sector de salud tanto público como privado.

6. Referencias

- Acinas, M. (2011). Burnout y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia , 2 (4), 1-22.
- Amaro, M. (2005). Problemas éticos y bioéticos en enfermería. La Habana : Ciencias médicas.
- Artazcos, L., Cruz, J., Moncada, S. y Sanchez, A. (1996) Estrés y tensión laboral en enfermeros y auxiliares de clínica del hospital. Gaceta sanitaria. 57, 282-292.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estres y salud. Psicología y salud , 14 (2), 237-243.
- Benavente, M. (2006). La concepción de la muerte y el funeral en Chile. Revista de antropología (18), 93-104.
- Beriaín, J., e Iturrate, J. (1998) La primera Generación de la Escuela de Frankfurt Max Horkheimer. España: Verbo divino.
- Bivort, B., y Martínez, S. (2013). Aproximaciones cualitativas al estudio del desarrollo rural. En B. Tolón, X. Lastra, J. Bienvenido, & J. Fawaz, Experiencias de desarrollo local y rural sostenible. Almería: Universidad de Almería.
- Blasquez, A., Ruiz, E. y Gutierrez, J. (2009) La figura del Profesional de la Actividad Físico-deportiva como miembro de los equipos de atención sociosanitaria en Extremadura. Revista de Ciencias del Deporte Ebalonmano, 5 (1), 19-31.
- Blanch, J., Ochoa, P. y Sahagun, M. (2012) Re significación del trabajo y la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. En Ansoleaga, E., Artaza, O. y Jimenez, J. Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud. (p. 165-175) Santiago: Organización panamericana de la salud.

- Borell, F. (Mayo de 2007). La relación medico paciente en un mundo cambiante. Recuperado el 28 de Mayo de 2014, de Humanitas: <http://www.fundacionmhm.org/tema0715/articulo.pdf>
- Castillo, E., y Vasquez, M. (2003). El rigor metodológico en investigación cualitativa. *Colombia médica* , 34 (3), 164-167.
- Cisterna, F. (2005). categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria* , 14 (1), 61-71.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de la investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Dejours, C. (2009) *El desgaste mental en el trabajo*. Madrid: Modus laborandi.
- Diaz, X. y Mauro, A. (2012) *Riesgos psicosocial y salud mental en trabajadores y trabajadoras de la salud en Chile*. En Ansoleaga, E., Artaza, O. y Jimenez, J. *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. (p. 146-164) Santiago: Organización panamericana de la salud.
- Dominguez, R. (1990). *Estudio diagnóstico de relaciones humanas y trato al publico en el servicio de salud metropolitano*. Santiago: Ministerio de salud.
- Dominguez, R. (1992). *Reflexiones sobre los aportes de los contenidos y metodologías de la psicología en las tareas de la atención primaria en salud*. Santiago: Corporación de promoción universitaria.
- Emmanuel, E. (2003). ¿Que hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En F. Lolas, & A. Quezada, *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. Organización mundial de la salud.
- Entralgo, L. (1967) *La relación médico-paciente. Historia y teoría*. Madrid: revista de occidente.
- Epele, G. (1994). *la relación médico paciente en el cáncer terminal: una aproximacion a la muerte en la sociedad compleja*. *Revista chilena de antropología* (12), 87-98.

- Escobar, F., y Bonilla, F. (2010). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología , 9 (1), 51-67.
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Revista habanera de ciencias médicas , 7 (3), 24-33.
- Fernandez, A., Santa Clotilde, E. y Casado, M. (2007). Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería de atención primaria de Soria. Recuperado el 04 de Junio de 2014, de Biblioteca Las Casas: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>
- Flick, U. (2004). Introducción a la metodología cualitativa. Madrid: Morata.
- Franca-Tarragó, O. (1996). Ética para psicólogos: introducción a la psicoética. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Frese, M. (1982) Occupational Socialization and psychological development. An underemphasized perspective. Journal of Occupational Psychology, 5, 209-224.
- García Sanchez, S. (1993). La qualitat de vida profesional como a avantatge competitiv. Revista de qualitat , 11, 4-9.
- García, A. (2000). Introducción a la fenomenología de Edmund Husserl. Recuperado el 24 de Abril de 2014, de Revista de ciencias humanas: <http://www.utp.edu.co/-chumanas/revistas/revistas/rev22/garcia.htm>
- García-Huidobro, D., Sprongle, C., y Sapag, J. (2008). Cuidar a los cuidadores: un desafío para los profesionales de la salud. Revista médica de Chile, 809-811.
- Gómez, A., y Borquez, P. (2012). Suicidio por interrupción de hemodiálisis en un paciente con nefropatía crónica: análisis de un caso. Revista médica de Chile, 140, 771-774.
- Gómez, R. (2000). El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. Originales y revisiones, 41-56.
- Gonzales, M. (2002). Aspectos éticos en la investigación cualitativa. Revista iberoamericana de educación (29), 85-103.

- Gonzales, T., y Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación: tipos de análisis y procesos de codificación. *Nure Investigation* (45), 1-10.
- Grau, J., y Hernández, E. (2005) *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro universitario en ciencias de la salud.
- Gracia, D. (2010) *Voluntad de comprender: la aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo*. Madrid: Triacastela.
- Guajardo, A., y Lavados, C. (2010). El proceso comunicativo en la relación médico paciente-terminal. Recuperado el 27 de Julio de 2014, de *Persona y bioética*:
<http://personaybioetica.unisaba.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1867/2263>
- Hernández, F. (2006). El significado de la muerte. Recuperado el 1 de Junio de 2014, de *Revista digital universia*:
http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
- Hernández, R., Fernandez, C., y Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hiriart, I. y Olivares, L. (2004) *Clima organizacional y fortalecimiento del trabajo en equipo*. Diplomado en salud pública y salud familiar. Universidad Austral de Chile: instituto de salud pública.
- Insua, J. (1985). *Introducción a la psicología médica*. Buenos Aires: Promed.
- Karasek, R. (2001) *El modelo demandas/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos*. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Buenos Aires: Promed.
- King, I. (1981). *A theory of nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley.
- Kübler-Ross, E. (1972). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Lázaro, J., y Gracia, D. (2003) *La nueva relación clínica*. En P. Laín, *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela.

- Lyotard, J. (1960) La fenomenología. Buenos Aires: Universitaria de Buenos Aires.
- Maslach, C. (1982) Burnout: the cost of caring. New Jersey: Prentice Hall.
- Marchant, L. (2006) Factores organizacionales críticos para fortalecer el alineamiento estratégico del personal. Ciencias sociales on-line. 3 (1) 58-69.
- Mays Vallenilla, E. (1976) Latinoamérica en la encrucijada de la técnica. Caracas: Universidad Central.
- Maza, M., Zabala, M., y Merino, J. (2008). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Ciencia y enfermería, 15 (1), 39-48.
- Melita, A., Cruz, M., y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. Ciencia y enfermería, 14 (2), 75-85.
- MINSAL (1990) Programa de mejoramiento de la calidad. Marco conceptual en busca de la calidad de la atención. Modulo n°2.
- MINSAL. (2006). Procesos de hemodiálisis. Santiago: Gobierno de Chile.
- Minuchin, S. (1974) Familias y terapia familiar. México: Gedisa.
- Moreno, M., y Jordan, M. (2007). Desgaste profesional por empatía: una consecuencia también del cuidado de enfermería. Desarrollo científico de enfermería, 15 (8), 357-360.
- Moreno, M., y Jordan, M. (2007). Desgaste profesional por empatía: una consecuencia también del cuidado de enfermería. Desarrollo científico en enfermería, 8 (15), 34-52.
- Mur de viu, C., y Maqueda, J. (2011). Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. Medicina y seguridad en el trabajo, 1-3.
- Muriá, I. (1 de Julio de 2000). La concepción religiosa de la muerte. Recuperado el 2 de Junio de 2014, de Revista digital universia: <http://www.revista.unam.mx/vol.1/art2/>
- Ordenes, N. (2004). Prevalencia del burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. Revista chilena de pediatría, 75 (5), 449-454.

- Orellana, M., y Munguía, A. (2008). Insuficiencia renal y depresión. Revista del postgrado de psiquiatría, 1 (3), 10-12.
- Parra, M. (2011) Salud mental y trabajo. Monografías de gestión en psiquiatría y salud mental, 4-30.
- Peiró, J. (1992) Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: UDEMA.
- Perez, I. (2006) Clima organizacional y gerencia: inductores del cambio organizacional. Investigación y postgrado. 21 (2) 231-248.
- Pichón-Riviere, E. (1995) El proceso grupal. Buenos Aires: Nueva visión.
- Poblete, H. (2012). XXXII cuenta anual de hemodiálisis crónica (HDC) en Chile. Santiago: Asodi.
- Quintana, A., y Montgomery, W. (2006). Psicología: Tópicos de la actualidad. Metodología de la investigación cualitativa. Lima: UNMSM.
- Rivera, D., Cartagena, E., Reig, A., Roma, M., Sans, I. y Caruana, A. (2003) Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante. Alicante: Universidad de Alicante.
- Roca, M. (7 de Enero de 2014). La significación del trabajo para el bienestar personal. Recuperado el 11 de Noviembre de 2014, de Salud vida, revista de divulgación científica y cultura de la salud en Cuba: <http://www.saludvida.sld.cu/articulo/2014/01/07/la-significacion-del-trabajo-para-el-bienestar-personal>
- 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 humanidad, 15 (2), 133-154.
- Rodríguez, J. (2010). Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud. Revista de calidad asistencial, 25 (6), 318-320.
- Rodríguez, M. (2008). Relación médico-paciente. La Habana: Ciencias medicas.
- Rodríguez, N. (1967). La relación médico-paciente. Revista de psicología, 5, 137-142.

- Rogers, C. (1985) Reaction to Gunnison's Article on the Similarities Between Erickson and Rogers. *Journal of Counseling and Development*. 63 (9).
- Ruiz, J. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. Barcelona: Universidad de Deusto.
- Sanchez, D., y Mora, H. (26 de 10 de 2009). Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica. Recuperado el 28 de 06 de 2014, de Portales médicos: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1771/1/Empatia-y-desgaste-profesional-en-enfermeras-del-area-salud-mental-y-psiquiatrica.html>
- Sanchez, J. (2000). Empatía médica, sensibilidad emocional y características psicosociodemograficas en estudiantes de medicina. Macaray, Aragua: Universidad de Carabobo.
- Sandoval, C., Sanhueza, L., Borjas, R., Gonzales, P., Odgers, C., y Najafzadeh, S. (2006). Síndrome de burnout en el personal profesional del hospital de Yumbel. *Cuadernos sociedad médica*, 45 (4), 268-273.
- Savio, S. (2008). El síndrome de burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Facultad de ciencias sociales*, 1 (8), 121-138.
- Schneider, D. y Hall, D. (1972) Correlates of organization indentification as an function of career patern and organization type. *Administrative science quaterly*. 17, 340-350.
- Sosa, O. (2010). Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Revista de enfermería del instituto mexicano de seguridad social*, 18 (3), 153-158.
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Trucco, M. (2004). El estrés y la salud mental en el trabajo: documento de trabajo de la asociación chilena de seguridad. *Ciencia y trabajo*, 6 (14), 185-188.

- Trucco, M. (1998). Promoción de la salud mental en el ámbito laboral. Washington: Informe a la OPS.
- Valles, M. (2007) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Barcelona: Universidad de Deusto.
- Varela-Centellas, P., Ferreiro, A., Fontao, L., y Martínez, A. (2004). Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de la salud. *Revista española de salud pública*, 78 (3), 399-402.

7. Anexos

7.1. Guión para primera entrevista

Descripción de la experiencia

- Diferencias con otros trabajos del sector salud.

Descripción del tipo de paciente de diálisis

- Diferencias con otro tipo de pacientes.
- Caracterización general.

Descripción del tipo de relación entre paciente y trabajador de salud

- Roles que se cumplen dentro de la relación.
- Proximidad a nivel emocional.
- Existencia o no de un lazo directo (amistad, cariño, etc.) y que características particulares posee.
- Importancia de la familia del paciente y relación con ella.

Comunicación con los pacientes

- Como se vive la comunicación con ella.
- Diferencias que puedan existir con distintos pacientes.
- Manejo de la comunicación ante situaciones complicadas relacionadas a la salud de los pacientes.
- Manejo de la comunicación en situaciones de sobrecarga emocional o estrés en el trabajador.

Afectividad a lo largo de la relación

- Actitud que genera el paciente recién llegado.
- Sentimientos que genera el paciente recién llegado.
- Diferencias según las características particulares del paciente.
- Involucramiento en el tratamiento según las características de la relación.
- Evolución de los sentimientos hacia el paciente con el correr del tratamiento.
- Actitud que genera el paciente tras muchos años.
- Sentimientos que genera el paciente tras muchos años.

Imagen que se proyecta sobre los pacientes

- Percepción de los sentimientos de los pacientes hacia la figura del tratante.

Aprendizajes de la experiencia

- Aprendizajes que genera la experiencia del trabajo en diálisis.
- Aprendizajes que deja la relación con los pacientes.

7.2. Guión para segunda entrevista

Responsabilidad con los pacientes.

- Relación percibida entre el trabajo y la vida del paciente.
- Sentimientos de culpa asociados.
- Efectos de la carga de responsabilidad sobre la vida del trabajador.
- Evolución de los sentimientos de culpa.

Deterioro físico del paciente

- Sentimientos que produce el deterioro físico de un otro.
- Actitud con la cual se enfrenta el deterioro físico de otro.

Ideas sobre la muerte

- Ideas personales sobre la muerte (religiosas, ideológicas, etc.)
- Influencia del trabajo sobre la visión actual de la muerte.
- Cambios a través del tiempo en la forma de ver la muerte como fenómeno.

Relación entre la muerte y el trabajo de diálisis.

- Presencia de la posibilidad de la muerte en el trabajo diario.
- Forma de vivir la muerte a nivel grupal (trabajadores y pacientes)

Experiencias particulares

- Como se ha vivido la experiencia de muerte en el trabajador.
- experiencia con pacientes muertos en sala.
- experiencia con pacientes muertos fuera de sala.
- experiencia con muertes esperables.
- experiencia con muertes inesperadas.
- experiencias según características particulares del paciente
- experiencias según el grado de cercanía con el paciente

Sensaciones posteriores

- Sensaciones que deja la muerte de un paciente en el trabajador.
- Sensaciones que se perciben en el equipo tras la muerte de un paciente.
- Forma de enfrentar el trabajo y la relación con los pacientes tras la muerte de otro.

La muerte en la relación clínica

- Como se ve afectada la relación frente a la posibilidad de muerte.
- Como se enfrentan los temores del paciente.
- Como se enfrentan los temores propios.

Avances en el tiempo.

- Cambios según la experiencia en la forma de afrontar la muerte emocionalmente.
- Cambios en la forma de afrontar la muerte en el plano técnico.

7.3. Guion para grupo focalizado

Organización del trabajo

- Importancia del trabajo en equipo.
- Organización del equipo de salud.
- Actividades diarias y lúdicas.
- Organización frente a dificultades.

Ambiente laboral

- Descripción del ambiente a grandes rasgos.
- Relaciones entre el equipo de salud y los pacientes.
- Clima laboral frente a dificultades.

Relaciones interpersonales

- Caracterización de las relaciones en el trabajo en diálisis.
- Importancia de los lazos de amistad.

Adaptación al trabajo

- Importancia de la experiencia en el trabajo diario.
- Estrés laboral.

Sentido del trabajo

- Retribuciones del trabajo en diálisis.
- Aprendizajes de la experiencia laboral.

7.4. Consentimiento informado para entrevistas individuales

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

“Vivencia del trabajo con pacientes sometidos a hemodiálisis”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Cristián Adolfo Valdés Hernández, de la Universidad del Bio Bio de la carrera de Psicología, Campus Andrés Bello. El objetivo de la investigación es conocer la experiencia del trabajo con pacientes sometidos a hemodiálisis.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en dos entrevistas personales, la primera de ellas orientada a describir la relación con los paciente que se viven en el trabajo de diálisis, y la segunda tendrá por objetivo el describir la experiencia de muerte de los pacientes en este contexto. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo, en dos sesiones individuales. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya se agradece su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha.

7.5. Consentimiento informado para grupo focalizado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

“Vivencia del trabajo con pacientes sometidos a hemodiálisis”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Cristián Adolfo Valdés Hernández, de la Universidad del Bio Bio de la carrera de Psicología, Campus Andrés Bello. El objetivo de la investigación es conocer la experiencia del trabajo con pacientes sometidos a hemodiálisis.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista grupal junto a 4 personas más. Esto tomará aproximadamente una hora de su tiempo, en una sesión grupal. Esta entrevista en particular está orientada a la descripción del clima laboral dentro de los equipos de hemodiálisis. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya se agradece su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha.

