



Estrategias de Afrontamiento en Personal de Salud

frente a la Muerte de Pacientes:

Una Revisión Narrativa de la Literatura Científica

Memoria para optar al título de Psicólogo

Autores:

Lic. Abraham Saba Martínez

Lic. Jaime Aguilera Ceballos

Profesora Patrocinante:

Adriana Espinoza

Dra. Adriana Espinoza Soto

Santiago de Chile, abril 2021

Tabla de contenido

Tabla de contenido	2
Resumen	4
Introducción	5
Medicina paliativa.....	7
Afrontamiento, Estrategias y Teorías.....	9
La Situación en Chile	13
Pandemia Sanitaria por Coronavirus.....	15
Pregunta y Objetivos de Investigación	17
Marco Metodológico.....	18
Procedimientos	18
Resultados.....	21
Desglose de Resultados	21
Experiencias e Impacto del Personal de Salud frente a la Muerte de un/a Paciente.....	22
Sentimientos generalizados.....	22
Tiempo de trabajo y el dolor.....	23
Limitación del esfuerzo terapéutico.....	24
Dolor familiar.	24
Frustración frente a la muerte.....	25
Afrontamiento ante la Muerte	26
Orden psicológico interno.	26
Acción individual.....	30
Acción colectiva.....	33
Apoyo Institucional del Personal de Salud frente a la Muerte	36
Formación.....	36
Acompañamiento y contención.....	37
Falta de apoyo institucional generalizado.....	39

Discusión	41
Impacto de la Muerte y Condiciones Laborales en el Personal de Salud.....	41
Acción Individual	50
Acción Colectiva.....	52
Pandemia por Covid-19, Salud Mental y Afrontamiento	57
Conclusiones	60
La muerte y el Contexto Sociohistórico	60
Bibliografía.....	64
Anexo I	73

Resumen

En contextos hospitalarios de alta demanda, los/as profesionales de salud deben experimentar diariamente la muerte de pacientes, y afrontar el malestar con sus propios recursos psicológicos. Esta situación se ve agravada por la sobrecarga laboral, y actualmente por la pandemia de Covid-19 que ha estresado aún más los sistemas hospitalarios. El objetivo es investigar cómo las muertes de pacientes impactan en el personal de salud, cómo los/as profesionales resienten este impacto, y con qué recursos, psicológicos, sociales e institucionales cuentan para afrontar la muerte de pacientes. Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica nacional e internacional entre los años 2010 y 2020 en diversas bases de datos. Como resultados se encontraron 22 estudios que abordan la temática, 20 a nivel internacional, pero solo dos estudios nacionales. A modo de conclusión, se puede indicar que la mayoría de los/as profesionales cuentan con recursos psicológicos y sociales para afrontar este proceso, pero el apoyo institucional que reciben es casi nulo. Se recomienda un mayor apoyo por parte de las instituciones a los/as profesionales de salud, a través del desarrollo de espacios de ayuda psicosocial y de estrategias de contención colectivas, particularmente en el contexto actual de pandemia sanitaria por Covid-19.

Palabras clave: Profesionales de Salud, Afrontamiento, Muerte de Pacientes, Medicina Paliativa.

Introducción

La complejidad es algo que siempre ha envuelto a la muerte, pero no siempre ésta ha sido tratada de la misma forma. En la historia, se transita desde una muerte pública y ritualizada en el medioevo a una muerte medicalizada, temida y solitaria en la actualidad (Gómez, 2012). La visión de un/a moribundo/a esperando la muerte junto a sus cercanos/as es algo que vemos lejano. Esta muerte conceptualizada por Philippe Ariés como la “Muerte domesticada”, es una muerte en donde a nadie se le privaba de ser parte de este proceso, incluso los/as niños/as eran parte, mirándose y viviéndolo como algo sagrado, y en donde el/la enfermo/a tenía el tiempo para asimilar y pensar su muerte (Ariés, 2000 en Díaz, 2006). Algo interesante de esto es que además de no ser un hecho traumatizante ni tan trágico, éste era un proceso que se esperaba de forma comprensiva y del cual la mayoría conocía los signos, no por conocimiento técnico sino más bien popular, por el hecho de que la mayoría había vivenciado la muerte de un otro (Díaz, 2006).

Durante el siglo XIX comienza a aparecer una suerte de privación del derecho a conocer la muerte propia y se comienza a instaurar la idea de que si el/la médico/a no puede curar debe alejarse del/de la moribundo/a: todo esto genera que la muerte sea vista como algo a lo que temer (Gómez, 2012). A finales de este siglo la aproximación hacia la muerte desde el conocimiento técnico y científico hace que el/la enfermo/a sea visto como un sinónimo de su enfermedad. Se le obliga a entrar en el lenguaje médico y a seguir instrucciones y estar atento a los síntomas, el/la moribundo/a es obligado a estar enfocado en su enfermedad desde el aspecto médico y dejar de lado todo lo que esté fuera de ella. Una aproximación desde la emocionalidad y la sentimentalidad es algo que queda fuera de este proceso, surgiendo como una gran consecuencia que el/la enfermo/a y sus cercanos/as sean privados de la preocupación existencial (Ariés, 1983).

La muerte en la actualidad es un proceso sobre medicalizado que se vive en un lugar específico: el hospital. Aquí el/la enfermo/a se somete a las prácticas y las técnicas del quehacer médico. La muerte se vive en lo ajeno del hospital y las decisiones de su cuerpo y vida vienen desde otra voz. En este proceso es el/la médico/a clínico/a quien ejerce poder en el espacio hospitalario, y quien tiene la mayor facultad sobre el cuerpo y la enfermedad. Es el/la profesional médico, además, quien declara la muerte y quien decide hasta dónde

llegará el esfuerzo por mantener a alguien vivo. Como declara Díaz “Nuestra vida ya no se deja en manos del destino, el ser humano moderno necesita controlarla hasta el punto de negar que ésta es finita” (Díaz, 2006, p.13).

Así, la figura del/de la médico/a en la actualidad difiere en gran medida de la figura del/de la médico/a de antaño. Lo que antes podía llegar a ser entendido incluso como una función moral en donde el/la médico/a, además de tratar al/la enfermo/a, acompañaba a la familia, ahora sólo se limita a una función introductoria al mundo especializado en donde los/as cercanos/as poco o ningún poder tienen (Ariés, 1983).

Los/as moribundos/as ya no son ayudados por la sociedad a morir, la muerte se convierte en tabú y se pretende ocultarla e individualizarla, imponiendo la idea de que lo mejor es no saber que se está muriendo (Gómez, 2012). Esta cuestión no es un hecho que pueda ser obviado por el personal de salud ya que, por el contrario, es algo que está muy presente en el quehacer generando diversos sentimientos, como culpa, impotencia o represión, y sobre todo una relación dificultosa con la muerte que se traduce en síntomas psíquicos y somáticos (Gómez, 2012).

Es el/la médico/a con su equipo quienes, en el contexto hospitalario, son los dueños de la muerte, de las circunstancias y del momento (Ariés, 2000 en Díaz, 2006). Pero ¿cómo enfrenta la medicina esta forma de entender y acercarse a la muerte? La forma más común en que el equipo médico se relaciona con el/la moribundo/da es a través del paternalismo y desde una mirada técnica/científica, muy pocas veces humanista, en donde el/la enfermo/a (paciente) es un sujeto pasivo. Se otorga mayor importancia a la monitorización y recuperación del cuerpo, los órganos y funciones corporales más que a las necesidades y deseos detrás de la enfermedad. El cuidado del cuerpo y del dolor son hechos que no se pueden negar a una persona, pero eso no implica negar una visión humana de este proceso medicalizado más allá de ver al/la enfermo/a como un objeto al que aplicar procedimientos, diagnosticar o reanimar (Díaz, 2006).

Para este autor (Díaz, 2006), las acciones del equipo médico deben estar enmarcadas dentro de consideraciones éticas como el consentimiento informado, un constante acceso a la información, la visión del/de la enfermo/a como un sujeto activo en su enfermedad y sobre todo el derecho de toda persona a tener una muerte digna, entendida como un

proceso humano, sin medidas desproporcionadas ni sufrimientos innecesarios y otorgándole los cuidados paliativos necesarios.

Medicina paliativa

Sin embargo, ocurre cada vez más que el deber clínico en hospitales pasa solo de curar a los/as pacientes, de tratar las enfermedades, a mantenerlos vivos lo más dignamente, remitiendo el dolor y el sufrimiento durante el tratamiento. Esto se conoce como la medicina o cuidados paliativos, disciplina enfocada en mejorar la calidad de vida de los/as pacientes, y enfrentar los problemas asociados a enfermedades terminales mediante la prevención y el alivio del sufrimiento (OMS, 2007). Ante la realidad que viven constantemente los/as pacientes terminales, surge la necesidad de poder acompañar y controlar el dolor y los síntomas, pero sin dejar de lado las necesidades sociales, espirituales y psicológicas. Frente a esto la medicina paliativa pretende entregar una completa y activa atención de pacientes cuya enfermedad no puede ser tratada mediante un tratamiento curativo. El objetivo principal es poder, a través del equipo médico, facilitar una buena calidad de vida tanto al paciente como a su familia, tomando en cuenta que la enfermedad no es un hecho simplemente relacionado con el cuerpo y la fisiología, sino que conlleva un impacto psicosocial (Taboada, 2000).

La medicina paliativa se enfoca, entonces, en poder brindar una mejoría en la calidad de vida y aligerar los síntomas del/de la enfermo/a. Para que se pueda aplicar de la mejor manera. Según Taboada (2000), el tratamiento paliativo tiene que ser en el marco de un equipo multidisciplinar que pueda abordar el proceso desde lo físico a lo espiritual (enfermeros/as, psicólogos, nutricionistas, consejeros espirituales, etc.). Todo esto con la idea de que el/la enfermo/a y sus cercanos/as son sujetos activos en la enfermedad y que, por lo tanto, necesitan ser escuchados e informados. Así, los cuidados paliativos, también incluyen una constante comunicación y preocupación porque el/la paciente pueda expresar sus dificultades, temores y angustias.

Progresivamente los cuidados paliativos han pasado a tomar un lugar fundamental en la medicina moderna, tanto así que algunos especialistas consideran que, junto con curar y sanar enfermedades, un nuevo objetivo para la medicina del tercer milenio es contribuir a

que las personas puedan morir en paz y dignidad (Bello, Vergara, O'Ryan, Alfaro, & Espinoza, 2009).

En este sentido, los hospitales y equipos médicos no deberían centrarse exclusivamente en tratar de curar enfermedades, sino que además deberían dar igual prioridad a reducir el malestar y sufrimiento, incluso cuando ya no hay posibilidades de tratamiento. Esto se conoce como la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). Cuando el estado de salud del/de la paciente no da pie a ninguna posibilidad terapéutica, el equipo médico deberá decidir la no implementación o retirada total de los tratamientos terapéuticos, al anticipar que no conllevan ninguna mejora al/la paciente (Paredes Escobar, 2012). La LET se aplica en pacientes terminales, o en estado de irrecuperabilidad. La decisión de aplicar la LET es responsabilidad del/de la médico/a o del equipo de salud a cargo, quienes deberán tomar la decisión basados en el avance de la enfermedad del/de la paciente, y/o en el estado de irrecuperabilidad del mismo. En ese momento se asume que la muerte del/de la paciente puede llegar en cualquier momento, y se da pie solo a la medicina paliativa.

Así, la combinación de los cuidados paliativos, en conjunto con la progresiva limitación del esfuerzo terapéutico, marcan lo que se denominan “cuidados terminales”, o de “fin de vida” (end-of-life care en inglés). Con esto, la práctica clínica pretende que el/la paciente terminal pueda morir de la forma más digna posible, sin sufrimiento innecesario, y con el acompañamiento de sus familiares, en una activa transición hacia la muerte, “Tan importante como atender el cuerpo y el dolor es atenuar el sufrimiento y enfrentar las necesidades psicosociales y espirituales del/de la paciente y su familia.” (Bello et al, 2009, p.97).

Gala León et al. (2002) establecen que una formación educativa adecuada para el personal de salud debería fomentar actitudes adecuadas hacia el/la enfermo/a terminal: 1) Tomar conciencia de sus necesidades fisiológicas, sobre todo en lo referente al alivio del dolor físico y psíquico; 2) Desarrollar habilidades y actitudes de observación y escucha para poder identificar adecuadamente sus necesidades específicas; 3) Atender adecuadamente las necesidades informativas de los/as familiares y allegados; 4) Atender y ser sensible a las necesidades espirituales y religiosas del/de la paciente; y 5) Facilitar y disponer las mejores condiciones posibles del entorno, que hagan más cómodo y acogedor el habitáculo del/de la enfermo/a, tanto para él/ella como para sus familiares. Por lo que se puede

considerar que diversas especialidades del área de la salud comparten un objetivo principal: proporcionar a sus pacientes una buena muerte, descrita como “la que está libre de malestar y sufrimiento evitables a pacientes, familiares y cuidadores, de acuerdo con sus deseos y con los estándares clínicos, culturales y éticos” (Selecky et al, 2005, p.3603).

Pero para ser capaz de brindar los cuidados paliativos necesarios, el/la profesional de salud debe tener una formación psicoemocional que le permita poder afrontar psicológicamente situaciones de pacientes muriendo. Debe ser capaz de acompañar activamente el proceso de muerte, proceso que puede ser traumático o altamente estresante. Sin embargo, los/as profesionales no siempre están capacitados emocionalmente para enfrentar estas situaciones. Su poca experiencia ante la muerte puede llevarlos a padecer “ansiedad y miedo a la muerte”. Ansiedad que puede generar malestar, menoscabar su autoconfianza, y por tanto generar un mal desempeño laboral en el/la profesional, lo que se traduce en un peor cuidado del/de la paciente terminal (Espinoza & Sanhueza, 2012).

Afrontamiento, Estrategias y Teorías

El o la profesional de salud con experiencia, es capaz de desarrollar estrategias de afrontamiento psicológico efectivas, que les permiten hacer frente a estas situaciones, haciendo uso de sus capacidades psicológicas, para resolver el problema, o para reducir la fuente del malestar. Según Rodríguez-Marin, Pastor y López-Roig (1993), quienes revisaron ciertas definiciones al respecto, el afrontamiento sería la respuesta, o conjunto de respuestas, que un sujeto despliega ante una situación estresante, a fin de neutralizarla o manejarla, o en sus propias palabras: “...proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio...para adaptarse a la nueva situación” (1993, p.351).

Una demanda excesiva, o situación estresante en el caso del/de la profesional de salud, sería la atención y el manejo de un/a paciente terminal, o de un/a paciente crítico/a con altas probabilidades de morir. Esta situación demandante implicaría un desequilibrio entre lo que se le exige al/a la profesional, y lo que el/la profesional es capaz de hacer con sus recursos normales, o cotidianos. Cuando este desequilibrio es demasiado alto, y el sujeto no puede resolverlo de forma normal, es cuando debe echar mano de sus recursos y estrategias de afrontamiento. En la teoría de Lazarus y Folkman (1986), el nivel de

desequilibrio indicaría el nivel de estrés que sufre la persona. A mayor demanda del ambiente, mayor estrés, y también mayor nivel de afrontamiento debe desplegar la persona. Este sería el “estrés transaccional” que define la teoría de Lazarus y Folkman (1986).

Por ejemplo, en la situación descrita anteriormente, además de enfrentarse a tener que atender un/a paciente, situación que el/la profesional puede resolver aplicando sus conocimientos profesionales, debe también experimentar y acompañar la muerte del/ de la paciente, situación que lo puede desbordar emocionalmente y para la cual puede no estar preparado. Ante este posible desborde emocional que se puede presentar con diversos síntomas como angustia, estrés, frustración, o malestar generalizado, el/la profesional deberá aplicar sus recursos y estrategias de afrontamiento para reducir tal malestar (Pérez Molina & Rodríguez Chinchilla, 2011).

Dentro de lo que se considera afrontamiento, en la línea de Lazarus y Folkman, aparecen dos conceptos importantes: “las formas”, o “estilos de afrontamiento” (ways of coping), y más concretamente, las estrategias de afrontamiento (coping strategies). Las primeras, las formas de afrontamiento, hacen referencia al estilo, o rasgo del sujeto a la hora de tener que afrontar. Se relaciona más con la predisposición personal del sujeto al momento de elegir una estrategia. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento hacen referencia a acciones, conductas, o cogniciones, concretas que despliegan los/as sujetos para afrontar, las cuales pueden ser altamente variables, al depender por un lado del estilo de afrontamiento del sujeto, y por otro de la situación (Felipe Castaño & León del Barco, 2010).

Las estrategias de afrontamiento pueden ser de diversa índole, y pueden categorizarse de varias maneras. Según su origen, pueden ser psicológicas, o del orden psicológico interno; físicas, o con relación al uso del entorno y sus materiales; sociales, o basadas en la interacción social (Rodríguez-Marin, Pastor, & Lopez-Roig, 1993). Otras categorizaciones bastante frecuentes en la academia serían las compiladas en su artículo por Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, (2003) las que se refieren a:

1. Estrategias internas o intrínsecas; y externas o extrínsecas: según si son recursos propios del sujeto, o tiene que recurrir a su entorno o a sus pares.

2. Estrategias positivas o negativas: dependiendo del efecto que tienen en el sujeto a mediano o largo plazo, si es que logran efectivamente reducir la causa del malestar, o por el contrario agravar el malestar posteriormente.
3. Estrategias orientadas a la emoción; u orientadas al problema: las primeras estarían orientadas a disminuir el sentimiento de malestar del sujeto, sin necesariamente intervenir en la causa del malestar; por otro lado, las segundas estarían orientadas a resolver la fuente de conflicto. Algunos autores consideran que las primeras serían estrategias más basales y reactivas, y que incluso pueden ser negativas, mientras que consideran a las orientadas al problema como estrategias óptimas, o positivas. Sin embargo, los propios Lazarus y Folkman, autores de esta categoría, concluyeron que era inadecuado separar taxativamente el universo de estrategias entre estas dos categorías, ya que el afrontamiento ocurre como un proceso complejo, el cual puede abarcar ambos procesos a la vez, tanto el orientado en regular la emoción, como el orientado en resolver el problema base (Skinner et al., 2003, p. 227).

Hay que recalcar que en el campo académico detrás de las teorías del afrontamiento aún no hay consenso general en torno a cómo categorizar las estrategias de afrontamiento (Skinner et al., 2003), de ahí que haya una gran diversidad de categorizaciones en torno al concepto. Las mencionadas en esta problematización son algunas de las categorías más utilizadas en la literatura científica.

Siguiendo con lo anterior, los/as profesionales de la salud no siempre parecen estar capacitados para afrontar la alta carga emocional que supone el cuidado hospitalario, y en especial, el cuidado de pacientes próximos a la muerte. Varias investigaciones concuerdan en que la proximidad de la muerte de un/a paciente genera diversas reacciones emocionales en el personal de salud, especialmente sentimientos como estrés, angustia, frustración, miedo e incluso depresión (Maza Cabrera, Zavala Gutiérrez, & Merino Escobar, 2009).

Estrés y Malestar en el Equipo Médico

Dentro del ambiente hospitalario existen diversos factores que influyen en el desarrollo personal de los/as profesionales de salud y, con esto, el cómo se relacionan con los/as pacientes, por lo que la salud mental aparece como un punto importante al momento de

hablar del espacio hospitalario. Los horarios de trabajo, el sentimiento provocado por la muerte, la atención a las crisis, las demandas tanto de los/as empleadores como de los/as usuarios, entre otras cosas, se transforman en elementos que afectan directamente al individuo y al equipo de trabajo. Esta afectación puede llegar a generar malestar, y producir lo que se conoce como Síndrome de Burnout, pudiendo manifestarse, de esta forma, cuadros de estrés, insatisfacción, agotamiento y fuertes cargas negativas (Bianchini, 1997).

Según Bianchini (1997) este síndrome se puede manifestar de diversas formas y tiene características específicas dentro del trabajo de los/as profesionales. Una de ellas es que se expresan diversas respuestas emocionales que se entienden como inadecuadas para el medio y que pueden llegar a volverse crónicas. En el caso de los/as profesionales de salud, el estrés se puede manifestar a través de desapego emocional, entendido como una armadura de despreocupación que puede llegar a ser tan intensa que no permita relacionarse afectivamente con la gente a la que ayuda. También se puede manifestar en un maltrato hacia los/as pacientes, en donde el/la profesional pretende mantener todo controlado ignorando las necesidades de los/as pacientes, en donde debe haber obediencia hacia el/la profesional para ser atendido de buena forma. Existen también, debido al estrés, muchas ocasiones donde no se puede hacer consciente el trasfondo emocional de los/as profesionales, dado que existen actitudes de defensa en donde se evade el enfrentamiento de los conflictos tanto internos como grupales. Surgen así formas indirectas de comunicación, como la broma, que dan como resultado la agresión y la descalificación entre las personas. Para Bianchini (1997), una cuestión importante para llegar a abordar el estrés dentro del equipo médico es que este síndrome no se puede personalizar, es decir, que no se puede culpabilizar a uno o a otro, ya que es una cuestión que se debe más que nada a factores de ambiente laboral.

En este sentido, las tensiones que experimentan los/as profesionales de salud, para Bianchini (1997), surgen tanto de fuentes externas como internas. Algunas de las fuentes externas son: Ambiente laboral inadecuado, las prácticas burocráticas, malas condiciones laborales, jefaturas disfuncionales, falta de reconocimiento al esfuerzo y a los logros obtenidos, descripción ambigua de roles. Mientras que algunas fuentes internas son: la necesidad de dar un rendimiento sobresaliente, una mala autoimagen, problemas familiares, aspiraciones insatisfechas, desilusiones frente a los objetivos personales.

Según Cremades-Puerto (2011) los factores estresantes en el personal médico, específicamente personal de enfermería, se pueden agrupar en 9 categorías (desprendidas de una revisión narrativa). Estas categorías son:

1. Estresores del ambiente físico: como la temperatura ambiental y las deficiencias en las condiciones de trabajo.
2. Las demandas del trabajo: como turnos imprevisibles, el horario rotativo, la sobrecarga de trabajo, el poco tiempo para atender emocionalmente al paciente, los horarios nocturnos, las múltiples tareas a realizar en un corto periodo de tiempo, resolver imprevistos.
3. Las relaciones interpersonales: como dificultad para trabajar con uno o más compañeros, no tener la ocasión para hablar con otros compañeros, recibir críticas de un supervisor o médico, trabajar en un ambiente competitivo, tener conflictos con superiores y compañeros.
4. Relación con las tecnologías: como la falta de recursos materiales adecuados, no conocer el manejo de equipo especializado ni los nuevos procedimientos y tecnologías.
5. La relación entre la vida personal y el trabajo: como el llevar trabajo a casa y tener la sensación de trabajo pendiente.
6. El contenido de las tareas laborales: como el contacto con el sufrimiento y la muerte, lidiar con pacientes exigentes o agresivos, apoyar a la familia de los/as pacientes, sentir desgaste emocional, sentimiento de impotencia, sentimiento de que el trabajo es repetitivo, estar bajo la presión de hacer las cosas bien para el bienestar del/de la paciente, papeleo excesivo.
7. Desempeño de roles: como no sentir la preparación necesaria para ayudar emocionalmente a la familia del/de la paciente, estar en desacuerdo con un tratamiento, sentir que el trabajo es infravalorado, restricción de la autonomía.
8. Desarrollo de la carrera: como recibir un sueldo no acorde, insatisfacción laboral, la necesidad de mantenerse actualizado.
9. Clima organizacional: como la falta de personal necesario para funcionar adecuadamente, cambios administrativos, y no tener una planificación coherente.

La Situación en Chile

La modernización y reformas de los sistemas públicos de salud de Chile, dentro de la llamada Nueva Gestión Pública, ha significado una reorganización gradual que se ha caracterizado por una inclinación hacia la descentralización y fragmentación de la organización, una preocupación por el aumento de la eficiencia y la reducción de costos. Además, se caracteriza por el uso de mecanismos que fomentan la competencia entre proveedores privados y públicos, la aplicación de formas de flexibilización del empleo y evaluaciones hacia el rendimiento individual. Estas características dan como resultado grandes cambios en la experiencia de trabajo de profesionales de la salud. A pesar de que existe consenso al momento de decir que los recursos humanos tienen un rol fundamental dentro de la reorganización, éste no recibe tanta atención de parte de las instituciones. De hecho, el bienestar del personal no ha estado presente en las políticas y reformas de la salud, evidenciándose una falta de prácticas y programas que se preocupen de darle valor a los recursos humanos (Ansoleaga et al., 2018).

Como antecedente, y ejemplo, de lo complejo que es trabajar con la muerte dentro del sistema de salud chileno se encuentra la investigación realizada por Bello et al. (2009), la cual se centra en conocer los valores, actitudes, percepciones y funciones del personal médico de la Unidad Médico Quirúrgico Respiratorio del Instituto Nacional del Tórax ante pacientes que viven el proceso de muerte en el hospital, como parte del proyecto “Dignificación de la muerte”. De este estudio se desprendió que el personal de salud procura entregar una atención digna al/ a la paciente moribundo y tienen una buena autopercepción al momento de brindar confort y control sintomático. Sin embargo, se reconocen deficientes en las diversas exigencias psicológicas, espirituales y emocionales que presenta el paciente durante la agonía.

En este estudio también se dio cuenta de que existe un abordaje centrado principalmente en la enfermedad y el cuerpo del/de la paciente. Aun así, se ve que existe un interés por superar este modelo biomédico tradicional y pasar un enfoque en donde se ve al humano como ser integral que requiere ser atendido, además, en sus necesidades espirituales y psicosociales, donde la familia y cercanos juegan un rol importante.

Dentro de esta investigación se ven los problemas a los que se ve expuesto el personal de salud al momento de enfrentar dilemas bioéticos como la Limitación del Esfuerzo Terapéutico y la evitación de las agonías en pacientes que tienen mal pronóstico. Aquí

entran en juego las diversas visiones y formas de abordaje que tienen los/as profesionales, las que muchas veces no coinciden, y frente a las cuales no existe un espacio para discutir la mejor decisión. De esta forma, queda en evidencia la necesidad de espacios de conversación y reflexión, en donde se puedan generar protocolos que favorezcan la toma de decisiones y clarifiquen responsabilidades individuales y comunes.

Queda de manifiesto también, dentro de esta indagación, la necesidad de consolidar de forma colectiva e individual las habilidades de autorregulación emocional y protectoras, con el fin de evitar tanto la sobre implicación como el distanciamiento con los/as pacientes. Esto implica un proceso educacional que mejore las competencias, y las entrene con el objetivo de entregar una real atención de calidad al paciente al final de su vida.

Pandemia Sanitaria por Coronavirus

La actual pandemia del coronavirus ha puesto en evidencia y agravado múltiples problemas a los que se ve expuesto el personal de salud. En muchos casos existe déficit de material sanitario, sobrecarga de trabajo y aumento de la jornada laboral, a lo que se suma la exposición al virus, el miedo a contagiar a los/as cercanos, y observar la soledad y sufrimiento de los/as pacientes, algunos de los cuales mueren. Esto lleva al personal sanitario al agotamiento mental y físico, pudiendo presentar problemas de sueño, trastornos emocionales, depresión, ansiedad y, en general, altos niveles de estrés (García et. al, 2020).

Según la segunda encuesta nacional SOCHIMI (2020) acerca de la prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario de la UCI durante la pandemia por SARS-CoV-2, los/as trabajadores de la salud están expuestos, en general durante la pandemia, a tres estresores. En primer lugar, el riesgo a contraer la infección. En segundo lugar, están las demandas laborales, los cambios de lugar de trabajo y los cambios de turnos, además de la constante supervisión y exigencias en las maneras de cómo trabajan. En tercer lugar, los cambios de rutina y su implicancia en las relaciones interpersonales. Además, dentro del sistema nacional, se necesitó de un gran esfuerzo organizativo, material y humano para poder estructurar y contar con disponibilidad de unidades de pacientes críticos para hacer frente a la pandemia.

La encuesta contó con la participación de 1,743 personas, de las cuales la mayoría eran enfermeros/as (43,2%), de estos/as, un 62,4% eran de unidades de cuidados intensivos. De los datos rescatados de la encuesta se puede destacar que un 54% de los/as encuestados/as dice no haber recibido formación para enfrentarse a una atención de complejidad mayor; y un 87% del personal médico presenta Síndrome de Burnout. Para esto se ocupó la escala de Maslach, la cual se basa en la existencia de 3 dimensiones: despersonalización, agotamiento emocional y realización personal (SOCHIMI, 2020).

Los cuestionarios referentes a molestias psicológicas fueron respondidos por 1,663 participantes, de los cuales un 78,7% manifestó preocupación por su salud mental frente a la pandemia, sólo un 23% recibió atención frente a esto, y un 13,4% obtuvo licencia médica. Frente a esto, y como conclusión del estudio, se desprende que el Síndrome de Burnout es prevalente en el personal de salud, los cuales están expuestos a sintomatología psicológica grave (SOCHIMI, 2020).

Pregunta y Objetivos de Investigación

Tomando en cuenta la transición del rol del/de la profesional de salud desde solo curar y dispensar tratamiento médico, hasta hacerse cargo de cuidar y proveer una muerte digna a los/as pacientes terminales; y considerando además la realidad respecto al alto nivel de estrés y malestar psicoemocional al que están sometidos los/as profesionales de salud en el ambiente laboral, especialmente durante la actual pandemia de Covid-19, la pregunta de esta investigación es: ***¿Cómo los/as profesionales de salud afrontan psicológica, social e institucionalmente la muerte de pacientes en el contexto hospitalario?***

En esa línea, para dicha pregunta se ha determinado el siguiente objetivo general de investigación:

- Investigar cómo los/as profesionales de la salud afrontan psicológica, social e institucionalmente la muerte de pacientes en el trabajo hospitalario.

De este objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar y caracterizar los efectos psicológicos y emocionales que experimentan los/as profesionales de la salud al vivenciar la muerte de pacientes en el trabajo hospitalario.
2. Identificar y caracterizar las estrategias de afrontamiento que experimentan los/as profesionales de la salud para afrontar la muerte de pacientes en el trabajo hospitalario.
3. Identificar y caracterizar el apoyo institucional del que disponen los/as profesionales de la salud para afrontar la muerte de pacientes en el trabajo hospitalario.

Marco Metodológico

Para abordar la temática se realizó una revisión narrativa sobre la literatura científica, a fin de poder comprender lo que se ha investigado y cómo se ha abordado la temática de las estrategias de afrontamiento en la literatura nacional e internacional. Esta metodología tiene como objetivo describir, explorar y discutir de forma amplia una temática específica, considerando sus elementos contextuales y teóricos. La revisión narrativa no está necesariamente relacionada a un método con criterios de obtención y selección de la información específicos, pero sí facilita la incorporación de diversas fuentes y tipos de información (Zilmer y Díaz-Medina, 2018). En síntesis, las revisiones narrativas constituyen un análisis crítico de la literatura que proporciona un estado del arte de la temática investigada y que aporta información relevante a quienes se inician en un área específica del conocimiento, cuya estructura de búsqueda es definida por los/as investigadores (Rother, 2007; Ferreira, Urrutia & Alonso-Coello, 2011).

Procedimientos

Para efectos de esta investigación se realizó una búsqueda preliminar en diversas bases de datos como Scielo, Latindex, Google Scholar, en donde se encontró gran cantidad de material ligado a estrategias de afrontamiento y muerte, en diversas poblaciones como bomberos y primeros respondedores en emergencias, además de nuestra población objetivo, profesionales de salud. Asimismo, se encontraron documentos con temáticas relacionadas a las estrategias de afrontamiento, duelo, y Síndrome de Burnout, entre otras.

A partir de la información recabada en la primera búsqueda, se estableció la pregunta de investigación y los objetivos de la búsqueda. Posteriormente, se realizó una segunda búsqueda, ya más estructurada, en las bases de datos Scielo, Latindex, y Pubmed, basada en las temáticas establecidas. Cabe destacar que Scielo y Latindex son bases de datos que reúnen revistas de toda Latinoamérica, y donde se encuentran publicaciones tanto en español, como en inglés y portugués (SciELO, s.f.; Latindex, s.f.). Mientras que PubMed es una base de datos online que permite acceder al repositorio Medline de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, el cual reúne más de 32 millones de citas y resúmenes de artículos biomédicos, además de acceso al texto completo cuando estos son de acceso libre (PubMed, s.f.).

Para esta segunda búsqueda se ocuparon el operador booleano AND y las palabras clave: “Afrontamiento” AND “Muerte” AND “Equipo médico”, así como su traducción al inglés: “Coping” AND “Death” AND “Medical Staff”. El intervalo de años utilizado fue de 10 años (desde el 2010 hasta el 2020). La cantidad de documentos encontrados se muestra en la siguiente tabla.

BASE DE DATOS	RESULTADOS
Scielo	2
PubMed	34
Latindex	0

Al constatar que la cantidad de artículos y publicaciones encontradas eran escasas, se decidió agregar como base de datos Google Scholar. Esta decisión estuvo basada en la primera búsqueda, en donde la base Latindex no pudo ser utilizada, ya que su buscador no filtró por operadores booleanos, y los artículos mostrados eran de poco interés para esta revisión. Además, la base de datos de Google arrojó gran cantidad de artículos ligados a otras bases de datos como Scielo y Elsevier. Vale la pena señalar, que al utilizar Google Scholar se encontraron artículos publicados en Scielo que no se encontraron directamente en el buscador de Scielo. En este paso, la cantidad de resultados subió considerablemente ya que esta base de datos, Google Scholar, no utiliza operadores booleanos, tal como Latindex, por lo que no fue posible acotar una búsqueda a términos específicos, pero esta base de datos sí arrojó artículos de interés para esta revisión. Así, Google Scholar mostraba artículos que no necesariamente tenía las tres palabras claves (afrontamiento, muerte y personal médico), junto con una exorbitante cantidad de resultados del orden de 17.000 aproximadamente, por lo que se decidió buscar manualmente artículos acordes al tema.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron:

1. Sujetos de estudio deben ser parte de personal médico (hombres y/o mujeres).

2. Estrategias de afrontamiento se asocian con experiencias de personal de salud frente a la muerte de pacientes.

Al aplicar estos criterios los artículos seleccionados quedaron como se muestra en la siguiente tabla:

BASE DE DATOS	RESULTADOS	INCLUIDOS EN LA REVISIÓN
Scielo	2	0
PubMed	34	18
Latindex	0	0
Google Scholar	17.000*	6

*La cantidad de resultados en esta base de datos se debe a la falta de herramientas de especificación.

Como producto de la segunda búsqueda, se incluyeron todos aquellos artículos que, en su resumen, o “abstract”, hacían referencia a la temática a investigar y que cumpliesen con los criterios de inclusión. Eso nos dio alrededor de 27 artículos que de manera preliminar cumplían con los criterios de inclusión. Posteriormente, al ir leyendo los artículos, se eliminaron cinco artículos cuya investigación se desviaba del tema o no aportaban información relevante. Como resultado se obtuvo un total de 22 artículos que cumplieron con los requisitos para ser incluidos en esta revisión.

Cabe recalcar que, en un principio, se consideraron para esta investigación solo los dos primeros objetivos específicos, pero dada la alta cantidad de evidencia y resultados encontrados para esta revisión narrativa, que hacen mención del apoyo institucional, se decidió agregar el tercer objetivo específico, con su correspondiente apartado en los resultados, para abordar esta materia.

Resultados

Desglose de Resultados

Tras la revisión de la literatura los resultados que aparecen se desglosan de la siguiente manera. De las 22 investigaciones que quedaron seleccionadas para esta revisión, 13 corresponden a investigaciones de corte cualitativo (Trivate et al., 2019; Smith-Han et al., 2016; Kpassagou & Soedje, 2017; Fernández-Aedo et al., 2017; Becker et al., 2017; Riotte et al., 2018; Huang et al., 2016; Fairman et al., 2014; Mak et al., 2013; Wilson, 2014; García & Rivas Riveros, 2013; Gálvez González et al., 2013; Pérez Vega & Cibanal, 2016). Ocho corresponden a investigaciones cuantitativas, (Rodríguez-Rey et al., 2009; Allie et al., 2018; Granek et al., 2017; Elder et al., 2019; Chang, 2018; Sepúlveda-Vildósola et al., 2012; Cumplido Corbacho & Molina Venegas, 2011; Orozco-González et al., 2013), mientras que hay una revisión narrativa (Zheng et al., 2018). La descripción de los artículos se encuentra en el [Anexo I](#).

En cuanto al país origen de las investigaciones, cinco provienen de España, una de ellas del País Vasco, cuatro son de Estados Unidos, dos de Australia, dos de México, dos de Taiwán, y se rescató una respectivamente de Reino Unido, Canadá, Sudáfrica, Nueva Zelanda, Togo, Hong Kong China, y de Chile. Esta diversidad de orígenes nos entrega una amplia perspectiva de experiencias a estudiar. Países con otros paradigmas culturales, fuera del occidental, como son los de Taiwán, China o Togo, por ejemplo, muestran en sus resultados un contrapunto cultural y social con las investigaciones del primer mundo occidental, como Estados Unidos, que puede ser interesante a la hora de ver cómo conciben los cuidados en medicina y las estrategias de afrontamiento.

Otro aspecto que desglosar es la profesión de los/as trabajadores de la salud estudiados en las distintas investigaciones. La mayoría de estas, independiente de su aproximación metodológica, se enfocaban en un profesional específico del área de la salud, generalmente profesionales de enfermería, mientras que algunas abordaban a los/as profesionales de salud en general. Las investigaciones que se enfocan en investigar profesionales de enfermería son la mayoría, nueve de las 22 investigaciones, mientras que una (Fernández-Aedo et al., 2017), se enfoca en profesionales y técnicos en enfermería. En segunda

mayoría, con siete artículos, están las investigaciones que se enfocan en todos los/as profesionales de salud en general. Hay cuatro investigaciones que se enfocan en estudiantes del área de salud. Una investigación se centra en médicos/as y enfermeros/as emergencistas (Elder et al., 2019), y un resultado que llama la atención es que solo una investigación se centra exclusivamente en médicos/as profesionales (Granek et al., 2017), específicamente en médicos/as oncólogos/as.

Así, casi la mitad de las investigaciones se centra en estudiar las estrategias de afrontamiento de personal de enfermería. Esto se puede relacionar con la percepción, que aparece en varios de los estudios revisados, de que los/as enfermeros/as son quienes deben enfrentar con más frecuencia la muerte de pacientes, ya que tales profesionales son quienes están en un contacto más directo y cercano con los/as pacientes, pasando más tiempo con ellos/as, y brindándoles mayores cuidados, en comparación con los/as médicos/as, por ejemplo, que en algunos casos pueden incluso permitirse no atender directamente a los/as pacientes (Kpassagou & Soedje, 2017).

En las siguientes secciones se presentarán los resultados de las tres categorías que se desprendieron del análisis de la literatura consultada. Estas categorías son: Efectos emocionales al afrontar la muerte de un/a paciente; estrategias de afrontamiento; y apoyo institucional.

Experiencias e Impacto del Personal de Salud frente a la Muerte de un/a Paciente

Esta categoría hace referencia a las diferentes consecuencias emocionales que el personal médico enfrenta al momento de estar en contacto con la muerte y enfermedad de un paciente, dentro del contexto hospitalario.

Sentimientos generalizados.

Una de las investigaciones que da cuenta de las experiencias vividas por el personal de salud es la realizada en Chile por García & Rivas Riveros (2013), la cual se centra en los relatos de enfermeros/as intensivistas pediátricas. Se puede observar que para los/as enfermeros/as la muerte es una experiencia dolorosa y compleja, frente a la cual es difícil mantenerse indiferente y no sobrecogerse ya que trabajan con niños/as y sus familias. En este sentido se describen momentos en donde se dificulta hablar y contener las lágrimas

frente al sufrimiento. Emergen, además, sentimientos ligados a la piedad en donde se llega a pedir a Dios el deceso para evitar el sufrimiento y el dolor del niño/a agónico/a. Hay un lazo afectivo complejo entre enfermeros/as y pacientes agónicos/as en donde existen sentimientos de cercanía y encariñamiento, contrapuestos a sentimientos de desapego y distanciamiento. Estos sentimientos contradictorios se generan ya que, a pesar de sentir encariñamiento, también existe la necesidad de protección emocional por parte del personal de salud.

Por otra parte, está Orozco-González et al (2013), cuya investigación, de tipo cuantitativa, se centra en identificar conocimientos y experiencias de estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Querétaro en México, sobre la muerte de pacientes hospitalizados/as. Aquí, frente a la pregunta ¿qué hacer si un/a paciente expresa que tiene miedo de morir?, un 37% señaló que se esforzarían porque el/la paciente sobrelleve la situación, un 21% señaló que posiblemente lloraría, mientras que otro 17% dijo que no sabría qué hacer. Mientras que, hablando de experiencias personales, un 44,1% señaló considerarse capaces de superar el proceso de muerte de un cercano o paciente, un 11% señaló que no serían capaces y un 31,4% que les sería difícil sobrellevarlo.

Otra investigación es la realizada en México por Pérez y Cibanal (2016), la cual se centró en caracterizar el impacto psicosocial en enfermeros/as que trabajaban con pacientes en fase terminal. Aquí la experiencia de trabajar cerca de la muerte genera sentimientos de dolor y gran impacto emocional. Este impacto está relacionado con varios factores, dentro de los cuales, el más importante, es la incertidumbre o la imposibilidad de anticipar los sucesos. Otros factores de los cuales depende el impacto son: quién es y qué edad tiene el/la paciente que muere, las condiciones en las cuales muere, la recurrencia de pacientes que mueren, las primeras experiencias frente a la muerte, las experiencias personales anteriores con la muerte y el rechazo o aceptación del/de la paciente y familiares frente a la muerte. En este sentido las experiencias previas con la muerte de cercanos o familiares dotan de sensibilidad al ejercicio profesional de los/as enfermeros/as, pero también hace que el control de las emociones sea más difícil ya que los propios duelos se transfieren al/la paciente.

Tiempo de trabajo y el dolor.

Otro tema importante dentro de las experiencias del personal de salud frente a la muerte, tal como señala anteriormente Pérez y Cibanal (2016), son los años de trabajo en este ámbito. Para García & Rivas Riveros (2013) las experiencias siempre afectan, pero se expresan de diferente modo frente a los años. Al principio es más impactante y no se pueden contener las lágrimas, mientras que con el pasar del tiempo existe mayor capacidad de contención del llanto y de recuperación emocional. En Orozco-González et al. (2013), por otro lado, el 77,65% de los estudiantes entrevistados dice que el personal de enfermería está habituado a vivenciar fuertemente esta experiencia, por lo cual ya no siente dolor ante el deceso de un/a paciente. Muy por el contrario, en Pérez y Cibanal (2016) se señala que el impacto frente a la muerte no es algo que se vea disminuido por el paso de los años y que, de hecho, puede ser aumentado por estos.

Limitación del esfuerzo terapéutico.

Se observó que la Limitación del Esfuerzo Terapéutico era un factor que también influenciaba la experiencia frente a la muerte. En Cumplido y Molina (2011), cuya investigación se centró en valorar los factores relacionados con el estrés profesional asociado a la atención continuada del dolor y la muerte, en el personal de enfermería de UCI, del Hospital Universitario Virgen del Rocío de España, se advierte que el retardo en asumir la limitación del esfuerzo terapéutico genera gran impacto y malestar en los/as profesionales, ya que son ellos/as los/as que deben estar constantemente atendiendo y acompañando al momento de la muerte, lo que genera cansancio y desgaste tanto en ellos/as como en los/as pacientes. En García y Rivas (2013) se percibe que el ensañamiento terapéutico, entendido como un uso excesivo de tratamientos, sobre pacientes niños y niñas y adolescentes (NNA) que tienen un mal pronóstico genera un excesivo gasto de materiales, además de un desgaste humano y familiar innecesario. Por otra parte, en Pérez y Cibanal (2016) se desprende que es de gran impacto el empleo de recursos y maniobras de alargamiento de la vida sin considerar el consentimiento de la familia y el paciente, ni los principios morales. Además, significa una sobrecarga de labores para el personal de enfermería.

Dolor familiar.

El proceso de los familiares de pacientes no es indiferente en las experiencias e impacto del personal de salud frente a la muerte. Así, en García y Rivas (2013), se vio que ante el

dolor y sufrimiento de los familiares se genera impotencia, sobre todo al momento de ver a los padres y madres aferrados/as a la vida de un hijo/a. Frente a eso se hace muy difícil lograr el autocontrol necesario para acoger y acompañar a los familiares del/de la paciente. También en Cumplido y Molina (2011), se habla que existe un impulso en el personal de enfermería de querer dar apoyo, ánimo y comprensión (además de sentimientos de identificación), pero que éste se ve atravesado por la dificultad de no haber generado un vínculo con la familia que pueda facilitar, por un lado, la comprensión del proceso de muerte por parte de los/as cercanos al paciente y, por otro, la cercanía del personal para ser más que espectadores. En Pérez y Cibanal (2016) se desprende que el impacto que genera la relación entre cercanos va de la mano con el rol que ejerce el personal médico como vínculo entre el moribundo y sus familiares. Considerándoseles como agentes que facilitan las relaciones interpersonales en el proceso de afrontamiento en la fase terminal.

Frustración frente a la muerte.

Un último factor que se considera es la “frustración”, la cual se vuelve de suma importancia al momento de entender el impacto de la muerte en el personal de salud. En Cumplido y Molina (2011), se muestra que la frustración es el sentimiento que se describe en mayor medida. Ésta aparece junto con el sentimiento de inutilidad al verse expuestos a largas horas de trabajo incesante sin poder cambiar el resultado de la muerte, especialmente cuando se trata de pacientes jóvenes. Aquí la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) aparece como un lugar donde la percepción del estrés se agrava, ya que existe una filosofía que conlleva el intentar salvar al paciente prácticamente a toda costa, lo que hace que el personal de salud experimente desesperanza y frustración al momento de verse enfrentados a la muerte de un/a paciente, a pesar de sus esfuerzos por mantenerle con vida.

Los efectos de una muerte pueden ser más intensos para el personal de salud dependiendo de ciertos factores. Estos factores, dada su naturaleza, o cómo se interrelacionan con otros factores, pueden aumentar significativamente el trauma de una muerte, y sus efectos en el personal, como estrés o angustia. Estos factores pueden ser: Edad del/ de la paciente fallecido/a: si el/la paciente es NNA, o de la misma edad que los/as funcionarios; Relación del/de la paciente con el personal: si el/la paciente era familiar o conocido de alguien del personal, o si por otra parte, era un/a paciente frecuente o de larga estadía en el pabellón,

y generaba una relación de amistad y cercanía con el personal; Tipo de muerte: si la muerte era muy traumática, o el/la paciente sufría demasiado y/o innecesariamente al momento de morir.

Afrontamiento ante la Muerte

Orden psicológico interno.

Ante la muerte de pacientes, y la afectación psicológica que aquello conlleva, las distintas investigaciones reportan una variedad de estrategias usadas por el personal médico. En el orden psicológico interno, las estrategias mencionadas fueron agrupadas en dos categorías, para exponerlas de forma más clara. Si bien hay perspectivas teóricas, e investigaciones presentes en esta reseña que avalan esta categorización de las estrategias, no hay un consenso general en la academia de que esta alternativa sea la más adecuada para definir el orden de las categorías de afrontamiento (Skinner, 2003), por tanto, en este apartado se aplica esta categorización principalmente con fines descriptivos.

Las categorías presentadas son dos: en primer lugar, están las estrategias “negativas” (Allie et al., 2018), (Elder, Johnston, Wallis, Greenslade, & Crilly, 2019), que son denominadas también desadaptativas (Elder et al., 2019) u orientadas a la emoción (Rodríguez-Rey et al., 2009). Las estrategias negativas son aquellas que los/as profesionales de salud, en este caso, ejecutan de manera casi inmediata en su fuero interno, para disminuir o anular la sensación de malestar, sin resolver la fuente de conflicto, y posiblemente con resultados iatrogénicos a largo plazo si es que otras medidas o estrategias no son aplicadas. En segundo lugar, se han presentado las estrategias “positivas”, también designadas como adaptativas, u orientadas al problema, en el que los/as sujetos, en su fuero interno, intentan hacerse cargo de manera proactiva de su malestar, y de la fuente del malestar.

Entre las estrategias llamadas negativas, las que aparecen mencionadas más frecuentemente son “soportar el malestar” (Trivate, Dennis, Sholl, & Wilkinson, 2019; Allie et al., 2018; Becker, Wright, & Schmit, 2017; Orozco-González et al., 2013) en la que los/as sujetos simplemente se aguantan el estrés, al ignorar tanto su malestar, como la experiencia que lo origina, en este caso la muerte de algún paciente. Evitación cognitiva (Rodríguez-Rey et al., 2009; Kpassagou & Soedje, 2017; Zheng, Lee, & Bloomer, 2018;

Fairman, Thomas, Whitmore, Meier, & Irwin, 2014). En los resultados de estas investigaciones, el personal médico se refiere a esta como una de las estrategias más básicas, y consiste en evitar pensar en la experiencia negativa cuando esta los sobrepasa emocionalmente. Por otro lado, la rumiación cognitiva, sólo aparece mencionada en un solo texto (Rodríguez-Rey et al., 2009). Esta estrategia consiste en que la persona ocupa una considerable cantidad de tiempo pensando sobre el evento traumático en cuestión, el cual irrumpe continuamente en la consciencia. Así, se le dedica una alta cantidad de energía y atención psíquica a dicho evento, a fin de procesarlo y tramitarlo en la conciencia, pero dicha tramitación suele estancarse debido a que la sucesión de eventos que dieron lugar al hecho traumático es repasada de forma repetitiva, sin reconceptualizarlo activamente (Kramer, 2010).

En la investigación de (Rodríguez-Rey et al., 2009), el personal de salud de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) menciona usar tanto la rumiación como la evitación cognitiva como estrategias orientadas a la emoción, pero concluye que este tipo de estrategias son poco efectivas para afrontar una muerte de paciente, en comparación con las estrategias orientadas a problema. En este sentido, una de las estrategias con más menciones en los resultados, es el desapego emocional, o distanciamiento emocional (Allie et al., 2018; Smith-Han, Martyn, Barrett, & Nicholson, 2016; Kpassagou & Soedje, 2017; Zheng, Lee, & Bloomer, 2018; García & Rivas Riveros, 2013; Gálvez González et al., 2013), definida por algunos autores como la capacidad de anular la empatía o vínculo emocional del sujeto con algún paciente (Smith-Han et al., 2016), a fin de que el estado de sufrimiento o proximidad a la muerte no produzca en el/la trabajador/a de la salud una respuesta emocional, como la pena o la angustia, y así este/a pueda seguir realizando sus labores profesionales sin verse afectado o contrariado.

Entre los distintos resultados, las percepciones hacia esta estrategia no son uniformes, sino que se presentan divididos. Si bien todos los/as autores coinciden en que los/as profesionales manifiestan esta forma de afrontamiento para bloquear sus emociones con el/la paciente y poder trabajar, los autores Zheng et al., (2018) especialmente, señalan que es una estrategia altamente iatrogénica, ya que los/as profesionales que la aplican tienden a sufrir mayor ansiedad, estrés, y a presentar un peor desempeño laboral. Los autores Gálvez González et al., (2013) señala que puede generar despersonalización y

deshumanización del/de la paciente. Por otro lado, Smith-Han et al., (2016) señalan que, si bien estos efectos pueden desencadenarse, los/as profesionales de salud usan esta estrategia para evitar un desborde emocional durante el trabajo, y que, si la aplican bien, en el largo plazo aprenden a calibrar esta estrategia junto con la empatía, para evitar a su vez la deshumanización del/de la paciente y su familia.

Para Kpassagou & Soedje (2017), el desapego emocional se presenta como una estrategia necesaria para sobrellevar el estrés en un contexto médico de escasos recursos y alta demanda. En un Pabellón de Oncología Pediátrica de bajos recursos, donde los/as pacientes tienen pocas posibilidades de mejorar, y por tanto mueren varios pacientes NNA al mes, los/as doctores aprenden rápidamente a distanciarse de los/as pacientes que saben que van a morir, a fin de no sobre demandarse emocionalmente. Los/as profesionales que no son capaces de lograr eso, tienden a desertar del hospital (Kpassagou & Soedje, 2017).

En la siguiente subcategoría se describen las menciones sobre estrategias denominadas como positivas (Allie et al., 2018; Elder et al., 2019), también llamadas adaptativas (Elder et al., 2019) u orientadas al problema (Rodríguez-Rey et al., 2009).

La estrategia que más aparece, con distintos matices dependiendo de los autores, es la resignificación o reinterpretación cognitiva de las experiencias traumáticas (Rodríguez-Rey et al., 2009; Trivate et al., 2019; Zheng et al., 2018; Huang, Chen, & Chiang, 2016; Fairman et al., 2014; Mak, Chiang, & Chui, 2013; Gálvez González et al., 2013). Esta reinterpretación aparece mencionada con distintos motivos, los cuales pueden ser un aprendizaje laboral o resignificación del rol profesional (Rodríguez-Rey et al., 2009; Trivate et al., 2019; Zheng et al., 2018; Huang et al., 2016; Fairman et al., 2014; Mak et al., 2013; Gálvez González et al., 2013); una revaloración personal de la vida (Trivate et al., 2019; Gálvez González et al., 2013); o una reinterpretación religiosa (Trivate et al., 2019).

En el estudio de Trivate et al. (2019), estudiantes de enfermería del Reino Unido declararon como parte de sus estrategias para afrontar la muerte de un/a paciente, la resignificación de tal experiencia desde distintas perspectivas: en lo profesional, como una lección aprendida para el ámbito laboral y el rol del/de la profesional de salud; en lo personal, en el sentido de aprender a valorar más la vida al verse enfrentados a la muerte; e incluso desde una perspectiva religiosa, al dotar el hecho de un sentido teológico.

En Huang et al. (2016) y Mak et al. (2013), enfermeros/as de Taiwán de la unidad de cuidados paliativos, y enfermeros/as de Hong Kong, de cuidados intensivos respectivamente, relatan en los estudios que frente a la constante exposición a muertes de pacientes, y eventos traumáticos, afrontan el dolor reflexionando en torno a su trabajo de enfermeros/as, y resignificando al poner el acento en su rol de cuidadoras, dotando su trabajo de afecto, dignidad y cariño para con sus pacientes en el final de la vida (Mak et al., 2013), mucho más allá que solo ser administradoras de procedimientos médicos.

De manera similar, 187 profesionales de salud (doctores, enfermeros/as, trabajadores sociales, consejeros/as espirituales, etc.) de California, Estados Unidos, mencionan que, frente al suicidio de pacientes en el Pabellón de Cuidados Paliativos, la reflexión en torno al rol profesional es una de las estrategias de afrontamiento más importantes (Zheng et al., 2018). El estudio menciona que los/as profesionales afrontan estas experiencias traumáticas como oportunidades de crecimiento personal, para conocer sus capacidades, y asumir sus límites como profesionales, para observar con mayor cautela y compasión también a sus pacientes, y para aprender a desarrollar un mayor balance entre su vida profesional y privada.

Otra de las estrategias mencionadas es la de “Normalización” (Trivate et al., 2019; Smith-Han et al., 2016; Kpassagou & Soedje, 2017; García & Rivas Riveros, 2013; Gálvez González et al., 2013), o la aceptación de que tanto los sucesos que ocurren en el hospital, como las reacciones de los/as profesionales de salud frente a estas, son normales. Smith-Han (2016) enmarca esta estrategia como parte de un proceso mayor de afrontamiento, el de “rutinización” (routinization), que lo definen como la “aceptación del hospital como un lugar normal” (Chambliss, 1996; en Smith-Han et al., 2016, p.6). Este proceso incluiría tres factores al menos: la continua repetición de acciones; acciones que rompan tabúes comunes; y la creencia de que la rutina está incorporada en la conducta.

En Trivate et al. (2019), los/as estudiantes de enfermería del Reino Unido declararon que parte del proceso de resignificación de la muerte de sus pacientes, era la normalización, o asumir que las emociones que presentaban frente al suceso eran normales.

En Kpassagou & Soedje (2017), los/as profesionales de salud de un hospital precarizado en Togo, África, trabajando en el Pabellón de Oncología Pediátrica, se ven expuestos

constantemente a presenciar la muerte de pacientes NNA. Los/as profesionales más experimentados describen que la normalización y aceptación de la muerte, junto con la evitación y desensibilización emocional para con sus pacientes moribundos, son fundamentales para poder seguir trabajando en un ambiente tan precario y exigente tanto laboral como emocionalmente. Este conjunto de estrategias es agrupado por los autores bajo el “Síndrome de John Wayne”, en el cual el personal de salud tiene la creencia de que un buen profesional es invulnerable a las emociones y la muerte, aun cuando eso les conlleva un alto coste emocional (Reynolds, 2006, en Kpassagou & Soedje, 2017).

Gálvez et al. (2013), describe la normalización como un aspecto complementario a un proceso mayor, el de “Aceptación”. Para los autores, la aceptación consiste en aceptar la presencia e imprevisibilidad de la muerte en el ambiente laboral. Esta estrategia se puede complementar de dos elementos: la normalización, o la resignación. La aceptación con normalización supone “incorporar la muerte de los/as pacientes como elemento natural del entorno” (p.19), así, la muerte se asume como una posibilidad para cualquier paciente. Por otro lado, la resignación complementa de manera “negativa” o disconforme a la aceptación, ya que el/la profesional “se resigna” a la muerte del/ de la paciente, y sufre la impotencia de no poder ejercer cambios en la muerte del/de la paciente, sobre todo cuando son muertes que implican prolongación innecesaria del sufrimiento. Esta estrategia fue calificada como primaria por los autores, ya que los/as enfermeros/as de UCI del Hospital Regional de Málaga, España, la señalaron como una de las estrategias que más experimentaban a la hora de afrontar una muerte.

Acción individual.

En la categoría de análisis de acción individual se consideran todas aquellas acciones, o conductas, en las que incurren los/as profesionales de salud de forma personal con su medio, para lidiar o tramitar el malestar producto de la muerte de un paciente. Eso sí no se incluyen las acciones o conductas que incluyan necesariamente la participación de terceros, especialmente de colegas de salud. Tales acciones pertenecen a la categoría siguiente, “acciones colectivas”.

Dentro de las acciones que los/as profesionales realizan de forma personal para afrontar una muerte o el malestar asociado a esta, aparece en varios artículos la evasión, o

distracción, fuera del lugar de trabajo (Allie et al., 2018; Smith-Han et al., 2016; Granek, Barbera, Nakash, Cohen, & Krzyzanowska, 2017; Zheng et al., 2018; Fernández-Aedo, Pérez-Urdiales, Unanue-Arza, García-Azpiazu, & Ballesteros-Peña, 2017; Becker et al., 2017; Fairman et al., 2014; Wilson, 2014) por medio de actividades como pasatiempos, deporte, lectura, entre otras. En segundo lugar, se encuentra realizar ritos religiosos (Allie et al., 2018; Granek et al., 2017; Zheng et al., 2018; Fernández-Aedo et al., 2017; Huang et al., 2016; Fairman et al., 2014; Wilson, 2014), los que van desde rezar, realizar pequeños ritos como prender una vela, hasta asistir a los ritos funerarios de un/a paciente. También se encuentra el consumo de alcohol, tabaco, y medicamentos (Allie et al., 2018; Smith-Han et al., 2016; Granek et al., 2017; Becker et al., 2017).

En varios artículos aparece el autocuidado como una estrategia fuera del lugar de trabajo, que los/as profesionales realizan para descansar del estrés del trabajo, o para mantener una buena calidad de vida. El autocuidado puede tomar distintas formas, Zheng et al. (2018) menciona que parte del autocuidado de los/as enfermeros/as en Australia, era mantener una dieta, y un sueño saludables. Según Fairman et al. (2014), los/as profesionales que enfrentan el suicidio de un/a paciente mencionan tomarse un día o un tiempo libre como forma de autocuidado, para relajarse o descansar del trabajo y del hecho traumático. En Mak et al. (2013), también se menciona el autocuidado, pero se agrupa una serie de estrategias varias bajo ese concepto, los autores mencionan explícitamente: buscar apoyo de colegas, rezar, tomarse tiempo para descansar, y hacer actividades de ocio.

Dentro del lugar de trabajo, aparecieron dos estrategias que se podrían considerar contrapuestas, ya que hacen referencia a dos actitudes opuestas respecto de la actividad profesional, una es la evitación profesional, y otra es el reforzamiento profesional. En la evitación profesional, el personal médico directamente evade realizar alguna tarea estresante, o encontrarse con algún paciente moribundo, para evitar el malestar asociado a la situación. En el hospital de Togo (Kpassagou & Soedje, 2017), se describe esta situación. En un ambiente precarizado, como se mencionó antes, donde el personal no tiene ni los insumos médicos, ni las capacidades psicológicas suficientes, el personal indica que frente a la inminente muerte de un paciente NNA experimentaban la evitación profesional, pasando el menor tiempo posible con el/la paciente, especialmente los/as doctores, quienes

a veces simplemente se remitían a leer el reporte diario. Esta acción iba acompañada además de desapego emocional para con el/la paciente.

En Fernández-Aedo et al. (2017), los/as paramédicos/as emergencistas del País Vasco también mencionan la evitación profesional. Como parte de su trabajo consiste en atender emergencias y muertes extrahospitalarias, los/as paramédicos/as deben, por protocolo, esperar a que llegue un médico profesional a declarar la defunción. En algunos casos, los/as paramédicos/as deben informar a los familiares sobre el deceso. Estos/as declaran que dicha labor es por lejos más angustiante que tener que presenciar la muerte del/de la paciente, especialmente cuando son muertes trágicas y/o de menores. Los/as paramédicos/as se sienten poco preparados para manejar sus emociones y las de la familia en un momento tan traumático, por lo que muchas veces prefieren delegar esa responsabilidad al médico de turno, evitando así la carga emocional que implica comunicar la noticia a los familiares.

Por otro lado, se encuentra el reforzamiento profesional o laboral, en el que los/as profesionales se abocan más a su trabajo tras un hecho angustiante, ya sea para distraerse con sus labores, o para compensar psicológicamente una falla laboral auto percibida. En este sentido, tanto estudiantes de enfermería del Reino Unido (Trivate et al., 2019), como médicos/as oncólogos/as de Canadá (Granek et al., 2017), declararon que una estrategia útil para sobrellevar el malestar producto de la muerte de un paciente, era distraerse por medio de mantenerse ocupado con los deberes profesionales.

Por otro lado, una estrategia dentro del espectro de reforzamiento laboral se identificó en una muestra de 500 estudiantes de enfermería de la Universidad de Querétaro, México (Orozco-González et al., 2013), donde el 67% declaró que, para anticiparse a la muerte de un/a paciente, se abocan a que el/la paciente esté lo más cómodo, para hacer la muerte lo más digna y tranquila posible.

Finalmente, en la investigación de Fairman et al. (2014), los/as profesionales de salud de California, EE. UU., que experimentaron el suicidio de un/a paciente en cuidados paliativos declararon que, junto con sentir fuertes sentimientos de angustia, culpa auto percibida y fracaso, sentían que caían en un cuadro de hiper alerta profesional, en el que estaban muy atentos y vigilantes a cualquier signo o síntoma de malestar de sus pacientes, y sobre

reaccionaban a cualquier indicio de suicidio de sus pacientes. Sin embargo, declararon que con el tiempo eso se iba transformando en una mayor atención y cuidados a sus pacientes, junto con un crecimiento y desarrollo personal, en el que los/as profesionales pudieron conocer y aceptar sus propios límites laborales y humanos.

Acción colectiva.

Para este apartado, se consideraron las menciones a acciones colectivas, actividades que realizaban los/as profesionales que necesariamente implican a más de una persona, generalmente colegas, pero también pacientes y familiares, y cuya realización se diera de manera espontánea, esto es sin la injerencia o participación oficial de la institución a la que pertenecen.

Dentro de los resultados, la estrategia más mencionada es buscar apoyo entre colegas (Smith-Han et al., 2016; Granek et al., 2017; Zheng et al., 2018; Kpassagou & Soedje, 2017; Becker et al., 2017; Riotte, Kukora, Keefer, & Firn, 2018; Fairman et al., 2014; Wilson, 2014; Sepúlveda-Vildósola, Romero-Guerra, & Jaramillo-Villanueva, 2012; Cumplido Corbacho & Molina Venegas, 2011; Chang, 2018). Los/as compañeros/as de trabajo parecen ser la fuente más importante de apoyo y contención en momentos de angustia. Por ejemplo, Granek et al. (2017), indica que de los/as oncólogos/as de Canadá que han enfrentado una muerte compleja de paciente, el 73% reportó que la estrategia más utilizada para afrontar ese momento era hablar con gente del equipo de enfermería, y el 61% reportó que era hablar con colegas oncólogos/as. En palabras de Granek et al., “no se puede subestimar la importancia del apoyo de pares y colegas en mitigar la carga emocional que implica afrontar la muerte de un paciente” (2017, p. e282).

Los/as paramédicos/as vascos (Fernández-Aedo et al., 2017), también mencionan el buscar apoyo entre colegas como la acción de afrontamiento más significativa. Tras una reanimación fallida con resultado de muerte, la sobrecarga emocional y el estrés se hacían más llevaderos después de hablar con un compañero de confianza.

En el estudio de Cumplido Corbacho & Molina Venegas (2011), sobre profesionales de salud en cuidados intensivos en España, y sus formas de afrontamiento, los/as profesionales destacaron que el factor de protección más importante frente al estrés por muerte de pacientes es contar con el apoyo de sus compañeros de trabajo. Incluso el texto

menciona dos acepciones de este tipo de apoyo. Por un lado, se menciona que, tras experimentar la muerte de un/a paciente, se puede compartir el malestar con colegas que hayan sufrido la misma experiencia recientemente, y así empatizar con el dolor. Por otro lado, se menciona que los/as profesionales suelen contar con un/a colega amigo/a de confianza con quien tendrían un vínculo emocional más profundo, y con quien podrían desahogarse. Ambas opciones son consideradas como muy saludables y positivas para el personal de salud.

Otras formas de afrontamiento que implican directamente el buscar apoyo en colegas aparecieron en varias investigaciones. Una de ellas es discutir aspectos profesionales con los/as colegas (Trivate et al., 2019; Smith-Han et al., 2016; Granek et al., 2017; Riotte et al., 2018; Sepúlveda-Vildósola et al., 2012). Los/as estudiantes de medicina del Reino Unido (Trivate et al., 2019), describen el apoyo emocional satisfactorio durante su aprendizaje como aquel que incluye apoyo tanto emocional como profesional. Los/as estudiantes mencionan que se sienten más tranquilos y seguros después de un episodio traumático, si pueden llegar a discutir la situación y su desempeño con sus colegas más experimentados.

En el estudio de Smith-Han et al. (2016), se menciona algo similar. Los/as estudiantes de medicina de Nueva Zelanda mencionan que discutir los casos recientes con sus compañeros/as y su superior los ayudaba a entender lo que estaba sucediendo tras una muerte, una de ellas incluso menciona que, si su superior no hubiese estado allí para explicarle lo sucedido con un paciente, y tranquilizarla, ella probablemente no hubiera regresado al día siguiente.

En Riotte et al. (2018), una investigación sobre profesionales de salud que brindan cuidados paliativos en un hospital pediátrico en EE. UU., los/as profesionales resaltan la importancia del apoyo entre colegas a partir de una serie de prácticas. Mencionan buscar apoyo emocional y profesional en colegas más experimentados que pueden asesorarlos, y estar en un ambiente seguro para hacer preguntas. Un ambiente seguro, donde los/as profesionales reciban validación de sus colegas les produce una mayor confianza en su desempeño y labor. Junto con buscar apoyo emocional y laboral en colegas, aparece la realización de jornadas informales de escucha activa, o debriefing, en el que todo el equipo de salud se junta a comentar una reciente muerte pediátrica, sobre todo si ha generado un

impacto emocional en el personal. Los/as profesionales comentan que estas jornadas les permiten tramitar el trauma, y no quedarse rumiando sus pensamientos.

La realización de encuentros de escucha activa, o “debriefings”, informales entre colegas, después de la muerte de un paciente, es otra de las formas de apoyo entre colegas que resalta entre los resultados (Smith-Han et al., 2016; Zheng et al., 2018; Riotte et al., 2018; Fairman et al., 2014; Wilson, 2014). Para efectos de esta revisión narrativa, se agruparon en esta categoría todos los resultados que mencionasen encuentros informales entre dos o más profesionales en el ambiente laboral, para hablar específicamente de una muerte traumática, a fin de afrontar y mitigar la angustia asociada, aunque no se designara como “debriefing” necesariamente.

Los/as profesionales de salud de cuidado intensivos (Wilson, 2014), quienes se enfrentan a una rutina vertiginosa y altamente demandante, por la naturaleza del trabajo en la UCI, mencionan como fundamental para afrontar una muerte reciente, tomarse cinco minutos con los/as colegas para compartir una taza de té, y hablar de lo sucedido. Esta acción les permite visibilizar y compartir su dolor, y no dejar que se reprima en un “duelo marginalizado” (disenfranchised grief), definido por Wilson (2014), como un duelo que no pueden tramitar por lo demandante del trabajo, y porque su malestar muchas veces no es reconocido por ellos/as mismos/as, o por sus superiores.

Una de las estudiantes de medicina en Smith-Han et al. (2016), también comenta que, tras una experiencia estresante, como una muerte, busca juntarse con sus colegas o amigos a compartir una cerveza, para conversar y dejar salir toda la frustración acumulada tras dicha experiencia.

El buscar apoyo en amigos y familiares es una estrategia que si bien es mencionada en las investigaciones revisadas (Rodríguez-Rey et al., 2009; Fairman et al., 2014; Gálvez González et al., 2013; Elder et al., 2019; Granek et al., 2017), no es tan valorada como buscar apoyo entre colegas. Por ejemplo, en Granek et al. (2017), el 73% de los/as oncólogos/as declaró buscar apoyo en colegas enfermeros/as, y el 60% en otros colegas oncólogos/as. Solo el 36% declaró buscar apoyo en su pareja, el 12% en un familiar, y 11% en un amigo.

Por el contrario, los/as emergencistas vascos/as (Fernández-Aedo et al., 2017), declararon abiertamente rechazar la estrategia de hablar con sus familiares para afrontar el malestar, ya que mencionaron no sentirse comprendidos del todo por su familia en dichos casos. Además, por la naturaleza de su trabajo, sienten que pueden traumatizar a sus familiares al contarles de algún caso. En última instancia, comentaron que consideran a la familia como un lugar aséptico y libre de todo lo relacionado a lo laboral, en el que se pueden desconectar totalmente del trabajo. De esa forma pueden descansar del estrés.

Otras estrategias colectivas son el uso del humor (Zheng et al., 2018; Elder et al., 2019; Wilson, 2014), y recibir apoyo de pacientes. En Huang et al. (2016), los/as enfermeros/as de Taiwán declaran que ciertos pacientes “especiales” o “luminosos” les alegraban el día con una sonrisa o un consejo.

Apoyo Institucional del Personal de Salud frente a la Muerte

Los elementos que se encontraron en los artículos relativos a apoyo institucional se pueden agrupar en tres sub categorías: formación, como cualquier actividad, programa o elemento dispuesto por la administración orientado a preparar y entrenar al personal en aspectos psico socio emocionales, para manejar su propia emocionalidad, como también para acompañar a pacientes y sus familiares durante una muerte; acompañamiento y contención, entendiéndose cualquier elemento o programa de apoyo orientado a asistir psicológicamente al personal para procesar un episodio traumático, o el estrés generado por el trabajo; y finalmente falta de apoyo institucional, donde se agrupó cualquier resultado manifestado por los autores, o por los/as sujetos de las investigaciones, respecto de la ausencia parcial o total de apoyo por parte de las administraciones para con el personal de salud. Los resultados son los siguientes:

Formación.

Sorprendentemente, de todas las investigaciones revisadas, ninguna hizo mención de que los/as profesionales recibieron en el pasado cercano talleres de formación oportunos. Solo en algunos (Kpassagou & Soedje, 2017; Riotte, Kukora, Keefer, & Firn, 2018), los/as profesionales mencionaron que alguna vez recibieron un programa de atención emocional médico-paciente, pero declaran que no fue una formación suficiente.

Por el contrario, en tres investigaciones (Fernández-Aedo et al., 2017; Pérez Vega & Cibanal, 2016; Trivate et al., 2019) se menciona una evidente falta y necesidad de formación por parte de los/as profesionales. En Fernández-Aedo et al. (2017), los/as emergencistas vascos/as recalcaron necesitar capacitación psicoemocional para tratar con familiares de víctimas fatales, especialmente al momento de comunicar la defunción, tarea que describen como altamente estresante y angustiante para ellos.

Por otro lado, varios de los autores, desde la opinión profesional, recomiendan la implementación de estos programas (Zheng et al., 2018; Becker et al., 2017; Riotte et al., 2018; Fairman et al., 2014; Rodriguez-Rey et al., 2009). Los autores Rodriguez-Rey et al. (2009), resaltan la necesidad de implementar programas e intervenciones para profesionales de UCI Pediátrica, a fin de prevenir y tratar la aparición de Síndrome de Burnout y Trastorno de Estrés Post Traumático, entre otras patologías; programas de entrenamiento en salud mental para afrontar de manera activa experiencias traumáticas en el área pediátrica, promoviendo el uso de estrategias orientadas en el problema; y entrenamiento emocional para regular las emociones y reducir los conflictos entre el personal.

En esta misma línea, en Zheng et al. (2018), una revisión sistemática sobre estrategias de afrontamiento de profesionales de enfermería frente a la muerte, los autores concluyen que los/as profesionales con entrenamiento en cuidados paliativos y de fin de vida, tienen una mejor aproximación a la muerte de sus pacientes, y a estrategias de afrontamiento efectivas.

Acompañamiento y contención.

Solo en un artículo los/as profesionales de la salud mencionan recibir apoyo institucional. En Becker et al. (2017), enfermeros/as en unidades hospitalarias (“inpatient unit”) al cuidado de pacientes terminales, en Estados Unidos, mencionan que el hospital cuenta con talleres de debriefing para el personal, además de consejeros psicológicos y espirituales. Aun así, mencionan que este apoyo no es del todo efectivo, ya que las sesiones no son dispuestas de forma inmediata tras un episodio, sino que deben ser agendadas con anticipación. Otro punto que mencionan es que, ante la inminente muerte de un/a paciente, a los/as enfermeros/as no se les da el suficiente tiempo de trabajo para atender como corresponde

al/a la paciente y a su familia en el proceso de morir, sino que se les mantiene una alta exigencia de trabajo con otras tareas y pacientes.

Un comentario frecuente en algunas investigaciones (Allie et al., 2018; Fernández-Aedo et al., 2017; Wilson, 2014) era que, a pesar de contar con consejeros o psicólogos dispuestos por el hospital, los/as profesionales no acudían por distintas razones. Algunos profesionales comentan que prefieren hablar y comentar sus emociones con sus colegas, antes que con un/a profesional (Allie et al., 2018), que las sesiones con un consejero no les hacen del todo sentido (Fernández-Aedo et al., 2017), o algunos comentan que sienten que asistir al/a la psicólogo/a es un signo de debilidad y malestar, y que hacerlo los haría ver mal ante sus colegas y superiores (Wilson, 2014).

Por motivos como estos, algunos autores proponen que por sobre sesiones psicológicas, las administraciones deberían promover más encuentros de debriefing donde los/as colegas puedan hablar entre ellos sobre su malestar. Las sesiones de escucha activa y de debriefing tendrían más efectividad como apoyo psicosocial a la hora de afrontar una muerte de paciente (Allie et al., 2018). Pero, además, las administraciones deben velar por un acceso expedito e inmediato a estas sesiones tras un episodio traumático (Becker et al., 2017).

Otras recomendaciones desde los autores sobre apoyo institucional para afrontar una muerte, es que este debería ser estructural, formal y objetivo; proactivo, que busque activamente a los/as profesionales tras un episodio; sensible, especialmente con las experiencias más delicadas; y que vincule y promueva el apoyo social de pares y colegas (Trivate et al., 2019).

Además de apoyo para afrontar la muerte misma, en términos emocionales, los autores Becket et al. (2017) y Riotte et al. (2018), recomiendan apoyo laboral al momento de atender una muerte activa. La administración debería adaptarse a los momentos sensibles en el que toma lugar una muerte, y permitir a los/as profesionales poder brindar una atención integral, al no sobrecargarlos de trabajo por ejemplo (Becker et al., 2017), o flexibilizando la burocracia para acceder a procedimientos y medicamentos (Riotte et al., 2018). Incluso Fairman et al. (2014), sugieren que a los/as profesionales no se les deberían descontar los días libres que deben tomarse para descansar de una muerte o episodio traumático.

Finalmente, en dos investigaciones los/as profesionales recalcaron no recibir el apoyo institucional *adecuado* para afrontar una muerte o episodio traumático. En Wilson (2014), los/as enfermeros/as comentan que sienten no recibir un apoyo adecuado de parte de la administración, la cual no sería empática, al no reconocer la angustia y estrés que puede generar en el personal la muerte de un paciente. De manera similar, estudiantes de medicina en Nueva Zelanda señalaron que no siempre recibieron apoyo emocional positivo de parte de sus supervisores después de experimentar la muerte de un/a paciente (Smith-Han et al., 2016). En Gálvez et al. (2013), solo una de las entrevistadas mencionó usar acciones relacionadas con la religiosidad y espiritualidad, como el rezar para aliviar el dolor y estrés de la muerte.

Falta de apoyo institucional generalizado.

En este subapartado se han agrupado todos los resultados en que figuren una falta de apoyo generalizado con el personal, esto es tanto falta de Formación, como falta de Apoyo y Contención, y otras carencias, como falta generalizada de recursos. Los autores que mencionan una falta generalizada de apoyo son siete (Granek et al., 2017; Kpassagou & Soedje, 2017; Zheng et al., 2018; Riotte et al., 2018; Mak et al., 2013; Orozco-González et al., 2013; Pérez Vega & Cibanal, 2016). El caso de Togo (Kpassagou & Soedje, 2017), refleja de forma más extrema probablemente lo que sucede cuando hay una escasez generalizada de recursos económicos y apoyo institucional en un pabellón médico. Los/as doctores/as son incapaces de afrontar, tanto médica como emocionalmente, la gran cantidad de tratamientos fallidos, sufrimiento y muerte de pacientes, con lo que finalmente su única opción es normalizar y aceptar esta situación.

En Zheng et al. (2018), nuevamente, se menciona que el apoyo formal a enfermeros/as, a través de talleres o charlas formativas, es de lo menos frecuente en los ambientes laborales. La mayoría de su entrenamiento y formación proviene de su propia experiencia. Debido a esto, los/as enfermeros/as más jóvenes, y por tanto menos experimentadas, tendrían un peor desempeño y un mayor nivel de estrés ante la muerte de un paciente.

Pérez y Cibanal (2016), plantean que el quehacer de enfermería, en esta fase terminal de la vida es ayudar a bien morir, lo que significa acciones de dos tipos: unas de rutinas o procedimientos de cuidados paliativos, y otros de apoyo espiritual a pacientes y familiares.

Los/as enfermeros/as refieren que se les capacita técnicamente para desempeñar las primeras, pero no para desempeñar la parte moral y espiritual, para las cuales, la propia experiencia vivencial las va formando. Se plantea también como queja el inexistente, pero necesario, apoyo de tanatología para los/as pacientes en fase terminal de la vida, sus familias y para el personal de enfermería que les presta cuidados paliativos.

De la misma manera, en Orozco-González et al. (2013), el 35.1% de los/as estudiantes de enfermería de la Universidad de Querétaro, México, considera que el personal ve el proceso de la muerte como algo complicado, ya que no se le ha enseñado cómo actuar. Al respecto, 48.4% de los/as estudiantes opinan que les gustaría que el personal fuera más solidario en el proceso de morir del/de la paciente y 43.08% que el personal mostrase más apoyo al familiar del/de la paciente moribundo. Casi el total de los/as estudiantes (94.7%) consideró que es necesario desde la universidad implementar temáticas de tanatología durante la formación profesional.

Discusión

Impacto de la Muerte y Condiciones Laborales en el Personal de Salud

Tomando en cuenta los trabajos antes descritos, se pueden llegar a varias problemáticas que son interesantes discutir. Una de ellas son los constantes factores estresores a los que se ve enfrentado el personal sanitario en el espacio hospitalario, sobre todo al hablar de muerte. Tal como nos señala Gómez (2012) la vida y la muerte dentro del hospital está en las manos del personal de salud. Esto es un hecho que el/la profesional no puede soslayar, ya que le compromete con la responsabilidad de relacionarse con algo más allá que el cuerpo de un/a paciente; tienen que hacerlo también con la familia, la historia, la emocionalidad del/la paciente, y a la vez, con su propia emocionalidad. Pero esto no es lo único. También se tienen que enfrentar a las condiciones laborales dentro del hospital, las que muchas veces son grandes factores estresores (Cremades-Puerto, 2011).

En los artículos revisados se concuerda que la muerte de un/a paciente es un proceso complejo y doloroso para los/as profesionales. Por un lado, existe la demanda de una atención digna que sea capaz de atender y acompañar al/a la paciente en sus últimos momentos y, por otro lado, el impacto emocional que esto provoca en el personal de salud. En el artículo de García & Rivas Riveros (2013), se describe que muchas veces existe un encariñamiento hacia el/la paciente y a la vez distanciamiento porque no se puede sobrellevar el saber que se va a morir. También se aborda esto en el estudio de Orozco-González et al. (2013), en donde también existe involucramiento emocional y a la vez una difícil superación de la muerte. Por otro lado, en Pérez y Cibanal (2016), esta aseveración se matiza al entregar diversos factores que influyen en cómo se involucra el/la profesional con el paciente pronto a morir (edad, experiencias previas, familia del/de la paciente, etc.).

Esto abre la pregunta de si el personal de salud está realmente formado psicoemocionalmente para brindar cuidado adecuado y acompañar activamente el proceso de muerte. Dado que, lo concluido en la revisión demuestra que el impacto emocional sufrido por el personal sanitario es de tal magnitud que dificulta la relación con el/la paciente. Además, como ya hemos visto, los cuidados paliativos se basan en la capacidad que tienen los/as profesionales para afrontar psicológicamente situaciones de pacientes muriendo. Así, se hace necesaria una formación psicoemocional apropiada tanto para dar los cuidados

paliativos necesarios, como para proteger a los/as profesionales (Espinoza y Sanhueza, 2012).

Otro hecho que se desprende del análisis de los artículos, y que también se encuentra en la literatura, es la importancia que tiene la Limitación del Esfuerzo Terapéutico dentro de los cuidados paliativos del fin de la vida y también dentro de la situación psicoemocional de los/as trabajadores de la salud. El cese de los tratamientos terapéuticos se debe dar, según Paredes (2012), cuando ya no existen posibilidades de mejora del/de la paciente. Según el análisis de los trabajos incluidos en esta revisión, la decisión de aplicar la Limitación del Esfuerzo Terapéutico sólo es tomada por el/la médico/a a cargo y muchas veces de manera arbitraria, ya que no se toma en cuenta la opinión familiar, del/de la paciente ni la del resto del equipo de salud (Pérez y Cibanal, 2016). Tanto en García & Rivas Riveros (2013) como en Cumplido y Molino (2011), se desprende que esta situación se transforma en una gran factor estresor, ya que el peso del cuidado y la exposición al dolor queda en manos del personal de salud. Por lo tanto, al no asumir pronto el resultado de muerte, los/as profesionales se ven expuestos a desgastes físicos, emocionales y materiales, producto de la sobrecarga de labores que esto significa.

Esta situación, en donde el encargado del equipo toma decisión prescindiendo de la opinión del resto, es algo que Bianchini (1997) y Cremades-Puerto (2011) también describen como factores estresores. Por un lado, existen demandas de trabajo que se traducen en sobrecarga laboral y, por otro, un clima organizacional en donde no existe una planificación coherente (Cremades-Puerto, 2011). Además, podría ser descrita, según Bianchini (1997), como una fuente externa de estrés, ya que existe una jefatura disfuncional.

Otro factor estresor que se desprende del análisis es la relación que el personal de salud debe mantener con los/as cercanos al o la paciente pronto a morir. Esta relación posiciona al/a la profesional en diversas tareas que lo/a comprometen psicoemocionalmente. Se describe una identificación como mediadores entre el moribundo y sus cercanos (Pérez y Cibanal, 2016). Por otra parte, existe un deseo de querer acompañar, el que se ve obstaculizado por no tener herramientas necesarias para poder generar vínculos y una comunicación fluida (Cumplido y Molina, 2011). Lo anterior cobra sentido si lo relacionamos a lo que, García & Rivas Riveros (2013), describen como frustración al momento de no poder cumplir las expectativas de los/as cercanos.

Las caracterizaciones hechas por Cremades-Puerto (2011) y Bianchini (1997) también nos sirven para describir estos factores. Por un lado, Cremades-Puerto (2011) describe que el ser un apoyo para los/as cercanos del/de la paciente puede llegar a ser una tarea laboral estresante. Esto ya que además de las exigencias del/de la paciente, del hospital y los propios problemas personales, el/la profesional debe enfrentarse a las demandas y exigencias de la familia, que podrían no estar en la misma línea que las demás demandas. Además, la exigencia de establecer este tipo de relaciones se ve confrontada a la sensación de no sentir la preparación necesaria para ayudar emocionalmente (Cremades-Puerto, 2011).

La frustración e impotencia es algo que parece repetirse al momento de enfrentarse a un/a paciente moribundo/a. Por un lado, en lugares como la UCI, rige la idea que el/la paciente se debe salvar a toda costa. Sin embargo, a pesar de trabajar largas horas, los/as profesionales no siempre pueden lograrlo (Cumplido y Molina, 2011). Por otro lado, existe la situación frustrante de no tener el tiempo suficiente para dar una óptima atención, ya que el personal se mantiene con una alta carga laboral (Becker et al., 2017). Hecho que Cremades-Puerto (2011) y Bianchini (1997) describen como factores estresores. El primero lo categoriza como demandas del trabajo estresantes, mientras que el segundo lo categoriza como fuentes de estrés externas.

Además, como se ve en la problematización, el tercer milenio se ha caracterizado por implementar los cuidados paliativos como algo dentro de la organización hospitalaria, lo que exige mayor preparación y mayor uso de recursos, los cuales muchas veces no existen. Esto deja a los/as profesionales de la salud como los principales gestores de estas políticas, como se ve en el caso de Chile, en donde existe una reorganización que se fundamenta en los recursos humanos, pero que no necesariamente les entrega recursos (Ansoleaga, et al 2018). Existen diversas exigencias hacia el personal, pero la preparación y formación no es la necesaria como para, en primer lugar, dar una adecuada atención a los/as paciente y, en segundo lugar, dar seguridad psicoemocional y laboral a los/as trabajadores de la salud.

Este es un hecho que se agrava con la situación del coronavirus, en donde los recursos materiales y humanos se ven sobrepasados, y donde las situaciones estresantes se ven aumentadas. La encuesta SOCHIMI (2020), deja en evidencia que el personal de salud está constantemente expuesto a situaciones estresantes y, como consecuencia, la salud mental

de los/as profesionales de salud se ve comprometida. Sin embargo, esta problemática parece no ser abordada por las autoridades.

Desapego emocional

Los ambientes hospitalarios, en sus distintos pabellones, son lugares de alta demanda psicológica, emocional, y laboral. Los/as profesionales de la salud constantemente deben enfrentar situaciones extremas en los pabellones, en las que deben realizar procedimientos médicos complejos, a la vez que luchan por brindar un cuidado personalizado y digno para con el/la paciente, especialmente si está pronto a morir. Los recursos de los que disponen, como las estrategias de afrontamiento psicológicas, individuales, y sociales, son fundamentales para hacer frente al malestar que les produce, en general el ambiente laboral, y en particular la muerte de un/a paciente.

En el orden psicológico interno, una de las estrategias con más apariciones en los resultados, es el desapego emocional (emotional detachment), o distanciamiento emocional, en el que el/la profesional de salud, ante una situación compleja, o demandante emocionalmente, impone una barrera o distancia con la situación, y se impide a sí mismo sentir empatía, o reverberación emocional, a fin de que la situación no lo/a desborde, y no agote su energía mental. Como se mencionó en los resultados, parece haber una controversia, debido a que algunos estudios calificarían esta estrategia como iatrogénica. Zheng et al. (2018), concluyen que la evitación y el distanciamiento emocional son de las estrategias más iatrogénicas al mediano y largo plazo. Los/as profesionales de enfermería que usan estas estrategias tienden a sufrir mayor ansiedad ante la muerte, y por consecuencia presentan un peor desempeño laboral, menor contacto con los/as pacientes, mayor stress, y un peor cuidado.

Por el contrario, otras investigaciones (Allie et al., 2018) señalan que es un recurso necesario, ya que no sería sano que una persona se compadeciera y empatizase con cada situación angustiante que le tocara enfrentar, especialmente si es un/a profesional de salud en un pabellón de emergencias, donde frecuentemente le tocaría presenciar estas situaciones. Esto porque, de hacerlo podría sufrir en el mediano plazo una fatiga emocional, o una sobrecarga de duelo (bereavement overload), y derivaría, nuevamente, en cuadros como Síndrome de Burnout (BOS) (Austen, 2016).

En Allie et al. (2018), se aborda la sobrecarga de duelo y la fatiga emocional. Tras la muerte de uno o varios pacientes, los/as profesionales de salud, doctores en este caso, pueden tender a limitar sus emociones, mostrándose menos empáticos emocionalmente con el resto de sus pacientes y sus familiares. Este repliegue emocional puede surgir como una respuesta para evitar una fatiga emocional, frente a lo que implica emocionalmente afrontar varios duelos. Y también surge como estrategia para desempeñarse laboralmente de forma profesional, ante la creencia de que la emoción puede nublar el juicio médico.

El desapego emocional es catalogado por Allie et al. (2018) como una estrategia negativa que puede derivar en efectos negativos como menor desempeño y satisfacción laboral, pero remarca que es una estrategia útil para los/as profesionales frente a la fatiga emocional. Finalmente, los/as autores señalan que es necesario para los/as profesionales aprender a calibrar su desapego con el tiempo, a fin de que sean capaces de empatizar en su justa medida, sin despersonalizarse, por un lado, ni fatigarse por el otro.

Según otros autores como Austen (2016) o Halpern (2003), el desapego emocional sería una práctica arraigada en la medicina, que es recomendada incluso en la formación. Para Austen (2016), desde la fundación de la medicina moderna en el siglo XIX, se impuso el desapego emocional como un rasgo por excelencia del profesional de salud, el cual le permitiría demostrar una conducta aséptica y objetiva a la hora de practicar la disciplina, ya que la demostración emocional sería poco profesional. Con el tiempo, esta visión parece haberse resquebrajado y la concepción sobre desapego emocional parece ir transformándose. Si bien su práctica sigue siendo predominante, sus alcances y sus riesgos aparecen ahora en la literatura (Halpern, 2003). Así, por ejemplo, si para parte del personal, esta estrategia sigue siendo fundamental para atravesar el día laboral, especialmente en casos extremos como el de los/as profesionales de salud de la Unidad de Pediatría Oncológica del Hospital de Togo, la literatura revisada parece indicar que los/as profesionales deben aprender a calibrar esta estrategia y a elaborar posteriormente las emociones que reprimen con el distanciamiento emocional.

Normalización

Siguiendo con la discusión de los resultados, otra de las estrategias del orden psicológico interno que llama la atención por la gran cantidad de menciones, y por la relevancia que

algunos artículos le otorgan, es la normalización de las experiencias en el hospital, o el reconocer como normales los fuertes sentimientos que generan en el/la profesional de salud, la muerte de un paciente (Trivate et al., 2019). Trivate et al. definen la normalización de manera aún más específica, como el proceso en el que un nuevo miembro de un entorno social, como el hospital, aprende las formas de pensar del resto, e internaliza los valores y conductas profesionales mientras va participando en las comunidades de prácticas.

La normalización, para Trivate et al. (2019), permite a los/as estudiantes de medicina asimilar los eventos traumáticos que ocurren al interior del hospital, y asumir las fuertes emociones que dichos eventos les pueden gatillar. También indica que, si bien es una estrategia de orden interno, puede ser elicitada por sujetos externos, en este caso los/s médicos superiores o supervisores de los/as estudiantes, mediante el acompañamiento profesional y emocional, y a través de prácticas como preguntarles a los/as estudiantes de forma rutinaria por sus emociones, tras la muerte de un paciente u otro evento particularmente fuerte.

En esta misma línea, otro de los autores elaboran un concepto similar para abordar la normalización. Los autores Smith-Han et al. (2016), enmarcan esta estrategia en un proceso denominado como “rutinización” (routinization), definida previamente como la aceptación del hospital como un lugar normal (Chambliss, 1996; en Smith-Han et al., 2016), y que, como se mencionó previamente, incluiría al menos tres factores: la continua repetición de acciones; acciones que rompan tabúes comunes; y la creencia de que “la rutina está incorporada en la conducta” (Chambliss, 1996; en Smith-Han et al., 2016). Para elaborar esta idea, el autor compara el hospital con cualquier otro lugar de trabajo. Comenta que para un/a trabajador/a nuevo/a, como puede ser un/a estudiante de salud, entrar al mundo profesional del hospital requiere un proceso de adaptación y normalización similar al de entrar a trabajar en cualquier otro lugar o compañía de trabajo, con tan solo una pequeña gran diferencia. En los hospitales la gente sufre y muere a diario, y los cuerpos son manipulados e intervenidos de formas que no estarían permitidas en ningún otro contexto.

Frente a esto un/a trabajador/a nuevo/a debe esforzarse en incorporar a su rutina trabajos y procedimientos que serían considerados tabúes fuera del hospital. Pero, no solo debe incorporarlos, sino que debe empezar a repetirlo una y otra, y otra vez, a lo largo de la

jornada, día tras día. De esta forma, la rutinización iría tomando forma en la medida en que el/la profesional de la salud se acostumbra y normaliza acciones como ver morir pacientes, o tener que abrir e intervenir cuerpos de personas con las que interactuó momentos antes. Así, la normalización como estrategia de afrontamiento, sería parte de un proceso mayor de “rutinización” (Chambliss, 1996; en Smith-Han et al., 2016).

Esta descripción es bastante similar a la que hacen Gálvez González et al. (2013), en su teorización sobre la normalización, en la que la muerte de los/as pacientes se asume como algo natural del entorno. En este encuadre, Gálvez González et al. (2013) conceptualizan la normalización como una estrategia que es parte del proceso bidireccional de la *aceptación*. Por un lado, y de forma positiva, la normalización puede complementar la aceptación, en el que el/la profesional de salud, enfermeros/as en un pabellón UCI en este caso, conciben la muerte de los/as pacientes como algo normal y cotidiano en el entorno. Dado que además trabajan en cuidados intensivos, la muerte se asume como algo tan imprevisible como probable para cualquiera de los/as pacientes que les toca atender. Así una muerte es aceptada y tramitada de forma saludable por parte del personal.

Por otro lado, cuando no es posible la normalización, los/as profesionales de salud, enfermeros/as UCI en el caso de Gálvez González et al. (2013), aplican, o manifiestan la aceptación en conjunto con la resignación. Esto es tener que resignarse a aceptar una muerte, o llevar a cabo un procedimiento que no consideran necesario o adecuado, generalmente para prolongar innecesariamente la vida y el sufrimiento de un/a paciente terminal. Se resignan a llevar a cabo el procedimiento sin permitirse cuestionarlo mucho más.

Esto se puede relacionar también a la cadena de mando del hospital, y al lugar de los/as profesionales de enfermería en este. A pesar de sentir que están más en contacto con los/as pacientes, y creer conocer mejor sus cuadros y situación clínica, los/as enfermeros/as pocas veces tienen voz y voto en los procedimientos. Es el/la médico/a, quien a pesar de no tener tanto contacto con los/as pacientes, tiene la decisión final a la hora de aplicar o extender un tratamiento. Tratamiento que a ojos de los/as enfermeros/as, puede parecer innecesario.

Así visto, la normalización, en sus distintas disposiciones o teorizaciones, aparece como una estrategia fundamental a la hora de afrontar no solo una muerte de paciente, sino la interminable cotidianidad hospitalaria de sufrimiento, muertes, procedimientos médicos e intervención de cuerpos. Esta estrategia le permite al personal médico asimilar esta realidad, que puede parecer abrumadora a profesionales más jóvenes, y así asumir hechos traumáticos como parte de su rol cotidiano.

La Reflexión como Estrategia

Dentro de lo que son las estrategias internas positivas, la que aparece con más fuerza, y también con más variantes, es la reflexión. Siendo mencionada en siete de los textos revisados, esta estrategia parece ser tan importante porque permite a los/as profesionales de salud hacerse cargo activamente de lo que están vivenciado. Ya sea repasar de forma activa un suceso traumático, entender su propia emocionalidad frente a un hecho, o replantearse su rol profesional. La reflexión aparece como un ejercicio que permite la resignificación cognitiva y emocional de los elementos psicológicos que los/as profesionales deben tramitar en su día a día.

Atkins & Murphy (1993; en Trivate et al., 2019), proponen que la reflexión involucra primero la identificación de sentires y pensamientos desagradables o malestares; segundo, un análisis crítico de dichos sentires y pensamientos; y tercero, una reflexión posterior que permite como conclusión el desarrollo de una nueva perspectiva de pensamiento. Así, la reflexión permitiría no solo el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento, sino también permitiría explorar cómo aprender en general a sobrellevar encuentros clínicos complejos. Eso se refleja en los resultados de Trivate et al. (2019), donde se desarrolla una forma de reflexión particular, que es la resignificación o reinterpretación de la experiencia traumática, frente a la muerte de un/a paciente.

La resignificación es un ejercicio de reflexión particular, que aborda un elemento psíquico, como un hecho traumático, por ejemplo, y generando una reflexión en torno del mismo, le otorga a dicho elemento un nuevo significado o valor, que permite entender tal elemento de una forma totalmente nueva, permitiendo extraer un nuevo aprendizaje del mismo. En este caso particular la resignificación toma tres formas particulares: la resignificación religiosa, la reinterpretación profesional como lección aprendida, y la reinterpretación de la

situación como una experiencia para vida personal. Cabe recalcar que en Trivate et al. (2019), los/as sujetos de estudio son estudiantes de medicina, quienes están iniciando su vida profesional, y recién están empezando a experimentar estas situaciones clínicas, por lo que están afrontando sus primeras muertes de pacientes. Así, la reflexión surge como una estrategia aún más importante, ya que a partir de esta reflexión están tramitando y dotando de sentido sus primeras experiencias frente a la muerte.

Tras estas experiencias traumatizantes, la reflexión juega un rol fundamental para que las y los/as profesionales de salud puedan no solo tramitar emociones conflictivas, sino buscar un nuevo sentido a su rol profesional. En Fairman et al. (2014), como ya se mencionó, los/as profesionales de salud que deben enfrentar el suicidio de pacientes comentan que, tras el episodio traumático, es fundamental el ejercicio de reflexión para recuperar la autoconfianza profesional, su seguridad, y para replantearse su rol profesional tras un hecho así. Con la reflexión, son capaces de redefinir sus fortalezas, y también sus límites como profesionales.

Siguiendo con la idea de la reflexión como estrategia para redefinir los propios límites y el propio rol como profesional de salud, el trabajo de Huang et al. (2016) profundiza extensamente en lo que denominan como “reflexión emancipatoria”. En el caso de ocho enfermeros/as en cuidados de hospicio (hospice care) en Taiwán, la reflexión emancipatoria es la cúspide de un largo proceso de transformación personal, en el que, a través del ejercicio de la reflexión de sus experiencias como cuidadoras, son capaces de identificar sus creencias, voluntad, y relaciones importantes en el lugar de trabajo.

Así, los/as enfermeros/as se vuelven más conscientes de sus sentires, y de su rol en el hospicio, como cuidadoras, pero también como proveedoras de cariño y dignidad para con sus pacientes. Por tanto, al momento de sufrir malestar emocional o físico, por la carga de trabajo, o por la muerte de algún paciente cercano, los/as enfermeros/as son capaces de reconocer su dolor, pero también reconocerse a sí mismos/as en el lugar de trabajo, con su propia historia e identidad, lo que les permite situar y aceptar su dolor. Al reconocer y hacer visible su dolor, les es más fácil a los/as enfermeros/as acompañar a los/as pacientes en su proceso de morir.

Es interesante notar que otro artículo enfocado en cómo los/as profesionales de enfermería afrontan la muerte de pacientes, a través de la reflexión, también proviene del mundo

cultural sino-oriental, esta vez de Hong Kong. Los autores Mak et al. (2013), comprenden de manera similar el papel de la reflexión en el afrontamiento. Los/as enfermeros/as de esta investigación reflexionan en torno a la muerte de sus pacientes, y a su propio rol como cuidadores. Por medio de la reflexión, resignifican su rol y se comprenden a sí mismos/as como cuidadores y proveedores de dignidad y empatía en la muerte, más allá de ser solo administradores de fármacos y procedimientos. Esto les permite dotar de sentido su labor, y lograr mayor autorrealización y satisfacción laboral.

Si bien otros artículos del mundo occidental presentes en esta revisión abordan la reflexión y la resignificación profesional, son estos dos artículos precisamente los que le otorgan un rol central a la reflexión como práctica de afrontamiento, y a la importancia del cuidado espiritual del/de la paciente. Por medio de la resignificación, ponen en el centro la importancia de que el/la profesional de salud, los/as enfermeros/as en este caso, debe brindar no solo tratamientos médicos, sino principalmente otorgar dignidad, cariño y acompañamiento espiritual al/a la paciente al momento de morir. De esa forma no solo se dignifica al/a la paciente, sino que el/la profesional dignifica su propia labor.

Sin apresurarse a tomar conclusiones adelantadas respecto de la cultura, sería interesante a futuro notar cómo los distintos paradigmas culturales, oriental en este caso, comprenden el rol de la medicina y la salud, y si es que ejerce, o no, una diferencia en la configuración de las estrategias de afrontamiento de los/as profesionales de la salud.

Acción Individual

Respecto de las acciones individuales que los/as profesionales de la salud llevan a cabo de forma personal para afrontar la muerte de pacientes, cabe decir que, de los 22 artículos revisados, diez mencionan algún tipo de actividad individual. De estas, nueve mencionan actividades de distracción, y siete mencionan ritos religiosos o espirituales. Además, en tres de estos se menciona el autocuidado como estrategia personal. Pero a la hora de describirlo, estos tres autores refieren a acciones de distracción y tiempo libre (Fairman et al., 2014), hábitos saludables de dieta y sueño (Zheng et al., 2018), acciones religiosas y una serie de otras acciones (Mak et al., 2013).

Autocuidado

No hay una forma específica o particular de autocuidado, sino más bien esto refiere a un conjunto de actividades, desarrolladas por un individuo, para promover y mantener un bienestar a lo largo de su vida (Sanchez-Reilly et al., 2013). Esto no quiere decir simplemente que cualquier acción para descansar o relajarse equivale a autocuidado. En el caso de profesionales de salud que deben afrontar constantemente pérdidas de paciente, el autocuidado implica un esfuerzo consciente y decidido por mantener su bienestar físico, mental, social y espiritual.

Para Sanchez-Reilly et al. (2013), quienes son un grupo de médicos/as enfocados en investigar el autocuidado en oncólogos/as, el autocuidado implica una variedad de conocimientos, habilidades y actitudes dispuestas activamente hacia el bienestar personal, entre las que se incluye la auto reflexión, el auto conocimiento o self-awareness. Un buen autocuidado implica para el sujeto hacerse cargo activamente por ejemplo de identificar y prevenir el Síndrome de Burnout, mantener límites profesionales apropiados, y poder tramitar de manera sana sus duelos.

Así, los/as profesionales de salud practican, o intentan practicar el autocuidado por medio de acciones de diversa índole, como se describe en los resultados. Llevar una dieta saludable, hacer ejercicio, definir el balance entre trabajo y vida privada, llevar a cabo ritos para despedir a los/as pacientes fallecidos, como prender velas o asistir a sus funerales, o tomarse días libres tras una muerte particularmente estresante.

Llama la atención la baja mención que recibe el autocuidado en tanto forma de afrontamiento particular. Si bien se mencionan varias acciones que apuntan a dicho objetivo, es bajo el conocimiento de este “hábito” de afrontamiento como tal, tanto de parte de los/as profesionales de salud, como de parte de la literatura científica.

Esto se condice con lo mencionado por Sanchez-Reilly et al. (2013), de que el autocuidado sería un hábito fundamental para los/as profesionales de salud, pero muy poco difundido. La difusión y educación de los/as profesionales de salud en el cuidado personal sería inferior a lo necesario, partiendo por la formación universitaria. La falta de abordaje de esta materia en la malla y currículo académico sería un factor determinante.

Este hecho también parece ser parte de una tendencia en la literatura e investigación, de darle menos énfasis a las estrategias individuales. Si bien en esta revisión hay nueve artículos que se refieren a esta categoría, sus menciones no son tan profundas como las otras categorías de afrontamiento investigadas, como lo son orden psicológico interno, acción colectiva y apoyo institucional. En general las estrategias individuales son mencionadas o enlistadas en los artículos, sin darle mayor discusión. Esta tendencia puede ser revertida si se entrena al personal de salud en autocuidado y estrategias sanas de afrontamiento individual.

Acción Colectiva

Un aspecto que resalta entre los resultados de manera clara es que las estrategias más significativas a la hora de afrontar una muerte son las colectivas, especialmente el apoyo entre colegas. Los/as profesionales de salud, de la especialidad que sean, se vuelcan hacia sus pares y colegas para buscar apoyo, contención emocional, o retroalimentación profesional, para afrontar un episodio estresante. La mayoría de los artículos menciona una o varias formas de apoyo entre colegas.

Los/as estudiantes de salud y los/s profesionales jóvenes, por ejemplo, debido a que poseen una menor experiencia, tienden a no saber bien cómo afrontar o acompañar la muerte de un/a paciente, por lo que pueden presentar mayor ansiedad ante la muerte (death anxiety), y por ende podrían llegar a rendir un menor desempeño laboral, y entregar un peor cuidado. En estos casos, la búsqueda de apoyo en superiores y colegas de más experiencia, resulta fundamental para que los/as profesionales y estudiantes de salud puedan recibir retroalimentación desde su entorno, y así entender lo que están viviendo. El apoyo de colegas superiores propicia en los/as jóvenes la aceptación y normalización de los eventos estresantes en el hospital, y les permite desarrollar una mayor autoconfianza y autovaloración profesional a la hora de afrontar una muerte, a la vez que van adquiriendo mayor experiencia laboral (Smith-Han et al., 2016).

Por el contrario, el desarrollo de los/as profesionales de salud puede verse eclipsado cuando estos no reciben el apoyo necesario. Esto se da cuando no reciben retroalimentación laboral de sus superiores, cuando sus necesidades emocionales no son reconocidas, o no reciben apoyo emocional, y en el peor de los casos, cuando sus

sentimientos o angustias son invisibilizados o incluso ridiculizados por sus colegas (Zheng et al., 2018), lo que puede llevar a los/as más jóvenes a cerrarse emocionalmente, y sufrir de un duelo marginalizado (Wilson, 2014).

Los/as profesionales de salud trabajando en áreas de alta demanda profesional, como la UCI, cuidados paliativos, oncología pediátrica, y demás, forman sólidas redes de apoyo entre pares para acompañarse unos a otros emocionalmente, sobre todo a la hora de afrontar muertes de pacientes y otros episodios altamente complejos. Ya sea hablar con un/a colega amigo/a durante la pausa del turno, o formar discusiones grupales para discutir un caso particularmente complejo, los/as profesionales de salud se abocan hacia sus pares para procesar lo que implica una muerte estresante.

Este compartir de las emociones estresante se vuelve particularmente fructífero en las sesiones de escucha grupales, o “debriefing” como se han denominado en esta revisión. Estas sesiones, la mayoría del tiempo, son auto gestionadas por los/as colegas de manera informal. Puede ser una reunión alrededor de una taza de té, o un debate de pasillo, pero le permite a todo un grupo poner en común el malestar que pueden estar sintiendo. Los/as profesionales de salud pueden así verbalizar su situación personal tras un episodio estresante. La escucha activa que se genera en estos espacios es emocionalmente significativa para los/as profesionales, ya que logran sentirse acompañados/as y validados/as por el resto de sus compañeros/as. Con esto pueden compartir la angustia que están sintiendo, con colega de confianza que saben que va a empatizar con ellos/as, porque lo más probable es que esté viviendo algo similar.

Otro espacio de contención importante es el espacio familiar. Sin embargo, este espacio operaría de forma distinta al espacio laboral. No hay un consenso tan claro respecto del espacio familiar como sí lo hay respecto del apoyo entre colegas. Si bien algunos artículos indican que los/as profesionales de salud se vuelcan hacia sus familias para afrontar una muerte (Rodríguez-Rey et al., 2009; Fairman et al., 2014; Mak et al., 2013), no lo harían de la misma manera. En ese sentido, el testimonio de los/as emergencistas vascos/as (Fernández-Aedo et al., 2017), puede ser esclarecedor sobre rol de las familias para muchos profesionales de salud.

Estos/as profesionales no exponen a sus familias a los relatos del trabajo, en primera instancia, porque pueden traumatizarlos al relatarles los hechos que deben enfrentar al trabajar en emergencias extrahospitalarias. Por lo mismo, al no estar familiarizados con su trabajo, los familiares no pueden empatizar adecuadamente con ellos/as, y no podrían contenerlos emocionalmente. En segundo lugar, y quizá más importante, los/as profesionales de salud mantendrían al espacio familiar libre de la contaminación emocional que implica el trabajo. Así, este espacio les permitiría desconectarse de su realidad laboral y poder relajarse adecuadamente.

Apoyo Institucional

En la mayoría de las investigaciones, tanto autores como participantes dan cuenta de que el apoyo que reciben por parte de la administración del hospital, o más bien el apoyo que no reciben, resulta determinante en el ambiente laboral para tramitar el impacto de lo que sucede en los pabellones. El panorama general de esta revisión es que los/as profesionales de salud no reciben el apoyo adecuado por parte de sus instituciones. La mayoría de los testimonios y de los autores señalan que tanto la formación, como el acompañamiento y contención, son escasas, sino inexistentes en el ambiente laboral.

En pocas investigaciones los/as profesionales de salud involucrados declaran haber recibido apoyo institucional suficiente. En el caso de la formación psicoeducacional, el apoyo fue nulo. Los/as profesionales mencionan que no han recibido la educación necesaria para tramitar sus emociones, o manejar con empatía y tacto, situaciones sumamente complejas como lo son las muertes traumáticas de pacientes. La falta de experiencia y herramientas en psicoeducación genera que los/as profesionales manejen de forma deficiente estas situaciones, provocándoles un gran estrés y ansiedad tener que afrontar estos momentos. Asimismo, la falta de un trato psicoemocional adecuado para con los/as pacientes y sus familias, aumenta la incertidumbre frente a la muerte, y puede implicar un mayor sufrimiento y dolor en una situación ya de por sí bastante dolorosa para ellos/as.

Por esto la capacidad de afrontar estas situaciones, y de desplegar un manejo psicoeducacional, o psicoemocional adecuado, por parte de los/as profesionales, proviene, en la mayoría de los casos, solo de su experiencia profesional personal, sin recibir mayor

formación a lo largo de la carrera. Esto deja a los/as profesionales jóvenes más desprotegidos y propensos a sufrir estrés y ansiedad ante la muerte, lo que puede aumentar el riesgo de padecer Síndrome de Burnout y otras patologías asociadas (Huang et al., 2016).

El caso del acompañamiento y contención no es muy diferente. Solo una de las investigaciones reportó a los/as profesionales recibir apoyo de acompañamiento y contención psicológica suficiente. Pero incluso en ese caso el apoyo no era del todo flexible, ya que la administración no se adecuaba a los tiempos de los/as profesionales. En algunos casos, las instituciones no tienen los recursos para implementar estos programas. Sin embargo, los/as profesionales, en general, sienten que las administraciones no se esfuerzan por reconocer el dolor que implica tener que afrontar psicológicamente una muerte, y tampoco, el trabajo que significa tener que acompañar a un/a paciente durante una muerte digna.

Gran parte de los problemas que reportan los/as profesionales de salud (Becker et al., 2017; Riotte et al., 2018), apuntan a que, en primera instancia, las administraciones no reconocen la sobre exigencia laboral que implica atender una muerte activa. Los/as profesionales señalan que no se les facilita más tiempo para trabajar con pacientes en tránsito terminal, teniendo que atenderles en una jornada saturada de otras tareas. Tampoco les flexibilizan los protocolos para solicitar los medicamentos y los procedimientos paliativos, necesarios para esta etapa, e indican que muchas veces, sienten que deben romper las reglas de la burocracia hospitalaria para entregar un cuidado digno.

Posterior a esto, las instituciones tampoco reconocen las necesidades emocionales de sus funcionarios/as, tras atender y afrontar la muerte de un paciente terminal. Solo uno de los artículos declaró que la administración disponía de sesiones de debriefing (Becker et al., 2017), mientras que en siete artículos, las y los/as profesionales mencionan no recibir apoyo de sus administradores (Granek et al., 2017; Kpassagou & Soedje, 2017; Zheng et al., 2018; Riotte et al., 2018; Mak et al., 2013; Orozco-González et al., 2013; Pérez Vega & Cibanal, 2016). Además, otros artículos mencionan que, si bien cuentan con consejeros y psicólogos por parte del hospital, prefieren no hacer uso de estos. No es bien visto en el personal de salud asistir al consejero, ya que es interpretado como signo de debilidad entre colegas (Wilson, 2014), o no sienten que sea una ayuda efectiva (Fernández-Aedo et al., 2017).

Frente al problema de cómo debería ser un apoyo institucional efectivo, parece ser clara la necesidad de fomentar la educación psicoemocional en los/as profesionales, tanto en talleres de formación, como en programas de acompañamiento y contención. Siete de los/as autores recomiendan claramente, la implementación de talleres efectivos e integrales sobre psicoeducación y entrenamiento en salud mental, a fin de que el personal pueda identificar y modular su propia emocionalidad frente a un hecho traumático. Para que, de esta manera, el personal sea capaz de desplegar estrategias de afrontamiento efectivas, y manejar de manera asertiva y empática situaciones estresantes para pacientes y familiares.

Frente al acompañamiento y contención, en esta revisión ha sido puesta en entredicho la efectividad o pertinencia de derivar al personal con el/la consejero/a o e/la psicólogo/a del hospital frente a un hecho traumatizante. Por otro lado, ha sido puesta de relieve la vital importancia que significa la voz y el oído de los/as compañeros/as en el pabellón. La efectividad de las sesiones de debriefing informales entre colegas, para superar momentos difíciles, ha llamado la atención de varios autores en esta revisión (Allie et al., 2018; Becker et al., 2017), quienes terminan sugiriendo como política hospitalaria, el oficializar y calendarizar de forma periódica, y extraordinaria, estas sesiones de debriefing y escucha activa entre compañeros. A fin de potenciar el efecto curativo de estas sesiones grupales, y afianzar las redes de apoyo entre colegas.

De cualquier manera, el primer paso para implementar estas, y otras medidas por parte de las instituciones, es dar cuenta de las necesidades de los/as profesionales de salud, y permitir que estos puedan visibilizar su dolor y sus duelos. Todas, sino la gran mayoría, de las falencias de los hospitales, en cuanto a apoyo institucional, mencionadas en esta revisión, parten por la incapacidad de las administraciones de dar cuenta de los problemas y necesidades que tienen los/as profesionales a la hora de tratar un/a paciente terminal, y de tener que afrontar su muerte.

Ya sea por no flexibilizar sus políticas, o por no reconocer el alto estrés que sufre el personal frente a la muerte de pacientes, estos problemas tienden, de una forma u otra, a invisibilizar el dolor y el malestar de los/as funcionarios, en un duelo marginalizado. Quizá por eso, la forma más efectiva de afrontamiento, la charla activa colectiva, es tan efectiva y valorada, porque le permite al/a la profesional de salud, hacer visible, frente a sus pares, el dolor marginalizado del pabellón.

Pandemia por Covid-19, Salud Mental y Afrontamiento

La pandemia actual presenta nuevos desafíos para la salud mental del personal de salud. Por eso, a pesar de que los artículos revisados no señalan temáticas ligadas al Covid-19, dadas las fechas de búsqueda, se hace necesario ligar el material discutido, a la situación psicoemocional del personal de salud, las posibles formas de afrontarlo y el apoyo institucional frente a la pandemia. Esto, debido a que, durante esta crisis sanitaria, se han visto agudizadas las condiciones críticas que provocan factores de estrés y malestar en los/as profesionales. Si con anterioridad a la pandemia, como se vio en esta revisión, los/as profesionales ya debían luchar contra una alta carga de trabajo, y contra la imprevisibilidad de la muerte de pacientes, entre otros estresores, tras el colapso de los sistemas de salud por pacientes críticos de Covid-19, estas situaciones de estrés han aumentado. Con ello, la posibilidad de aparición de enfermedades relacionadas a la salud mental, también se ha elevado.

Durante las etapas iniciales de las emergencias sanitarias, el personal de salud puede presentar sintomatología ansiosa y depresiva, similares al Trastorno de Estrés Post Traumático, hecho que no solo afecta el trabajo, sino que también el bienestar psicológico. Esto, debido a la exposición al virus, el aislamiento, la frustración, la alta demanda de tareas, el cansancio, y el constante contacto con pacientes (García et. al, 2020). Estos factores estresores antecedian a la pandemia, pero se han visto agravados a raíz de esta. Cremades-Puerto (2011), categorizó las condiciones laborales, las largas jornadas de trabajo, y la larga exposición a pacientes y compañeros/as de trabajo, como factores altamente estresantes dentro del trabajo profesional del equipo sanitario. También, la frustración e impotencia es algo a lo que se han visto enfrentados desde antes de la pandemia, sobre todo al momento de la muerte, en donde el personal tiene la presión de salvar al paciente a toda costa (Cumplido y Molina, 2011).

Según la investigación hecha por Huang et al (2020; en Huarcaya-Victoria, 2020), la incidencia de trastornos ligados al estrés en el personal de salud, al inicio de la pandemia, fue del 27,4%, y la incidencia de la ansiedad fue del 23,1%. El trauma vicario, en donde el personal de salud puede llegar a desarrollar los síntomas psicológicos de sus pacientes, es otro problema al que están expuestos. Así, los/as profesionales pueden padecer síntomas que primeramente son de los/as pacientes, como el insomnio, pérdida de apetito, fatiga,

desesperación, miedo e irritabilidad (Huarcaya-Victoria, 2020). El estigma social también es algo a lo que debe enfrentarse el personal de salud, debido al temor de los familiares y la comunidad a ser contagiados por ellos (Huarcaya-Victoria, 2020).

La situación en Chile, por otro lado, no es muy distinta a la situación mundial en pandemia. Según Alvarado y Tapia (2020), en el Informe Preliminar N°1 del Health Care Workers Covid-19 Study, de 954 trabajadores entrevistados, 38,6% reportó alteraciones del apetito; 37,3% falta de energía y cansancio; 32,7% alteraciones del sueño; 19% problemas de concentración; y 16,3% anhedonia y pérdida de interés. Este informe, además, muestra que 31,4% de la población estudiada presenta sintomatología depresiva, de tipo moderado a grave (Alvarado y Tapia, 2020). Estos datos concuerdan con los presentados por SOCHIMI (2020), en donde queda en manifiesto la exposición de los/as profesionales de salud chilenos al estrés, principalmente por la preocupación de contraer el virus, y por las altas demandas laborales a las que se ven enfrentados. Dando como resultado que, de 1,743 entrevistados, un 87% presentara Síndrome de Burnout y un 78,7% presentara una real preocupación por su salud mental.

En cuanto al apoyo institucional, Huarcaya-Victoria (2020), propone el desarrollo de intervenciones psicosociales a cargo de equipos interdisciplinarios. Entre estas medidas existen algunas más generales, como turnos rotativos, horarios de trabajo menos extensos y periodos de descanso regulares. Así, experiencias como las del Segundo Hospital de Xiangya, en la provincia de Hunan (Huarcaya-Victoria, 2020), demuestran que, para prevenir efectivamente problemas en la salud mental del personal médico, es necesario brindar espacios para que los/as profesionales puedan descansar y aislarse de sus familias, en donde encuentren una alimentación y suministros adecuados, tanto como información sobre la enfermedad y medidas de protección. Además, se deben brindar espacios en donde se desarrollen técnicas de relajación y manejo del estrés a cargo de consejeros psicológicos. En cuanto al apoyo entre pares, se ha demostrado, según la experiencia de la pandemia de H1N1 en Japón, que la confianza entre los/as trabajadores/as es importante al momento de enfrentarse a una crisis sanitaria, ya que, de esta forma mejoran las interacciones y la cooperación entre el personal sanitario (Huarcaya-Victoria, 2020). Esto es algo que también se ve en Allie et al. (2018), y Becker et al. (2017), en donde se le da importancia a la escucha entre compañeros/as al momento de superar situaciones difíciles.

Tanto así que se sugiere la oficialización de estas prácticas, dándoles espacios y tiempos para llevarlas a cabo. Pero, por otro lado, también se evidencia que las administraciones le dan poco reconocimiento a la sobre exigencia laboral, y las consecuencias que esto podría tener en la salud mental de los/as trabajadores/as (Becker et al., 2017; Riotte et al., 2018).

Conclusiones

La muerte y el Contexto Sociohistórico

El momento cuándo se muere, dónde se muere y cómo se muere es un hecho importante para entender cómo la muerte afecta, psicoemocionalmente, a los diversos actores que se encuentran alrededor de este proceso. Desde el punto de vista histórico, la forma en que la medicina ha enfrentado la muerte es variada. En occidente se ve un cambio, desde una medicina administrada por la familia, a una sobre medicalizada en la actualidad. Esta forma de ver la muerte resulta en una relación lejana entre el/la paciente y la medicina, en donde es el/la médico/a quien tiene la última palabra, y el moribundo se ve subordinado a las técnicas y rutinas del hospital.

A pesar de esto, en el último tiempo, ha surgido una gran preocupación por las condiciones en las que el/la paciente pasa los últimos momentos de su vida. Así surgen los cuidados paliativos, en donde el objetivo principal es dar confort y apoyo al paciente que está a punto de morir, y a su familia. Pero aquí, y según lo visto en esta investigación, ocurre una situación ambivalente en la medicina, en donde, por un lado, permanece la tradición de una medicina centrada en el cuerpo y la enfermedad, mientras que, por otro lado, se comienzan a incluir las necesidades psico-socio-emocionales de los/as pacientes.

En la mayoría de los casos es el personal médico, sobre todo profesionales de enfermería, el que tiene que cargar con la tarea de dar solución, tanto a los malestares físicos, como a las necesidades psicoemocionales de los/as pacientes. Esto los pone bajo gran cantidad de exigencias, tanto de las jefaturas, los que velan por el correcto funcionamiento del hospital, como de los/as pacientes, quienes buscan apoyo y comprensión, especialmente en los últimos momentos de su vida. Por esto, la muerte, para el personal médico, resulta altamente estresante, tanto por el hecho mismo de ver a alguien morir, como por el contexto hospitalario en el que se encuentran, en donde se deben cumplir rígidos protocolos para abordar las necesidades de los/as enfermos.

Las Estrategias de Afrontamiento

Frente a lo expuesto en esta revisión, las estrategias de afrontamiento aparecen como una herramienta fundamental para los/as profesionales de salud, a la hora de afrontar las diversas situaciones estresantes con las que deben lidiar en el pabellón, especialmente la muerte de un/a paciente. Un/a profesional con los recursos psicológicos necesarios, para hacer frente a las contingencias del hospital, puede manejar de mejor manera, no solo sus propias emociones y procesos psicológicos, sino que también, puede aportar a mitigar el impacto psicológico en sus colegas y pacientes. Por otro lado, un/a profesional con bajo apoyo y recursos psicológicos, va a sobrellevar el estrés de peor manera, lo que se puede traducir en una mayor probabilidad de malestar crónico, y de aparición de enfermedades y patologías asociadas a la salud mental, como depresión, Síndrome de Burnout, o Trastorno de Estrés Post Traumático.

En este mismo sentido, las diversas estrategias de afrontamiento mencionadas en esta revisión dan cuenta de las necesidades y procesos psicoemocionales de los/as profesionales de salud. El desapego emocional, por ejemplo, es una estrategia controversial que tiene mucho que ver con cómo funcionan los hospitales, ya que es una estrategia tan antigua como la medicina occidental moderna. Frente a una situación abrumadora, que puede desbordar a cualquiera, los/as profesionales de salud deben tomar distancia de los/as pacientes y su sufrimiento, y “cerrar la puerta de sus emociones”, a fin de llevar a cabo su trabajo. Se puede concluir que es una estrategia que se hace necesaria gran parte del tiempo, ya que dota de seguridad emocional al/a la profesional, pero que lo/la desconecta de su paciente, produciendo una distancia que puede llegar a ser perjudicial para el bienestar del/ de la paciente y del/ de la profesional, si no se maneja con otros recursos.

Otras estrategias como la reflexión, la introspección, o el autocuidado, estrategias diversas que aportan de forma activa a que los/as profesionales puedan tramitar y elaborar la alta carga emocional que reciben en el trabajo, se muestran acá como altamente necesarias para mantener el cuidado y la salud mental del personal. Aprender a manejar estas estrategias activas del orden personal, se vuelve necesario para que los/as profesionales puedan complementar estrategias de supresión emocional, como el desapego o la normalización, a fin de evitar los efectos iatrogénicos que estas podrían generar.

En esta misma línea, no se puede dejar de mencionar la abrumadora relevancia que presentó en esta revisión el apoyo entre pares. Si algo se puede concluir de manera clara tras esta investigación, es que, en la mayoría de los estudios revisados, los/as profesionales de salud consideran el apoyo entre pares y colegas, como la forma de apoyo más importante en el ambiente hospitalario. Las sólidas redes de comprensión y empatía, que se generan en el pabellón, permiten a los/as profesionales levantar lugares de encuentro y contención emocional sumamente significativos para afrontar la vida laboral hospitalaria. Desde encuentros informales ente turnos, para compartir una taza de té y una palabra de aliento, hasta verdaderas sesiones de debriefing y escucha activa entre colegas, son las manifestaciones que pueden tomar en el hospital, el apoyo entre colegas. No se puede dejar de recalcar lo importante de esta estrategia, y lo necesario de que las administraciones reconozcan y fomenten estos espacios de contención, para así, brindar un apoyo institucional fuerte y conectado con las necesidades emocionales de los/as profesionales de salud.

Lamentablemente, uno de los grandes problemas es la falta de reconocimiento de las distintas necesidades emocionales de los/as profesionales, por parte de las instituciones, y el bajo, o nulo, apoyo de las administraciones para la formación psicoeducacional, como para el acompañamiento y contención de los/as profesionales de salud. Mientras las administraciones no puedan reconocer el malestar y el duelo marginalizado de los/as profesionales de salud, a través de acciones y políticas concretas, estos últimos tendrán que seguir valiéndose de sus propios recursos, y de sus espacios autogestionados para afrontar la muerte de pacientes. Las acciones concretas se pueden traducir en talleres y programas de formación psicoeducacional, y así otorgar herramientas a los/as profesionales de salud, para reconocer y modular sus propias emociones, y la de sus pacientes y familiares, a fin de saber afrontar y adelantarse a una situación estresante. Estas acciones concretas también se pueden traducir en levantar espacios de contención emocional, especialmente formalizando las sesiones de escucha activa ente el personal, con profesionales que orienten y acompañen estos encuentros. Esta medida surge, en la revisión, como la acción de apoyo más efectiva que pueden asumir las instituciones, incluso más que implementar terapias o consejerías psicológicas. Tan importante como reconocer el duelo y el malestar entre los/as profesionales de salud, es reconocer las redes de apoyo que construyen entre ellos/as.

Recomendaciones y Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio, podría ser, la baja inclusión de artículos nacionales, debido a que no se encontraron en las bases de datos consultadas para esta revisión. Esto se puede deber debido a dos posibles factores. El primero podría ser a que no se buscó en todas las bases de datos disponibles, que podrían haber incluido artículos de investigaciones chilenas. En tal caso eso supondría una limitación de nuestra metodología. El segundo factor, y más preocupante, es que simplemente aún no se desarrollan estas investigaciones en el campo nacional.

En relación con las recomendaciones, la presente revisión pretende servir como base para futuras investigaciones, incentivando así el desarrollo de estudios sobre esta temática, para fomentar la producción de conocimientos, teoría e intervenciones sobre la salud mental del personal sanitario, tanto desde las ciencias médicas como las ciencias sociales, con la finalidad de contribuir al desarrollo e implementación de políticas públicas en el ámbito sanitario, que apunten a brindar un apoyo psico-socio-emocional integral a los/as profesionales de salud.

Finalmente, todas estas recomendaciones se vuelven imperativas y urgentes en el contexto actual de pandemia por Covid-19. Ahora, es más necesario que nunca que las administraciones e instituciones sanitarias reconozcan la afectación y desgaste emocional, producto de la saturación de los sistemas sanitarios y el alto número de fallecidos, a fin de invertir recursos materiales y humanos, para reducir y mitigar este impacto en el personal de salud. En este sentido, concordamos con lo expuesto por Huarcaya-Victoria (2020), quien propone brindar de espacios seguros al personal médico, en donde encuentren descanso y aislamiento, además de ayuda psicosocial por parte de equipos interdisciplinarios. Por otro lado, también se hace necesario medidas de mitigación de la carga laboral, como turnos rotativos y horarios de trabajo menos extensos, junto con promover espacios de ayuda y comunicación entre pares.

Bibliografía

- Acinas, M. A. (2012). Burnout y desgaste por empatía en profesionales de cuidados. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Vol. 2 (2012) n.º 4, pp.1-22. Recuperado de: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf.
- Allie, Z., le Roux, E., Mahlatsi, K., Mofokeng, B., Ramoo, Z.-A., Sibiyi, K., . . . Brits, H. (2018). *Bereavement overload and its effects on, and related coping mechanisms of health care providers and ward administrators at National District Hospital in Bloemfontein, Free State*.
- Alvarado, R., & Tapia, T., (2020). El impacto de la pandemia de Covid-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud; Informe preliminar n°1 Chile. Síntomas Depresivos y Malestar Psicológico. Agosto 2020, Chile, Rescatado de: <http://www.medicina.uchile.cl/noticias/168597/mas-del-30-de-trabajadores-de-la-salud-presenta-sintomas-depresivos>
- Ansoleaga, E., Toro, J. P., Godoy, C. L., Stecher, A., & Blanch, J. M. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*, 139(9), 1185-1191. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000900011>.
- Ariés, P. (1983). La muerte invertida. En P. Ariés, *El hombre ante la muerte* (págs. 463-498). Madrid: Taurus.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 18(8), 1188–1192. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18081188.x>.
- Austen, L. (2016). Increasing emotional support for healthcare workers can rebalance clinical detachment and empathy. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(648), 376–377. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685957>.

- Becker, C., Wright, G., & Schmit, K. (2017). Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. *Applied nursing research, ANR*, 33, 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.006>.
- Bello, S., Vergara, P., O'Ryan, L., Alfaro, A. M., & Espinoza, A. (2009). Estudio de las percepciones y actitudes del personal de una unidad hospitalaria frente a enfermos terminales. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 25(2), 91-98. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482009000200005>.
- Bianchini Matamoros, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14(2-1-2), 189-192. .
- Céspedes, F. (2020). El síndrome de burnout en población bomberil: Una revisión narrativa de la Literatura (Tesis de Grado). *Universidad de Chile*, Santiago de Chile.
- Chambliss, D. (1996). *Beyond Caring*. Chicago, IL: *The University of Chicago Press*.
- Chang, W. P. (2018). How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death. *Applied nursing research, ANR*, 44, 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.005>.
- Cremades-Puerto, J. (2011). Factores laborales estresantes en profesionales de enfermería que trabajan en unidades hospitalarias con pacientes ingresados por problemas médico-quirúrgicos: una revisión bibliográfica. *Recien*(2), 1-17.
- Cumplido Corbacho, R., & Molina Venegas, C. (2011). Aproximación Cualitativa al Afrontamiento de la Muerte. *Medicina Paliativa*, 2011;18(4):141---148.
- Díaz, J. (2006). Morir en un hospital. Reflexiones y comentarios a la obra de Philippe Ariés. *Cultura de los cuidados*, 10(19), 10-15.
- Elder, E., Johnston, A., Wallis, M., Greenslade, J. H., & Crilly, J. (2019). Emergency clinician perceptions of occupational stressors and coping strategies: A multi-site study. *International emergency nursing*, 45, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.03.006>.

- Espinoza, M., & Sanhueza, O. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 607-613. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>.
- Fairman, N., Thomas, L. P., Whitmore, S., Meier, E. A., & Irwin, S. A. (2014). What did I miss? A qualitative assessment of the impact of patient suicide on hospice clinical staff. *Journal of palliative medicine*, 17(7), pp.832–836. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0391>.
- Felipe Castaño, E., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2010, 10(2), pp. 245-257.
- Fernández Fernández, J., García Martínez, L., García García-Bueno, M., Fernández Grande, A., & Lozano González, T. (2017). Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de Enfermería. *Tiempos de enfermería y salud*, 2(1):26-3.
- Fernández Sola, C. (2012). Afrontar la Muerte en Ciencias de la Salud (Tesis Doctoral). *Universidad de Almería*, España.
- Fernández-Aedo, I., Pérez-Urdiales, I., Unanue-Arza, S., García-Azpiazu, Z., & Ballesteros-Peña, S. (2017). A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death. Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos. *Enfermería intensiva*, 28(2), 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.003>.
- Ferreira Gonzalez, I., Urrutia, G., & Alonso-Coello, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista Española de Cardiología*, 64(8): pp. 688-696.
- Flores-Guerrero, R. (2004). Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Revista MAD*, No.10(3), pp.21-20.

- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, pp.219-239.
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M. C., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, (30), 39-50. .
- Gálvez González, M., del Aguila Hidalgo, B., Fernández Vargas, L., Muñumel Alameda, G., Fernández Luque, C., & Ríos Gallego, F. (2013). Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. *NURE Inv*, May-jun 2013, 10(64):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE64_original_afrontamiento.pdf.
- García S, V., & Rivas Rivero, E. (2013). Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 111-124. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200011>.
- García-Iglesias, J., Gómez-Salgado, J., MartínPereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del Sars-Cov-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 94: 23 de julio, p. 1-20.
- Gómez Esteban, R. (2012). El médico frente a la muerte. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2012; 32 (113), 67-82. doi: 10.4321/S0211-57352012000100006.
- Granek, L., Barbera, L., Nakash, O., Cohen, M., & Krzyzanowska, M. K. (2017). Experiences of Canadian oncologists with difficult patient deaths and coping strategies used. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 24(4), e277–e284. <https://doi.org/10.3747/co.24.3527>.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine*, 18(8), 670–674. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>.

- Hernández Garre, J., Sánchez Sánchez, F., & Echevarría Pérez, P. (2017). Alumbrando la muerte. Profesionales de la vida gestionando el duelo. *Revista Internacional de Sociología*, 75(3):e070. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.3.15.189>.
- Huang, C. C., Chen, J. Y., & Chiang, H. H. (2016). The Transformation Process in Nurses Caring for Dying Patients. *The journal of nursing research, JNR*, 24(2), 109–117. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000160>.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [online]*. 2020, v. 37, n. 2, pp. 327-334. Disponible en: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>>
- Kpassagou, B., & Soedje, K. (2017). Health practitioners' emotional reactions to caring for hospitalized children in Lomé, Togo: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 17(2):700. Published 2017 Dec 4. doi:10.1186/s12913-017-2646-9.
- Kramer, U. (2010). Coping and defence mechanisms: What's the difference?- Second act. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 207–221.
- Latindex. (s.f.). *Descripción*. Obtenido de <https://www.latindex.org/latindex/descripcion>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estres y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Letelier, L. M., Manríquez, J., & Rada, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Revista Médica de Chile*, 133(2), 246-249. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000200015>.
- Mak, Y. W., Chiang, V. C., & Chui, W. T. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International journal of palliative nursing*, 19(9), 423–431. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.9.423>.

- Maricutoiu, L. P., & Crasovan, D. I. (2014). Coping and defence mechanisms: What are we assessing? *International Journal of Psychology*, 51(2), 83–92. doi:10.1002/ijop.12113 .
- Maza Cabrera, M., Zavala Gutiérrez, M., & Merino Escobar, J. M. (2009). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 39-48. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100006>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2007). Cuidados paliativos. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos: guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Módulo 5. *Ediciones de la OMS*.
- Orozco-González, M. Á., Tello-Sánchez, G. O., Sierra-Aguillón, R., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Reyes-Rocha, B. L., & Zamora-Mendoza, A. (2013). Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado. *Enfermería universitaria*, 10(1), 8-13. Recuperado en 28 de febrero de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000100003&lng=es&tlng=es.
- Paredes Escobar, M. C. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta Bioethica*, 18(2), 163-171. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000200004>.
- Perales-Guiñón, B., Pérez-Moltó, R., & Pérez-Moltó, F. (2019). Repercusión emocional en el personal de enfermería pediátrica. *Majorensis*, 2019; 15: 44-53.
- Perdigon, A., & Strasser, G. (2015). El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, pp. 485-500. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009>.

- Pérez Molina, M. J., & Rodríguez Chinchilla, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista costarricense de psicología*, Vol. 30, n.os 45-46, 2011, p.17-33.
- Pérez Vega, M. A., & Cibanal, L. J. (2016). Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1210-1218. <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>.
- PubMed. (s.f.). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Reynolds, F. (2006). How doctors cope with death. *Archives of disease in childhood*, 91(9), 727. <https://doi.org/10.1136/adsc.2005.092015>.
- Riotte, C. O., Kukora, S. K., Keefer, P. M., & Firn, J. I. (2018). Identifying the Types of Support Needed by Interprofessional Teams Providing Pediatric End-of-Life Care: A Thematic Analysis. *Journal of palliative medicine*, 21(4), 422–427. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0331>.
- Rodriguez-Marin, J., Pastor, M. A., & Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*, vol. 5, Suplemento, pp. 349-372.
- Rodriguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Perez, E., Álvarez, E., Coca, A., . . . Llorente, A. (2009). Burnout and Posttraumatic Stress in Paediatric Critical Care Personnel: Prediction From Resilience and Coping Styles. *Official journal of the Australian College of Critical Care Nurses*, 32(1), January 01, P46-53, <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.003>.
- Rother, T. E. (2007). Revisión Sistemática X Revisión Narrativa: Editorial. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo Apr./June 2007. 20(2),
- Sanchez-Reilly, S., Morrison, L. J., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., . . . Thomas, J. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *The journal of supportive oncology*, 11(2), 75–81. <https://doi.org/10.12788/j.suonc.0003>.

Sanchíz Fernandez, L. (2018). *Afrontamiento del Miedo a la Muerte* (Tesis Doctoral). *Universidad Complutense de Madrid, España*.

SciELO. (s.f.). *Sobre el Scielo*. Obtenido de <https://scielo.org/es/sobre-el-scielo/>

Selecky, P. A., Eliasson, C. A., Hall, R. I., Schneider, R. F., Varkey, B., McCaffree, D. R., & ACCP. (2005). Palliative and end-of-life care for patients with cardiopulmonary diseases: American College of Chest Physicians position statement. *Chest*, Nov;128(5):3599-610. doi: 10.1378/chest.128.5.3599. PMID: 16304319.

Sepúlveda-Vildósola, A. C., Romero-Guerra, A., & Jaramillo-Villanueva, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 2012;69(5):347-354.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The Development of Coping. . *Annual Review of Psychology*, 58(1), 119–144. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705 .

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. . *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216 .

Smith-Han, K., Martyn, H., Barrett, A., & Nicholson, H. (2016). That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die: Death as a learning experience for undergraduate medical students. *BMC medical education*, 16, 108. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0631-3>.

SOCHIMI. (2020). Prevalencia del síndrome de Burnout en personal sanitario de UCI durante la pandemia por SARS-CoV-2: 2da Encuesta nacional SOCHIMI. *Sociedad Chilena de Medicina Intensiva*.

Taboada R, P. (2000). El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioethica*, vol.6, n.1, pp.89-101. ISSN 1726-569X. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100007>.

- Trivate, T., Dennis, A. A., Sholl, S., & Wilkinson, T. (2019). Learning and coping through reflection: exploring patient death experiences of medical students. *BMC medical education*, 19(1), 451. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1871-9>.
- Villalba Nogales, J. (2015). Afrontamiento de la muerte de un niño: los cuidados pediátricos paliativos desde la Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 17(66), 171-183. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000300022>.
- Wilson, J. (2014). Ward staff experiences of patient death in an acute medical setting. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 1987, 28(37), 37–45. <https://doi.org/10.7748/ns.28.37.37.e7949>.
- Wright, E. (2015). Percepciones de la muerte y la espiritualidad cristiana-aymara entre los proveedores del cuidado a los adultos mayores en Putre. *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2281., https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2281.
- Zheng, R., Lee, S., & Bloomer, M. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e39–e49. <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>.
- Zillmer, J., & Díaz-Medina, B. (2018). Revisión Narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. *Journal of Nursing and Health*, 2018; 8(1).
- Zimmermann, C. (2012). Acceptance of dying: a discourse analysis of palliative care literature. *Social science & medicine (1982)*, 75(1), 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.047>.

Anexo I

Tabla de Artículos Revisados

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
Allie et al. (2018). <i>Bereavement Overload and Its Effects On, and Related Coping Mechanisms of Health Care Providers and Ward Administrators at National District Hospital in Bloemfontein, Free State.</i>	Sudáfrica	Investigar sobrecarga de Duelo, sus efectos, y mecanismos de afrontamiento asociados en personal médico de salud adulto.	45 profesionales de salud, incluidos doctores, enfermeros/as, estudiantes de último año y personal administrativo de sala, provenientes de 4 pabellones del Hospital Nacional de Distrito.	Estudio analítico transversal, a través de cuestionario mediante entrevista.	La mitad de los 45 participantes (48,9%) reportaron sobrecarga de duelo. Los estudiantes no reportaron sobrecarga de duelo. En contraste al 60% de enfermeros/as, 75% de personal administrativo, y 54% de doctores que manifestaron sobrecarga de duelo. 64% de los participantes recalzó sufrir fatiga de compasión. 62% señaló usar solo mecanismos de afrontamiento positivos. El uso de mecanismos negativos presento correlación directa con una mayor carrera laboral.
Becker et al. (2017). <i>Perceptions of dying well</i>	Estados Unidos	Identificar las percepciones de enfermeros/as practicantes en	49 enfermeros/as provenientes de 4 unidades	Cuestionario cualitativo.	Tres conceptos centrales emergieron de las definiciones de buen morir de los/as enfermeros/as:

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>and distressing death by acute care nurses.</i>		cuatro unidades hospitalarias para adultos, sobre sus acciones para proveer cuidados terminales de calidad a pacientes terminales, sus definiciones de buen morir; sus síntomas de estrés, y las acciones que aplican para aliviarse.	hospitalarias adultas.		apoyo emocional y espiritual para el paciente y su familia; control de la familia y paciente; y promoción de un ambiente pacífico. 8 categorías de acciones para promover el buen morir se identificaron, entre las que se encuentran promover un cuidado físico óptimo, demostrar cariño y compasión, y aportar dignidad en la muerte para el paciente y su familia, entre otras. Síntomas de entres y acciones de alivio también fueron indicadas por los/as enfermeros/as.
Chang W.P. (2018). <i>How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death.</i>	Taiwán	Explorar cómo el apoyo social impacta al personal de enfermería y su habilidad para afrontar la muerte en contexto clínico.	323 enfermeros/as respondieron efectivamente sus cuestionarios.	Death Coping Self-Efficacy Scale, y Social Support Scale.	El apoyo de supervisores y pares tiene un impacto positivo en el personal de enfermería para proveer cuidados terminales. Incluso, el suficiente apoyo de colegas puede ser una importante fuente de confort y alivio para los/as enfermeros/as, a la hora

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
					prepararse y afrontar la muerte de pacientes.
Cumplido Corbacho & Molina Venegas (2011). <i>Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos.</i>	España	Valorar los factores que se interrelacionan con el estrés profesional asociado a la atención continuada del dolor y la muerte entre el personal de enfermería de intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).	13 enfermeros/as y 5 auxiliares de enfermería.	Estudio descriptivo transversal, con técnicas cuantitativas y cualitativas. Cuestionario de datos sociodemográficos, Maslach Burnout Inventory (MBI) y relato extenso de una situación percibida como estresante en relación con la atención del dolor y la muerte.	La principal preocupación de los/as profesionales de UCI es la atención a la familia del/de la paciente en situación terminal, siempre difícil por el régimen de visitas restringido. La calidad de las relaciones interpersonales influye en la percepción del nivel de estrés de situaciones concretas.
Elder et al. (2019). <i>Emergency clinician</i>	Australia	Describir las percepciones de médicos emergencistas	241 doctores y enfermeros/as de dos hospitales	Estudio transversal descriptivo con cuestionario	La carga de trabajo aparece como un factor mayor a la hora de percibir el ambiente de trabajo, y como un

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>perceptions of occupational stressors and coping strategies: A multi-site study.</i>		sobre su ambiente laboral, estresores ocupacionales y estrategias de afrontamiento.	públicos australianos.	demográfico, y las escalas Working Environment Scale 10 (WES-10), Jalowiec Coping Scale (JCS) Part A, y Emergency Department Stressor Scale (EDSS).	estresor frecuente. Muerte o abuso sexual de un menor fue el estresor más alto, aunque también aparece como poco frecuente. Los estresores puntuaron de forma similar entre los diversos grupos de profesionales de salud, mientras que las formas de afrontamiento tendieron a variar.
Fairman et al. (2014). <i>What did I miss? A qualitative assessment of the impact of patient suicide on hospice clinical staff.</i>	California , Estados Unidos	Examinar el impacto personal y profesional del suicidio de pacientes entre profesionales de salud en cuidados de Hospicios (Hospice care), las estrategias de afrontamiento utilizadas, y las recomendaciones de apoyo para profesionales tras	186 profesionales de cuidados de hospicio: enfermeros/as, doctores, trabajadores sociales, consejeros/as espirituales, etc.	Encuesta online anónima de respuesta abierta, semi estructurada.	Los temas expuestos por los/as profesionales tras el suicidio de un paciente incluye: respuestas psicológicas como culpa, inseguridad, cambios en actitudes y prácticas profesionales como mayor atención a signos de suicidio. Los/as profesionales describen el uso de estrategias de afrontamiento grupales, debriefings, y practicas espirituales personales.

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
		el suicidio de un paciente.			Recomendaciones a futuro incluyen facilitar prácticas como el debriefing, consejería espiritual, permitir días libres, actividades de auto cuidado e intervenciones educativas.
Fernández-Aedo et al. (2017). <i>Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con</i>	País Vasco, España	Explorar las experiencias, emociones y estrategias de afrontamiento de los/as enfermeros/as y técnicos de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de resucitación con resultado de muerte.	7 técnicos en emergencias y 6 enfermeras seleccionados mediante muestreo no probabilístico.	Estudio de análisis de contenido cualitativo. Se realizaron entrevistas hasta saturación de la información. Se realizó un análisis de contenido de las entrevistas de forma manual e inductiva.	Tras una reanimación fallida afloran diversas reacciones a corto y a largo plazo. Pueden ser negativas, como la tristeza o la incertidumbre, o positivas, como la sensación de certeza con respecto a haber hecho todo lo posible por salvar la vida del/de la paciente. El estrés emocional aumenta a la hora de interactuar con la familia del fallecido o cuando el paciente es un niño, pero los/as profesionales no contemplan técnicas de afrontamiento más allá de compartir sus emociones con los compañeros de trabajo.

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>resultado de muerte.</i>					
Gálvez González et al. (2013). <i>Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras.</i>	España	Explorar las respuestas de afrontamiento que experimentan los/as enfermeros/as de cuidados intensivos ante la muerte del/de la paciente crítico.	16 profesionales de enfermería.	Estudio cualitativo fenomenológico o realizado a través de entrevistas en profundidad. Para el análisis de los datos se usó el esquema analítico de Taylor - Bogdan.	Las estrategias de afrontamiento identificadas se agruparon en estrategias primarias y estrategias secundarias. La aceptación y el distanciamiento son recursos de afrontamiento primarios, mientras que la búsqueda de apoyo social, la autoconfianza, la redefinición cognitiva, la generación de emociones positivas, la negación y la búsqueda de apoyo espiritual son recursos de afrontamiento secundarios.
García & Rivas Riveros (2013). <i>Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de</i>	Chile	Explorar la experiencia de enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátricos, en la muerte de un niño, en su significado o vivencia, duelo y	7 enfermeras.	Estudio cualitativo descriptivo, enfoque fenomenológico o, referente hermenéutico de Schütz. Muestra intencional de	La experiencia estresante develada en el estudio se manifiesta en sentimientos que impactan en la percepción, cognición y comportamiento. Como resultado coexisten posturas contrapuestas y evasivas, como la indiferencia que impide sufrir y la aprensión

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>un niño: Vivencias, Duelo, Aspectos Bioéticos.</i>		aspectos bioéticos.		siete participantes. Información recolectada mediante entrevista no estructurada.	que desgasta y agota. Se concluye con la necesidad de contar con formación que fortalezca mecanismos de autodefensa y herramientas para la contención e incrementar la formación en bioética.
Granek et al. (2017). <i>Experiences of Canadian oncologists with difficult patient deaths and coping strategies used.</i>	Canadá	Explorar e identificar la dificultad emocional para oncólogos frente a la muerte de pacientes, y cómo los doctores afrontan la muerte.	98 médicos oncólogos.	Encuesta Online que incluye un cuestionario demográfico, The Maslach Burnout Inventory, y The Hamilton Rating Scale para Depresión.	Sobre el 80% de los encuestados reportó que la edad del/de la paciente, relación de largo plazo con el paciente, o resultados inesperados de una enfermedad, entre otros, eran elementos que dificultaban la muerte de un paciente. Los oncólogos reportaron una variedad de estrategias para afrontar la muerte de un paciente. La más prevalente era apoyo entre colegas, y otras incluían apoyo social, meditación, deporte, fe, vacaciones, y el uso de alcohol y medicamentos.

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
Huang et al. (2016). <i>The Transformation Process in Nurses Caring for Dying Patients.</i>	Taiwán	Explorar el proceso transformativo de enfermeros/as a raíz del sufrimiento espiritual, tras la muerte de pacientes a su cuidado.	8 enfermeros/as del pabellón de cuidados paliativos.	Entrevista semi estructurada, con análisis reflexivo y enfoque fenomenológico.	El sufrimiento espiritual surge como el factor principal para inducir la transformación personal y profesional en los/as enfermeros/as. Un manejo emocional adecuado, dialogar con otras enfermeros/as, y la reflexión personal son acciones cruciales que los/as enfermeros/as pueden usar para cultivar el crecimiento personal.
Kpassagou & Soedje (2017). <i>Health practitioners' emotional reactions to caring for hospitalized children in Lomé, Togo: a qualitative study.</i>	Togo	Explorar malestar emocional y las estrategias de afrontamiento asociadas entre profesionales de salud en un pabellón de oncología pediátrica, en un hospital escuela en Lome, Togo.	21 profesionales de salud.	Estudio cualitativo transversal con entrevistas en profundidad, y observaciones en terreno.	En un contexto de extrema falta de recursos económicos, materiales y médicos, los/as profesionales de salud también sufren de una falta de recursos emocionales y psicológicos para hacer frente al adverso escenario al que se enfrentan. Frente a la alta tasa de mortalidad y la baja capacidad de tratamiento, los doctores sufren de angustia, ira, frustración e impotencia,

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
					ante la falta de control que sienten a diario. Muchos tienen una baja satisfacción laboral, y baja autoimagen como profesionales. Las estrategias de afrontamiento más frecuentes son evasión, normalización y aceptación de la muerte.
Mak et al. (2013). <i>Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting.</i>	Hong Kong, China	Este estudio apunta a explorar las experiencias de enfermeros/as en cuidado de pacientes moribundos, y sus familias, en los pabellones de cuidados intensivos.	15 enfermeros/as del pabellón de cuidados agudos.	Metodología cualitativa interpretativa, a través de muestreo selectivo.	Los/as enfermeros/as indicaron experimentar gran malestar mental y físico respecto de su rol de cuidadoras. Cuatro temáticas aparecen en los resultados: Falta de preparación para la muerte de pacientes; reflexión en torno a su rol de cuidadoras de pacientes terminales; reflexión en torno al significado de la muerte y sus propias experiencias; y afrontamiento ante el cuidado de pacientes terminales.
Orozco-González et al. (2013).	México	Identificar conocimientos y experiencias de	188 alumnos pertenecientes a 4°, 6° y 8°	Estudio transversal, descriptivo,	El 85% de los alumnos ha experimentado un proceso de muerte de un familiar o

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado.</i>		estudiantes de Licenciatura en Enfermería, sobre la muerte de pacientes hospitalizados.	semestre de enfermería (quienes tienen experiencia clínica).	exploratorio. Se diseñó un instrumento ex profeso para el levantamiento de datos, el cual fue validado por expertos mediante técnica Delphi.	amigo, y el 75% de un paciente (en la práctica hospitalaria). El 46% no se consideran preparados para vivir esta experiencia. El 37.7% considera que el personal de las instituciones no está preparado para "manejar" la muerte de los/as pacientes. Hay opiniones divididas sobre el temor hacia este fenómeno. Los alumnos comprenden qué es la tanatología y qué es el duelo, aunque no se sienten competentes en el tema.
Pérez Vega & Cibanal (2016). <i>Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal.</i>	México	Caracterizar cualitativamente el impacto psicosocial en enfermeras que prestan cuidados paliativos hospitalarios a pacientes en etapa final de la vida.	4 licenciadas en enfermería.	Estudio cualitativo, método fenomenológico, técnica entrevista en profundidad, análisis semiótico centrado en narrativas.	Impacto psicosocial asociado a múltiples factores: afrontamiento cultural de la muerte, divergencias entre actuación personal y profesional, contexto hospitalario, enfoque tanatológico ausente. Urgente generar líneas de acción que retomen estos hallazgos, lo que repercutiría en menor impacto psicosocial del personal de

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
					enfermería y ello en mejoras en desempeño hospitalario, calidad de atención y condición de pacientes.
Riotte et al. (2018). <i>Identifying the Types of Support Needed by Interprofessional Teams Providing Pediatric End-of-Life Care: A Thematic Analysis.</i>	Estados Unidos	Evaluar qué aspectos del ambiente laboral hospitalario son más beneficiosos para miembros de equipos de salud multidisciplinares, al cuidado de pacientes NNA terminales, e identificar áreas a mejorar para una mayor detección de las necesidades del personal.	Miembros de equipos multidisciplinarios presentes en la muerte de un menor en el hospital, 800 encuestas cerradas fueron recibidas, y otras 300 de respuestas libres.	Análisis cualitativo temático realista siguiendo la aproximación de Braun y Clarke, por medio de encuesta con preguntas cerradas y de respuesta libre.	El análisis temático de 306 encuestas de respuesta libre identificó tres temáticas centrales relacionadas con el apoyo. La necesidad de los equipos interprofesionales de recibir: 1) Apoyo a través de talleres educativos, 2) Apoyo de colegas, 3) y Apoyo Institucional.
Rodriguez-Rey et al. (2009). <i>Burnout and Posttraumatic Stress in Paediatric</i>	España	1.Explorar la prevalencia del síndrome de Burnout (BOS) y del trastorno de estrés postraumático	298 profesionales de salud en UPCI y 189 profesionales de salud pediatra	Estudio multicéntrico transversal, Brief Resilience Scale, Coping Strategies	56% de los/as profesionales UPCI reportaron Burnout en al menos una dimensión. 36% marcó sobre el porcentaje de corte para agotamiento emocional, 27% para despersonalización,

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>Critical Care Personnel: Prediction From Resilience and Coping Styles</i>		(PTSD) en personal de salud de una unidad pediátrica de cuidados intensivos (UPCI) en España, y comparar dichas tasas de prevalencia con unidades pediátricas normales. 2. Explorar cómo la resiliencia, estrategias de afrontamiento, y las variables profesionales y demográficas impactan en la prevalencia de BOS y PTSD.	en unidades no críticas.	Questionnaire for healthcare providers, the Maslach Burnout Inventory, y Trauma Screening Questionnaire.	20% para baja autorrealización, y 21% reportó PTSD. No se reportaron diferencias en puntajes BOS y PTSD entre personal UPCI y no UPCI. Índices más altos de BOS y PTSD aparecieron tras la muerte de un NNA y/o tras conflictos con pacientes y familiares, o colegas. Alrededor del 30% de la varianza de BOS y PTSD se predice por el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, y una ausencia de estrategias enfocadas en el problema.
Sepúlveda-Vildósola et al. (2012). <i>Estrategias de afrontamiento</i>	México	Identificar si existe una relación entre la depresión y la ansiedad y las estrategias de	112 estudiantes de medicina, residentes de un hospital de pediatría.	Encuesta de datos Sociodemográficos, Inventarios de Depresión,	Se identificó depresión en 39.6% participantes, ansiedad en 25.6% y ambas coexistieron en 21.4%. Se encontró asociación entre la ansiedad y el tipo y grado de

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel.</i>		afrentamiento empleadas por los médicos residentes.		Ansiedad, y de Estrategias de Afrontamiento de Beck.	la residencia. Dos de las subescalas de afrontamiento pasivas se asociaron con depresión y tres de ellas con ansiedad. La presencia de síntomas depresivos y ansiosos es frecuente entre los residentes. Las estrategias de afrontamiento más empleadas son de predominio mixto. El empleo de estrategias de afrontamiento pasivas se asocia con la depresión y ansiedad.
Smith-Han et al. (2016) <i>That's Not What You Expect to Do as a Doctor, You Know, You Don't Expect Your Patients to Die." Death as a Learning Experience for</i>	Nueva Zelanda	Examinar la respuesta de estudiantes de medicina expuestos personalmente a la muerte de un paciente.	10 estudiantes de medicina, a lo largo de los tres años de internado.	Estudio longitudinal, entrevistas semi estructuradas, análisis de teoría fundamentada.	Se derivaron tres temáticas principales desde el análisis: 1) La reacción de estudiantes a la muerte, y sus medios de afrontamiento. 2) Cambios en las percepciones sobre el rol del doctor, la práctica médica, y la identidad personal. 3) Ambiente profesional, roles y responsabilidades.

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>Undergraduate Medical Students.</i>					
Trivate et al. (2019). <i>Learning and Coping Through Reflection: Exploring Patient Death Experiences of Medical Students.</i>	Reino Unido	Preguntas de investigación: 1) ¿Cómo los estudiantes de medicina afrontan y aprenden de sus experiencias? 2) ¿Cómo el apoyo del personal médico y de la facultad de medicina les ayuda a afrontar y aprender de sus experiencias? 3) ¿Cómo los estudiantes pueden ser apoyados de mejor forma tras la muerte de un paciente?	12 estudiantes de medicina.	Cuestionario narrativo online, Análisis temático y análisis narrativo complementario.	Estrategias internas reportadas incluyeron: Reinterpretación de la muerte de forma significativa; normalización; mantenerse ocupado; aguantar las emociones negativas. Estrategias externas incluyeron hablar con alguien. Se identificó apoyo satisfactorio e insatisfactorio por parte del personal. Los estudiantes sugirieron que el apoyo debiese ser estructural, activo, sensible, e incluir a pares y cercanos.
Wilson (2014). <i>Ward staff</i>	Reino Unido	Explorar cómo el personal de sala, incluidos	13 profesionales de salud de dos pabellones de	Encuesta abierta, con aproximación	Se identificaron tres temáticas principales: Respuestas; Influencias; y

Artículo	País	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>experiences of patient death in an acute medical setting.</i>		enfermeros/as y trabajadores de apoyo, experimentan la muerte de pacientes en una unidad médica de cuidados agudos.	cuidados agudos.	fenomenológica.	Apoyo. Los participantes a menudo experimentaron dolor y duelo tras la muerte de un paciente, y los efectos sobre el personal de sala no eran siempre reconocidos por las administraciones.
Zheng et al. (2018). <i>How nurses cope with patient death: a systematic review and qualitative meta-synthesis.</i>	Australia	Revisar la literatura sobre estrategias de afrontamiento de enfermeros/as frente a la muerte de pacientes	10 bases de datos y 16 estudios incluidos.	Revisión sistemática exhaustiva y metaanálisis cualitativo.	Se rescataron 10 categorías desde los 16 estudios incluidos, y se sintetizaron dos categorías finales: Recursos intrínsecos; y recursos extrínsecos. Los recursos intrínsecos consisten en fijar límites, reflexión, llorar, creencias sobre la muerte, experiencias personales y laborales, rutinas diarias y actividades de distracción. Los recursos extrínsecos incluyen en hablar y ser escuchado, prácticas espirituales, educación y programas, y debriefing.

