



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Experiencias de trabajo con la situación de muerte de pacientes por COVID-19 en hospitales chilenos

Memoria para optar al título de psicóloga/o

Autores: Pascale Bonnefoy De Sasia

Joaquín Elorza Arce

Profesor Guía: Danilo Sanhueza Órdenes

Profesor Patrocinante: Roberto Aceituno Morales

Santiago de Chile, abril del 2022

Resumen

Desde inicios del año 2020, la pandemia de COVID-19 ha enfrentado al mundo con una de las peores emergencias sanitarias del último siglo, ocasionando la saturación de los sistemas de salud, altas tasas de mortalidad y significativas restricciones sobre el encuentro entre las personas. En este contexto, que puso en tensión al saber de la medicina y a los Estados ante el desconocimiento de la enfermedad y la insuficiencia de recursos, el personal de salud encarnó la respuesta institucional que atendió la enfermedad y la muerte en circunstancias excepcionales.

La presente investigación buscó conocer la experiencia de trabajadores de la salud de hospitales públicos chilenos en el trabajo con la situación de muerte de pacientes por COVID-19 a partir de una perspectiva cualitativa, que integró conceptos psicoanalíticos en torno a la muerte y su subjetivación, desde donde se interrogaron dimensiones socioculturales, institucionales y psíquicas.

Desde una aproximación exploratoria, el análisis de las entrevistas realizadas a cuatro trabajadores de la salud dio cuenta de los conflictos presentes en sus labores a propósito de decisiones éticamente complejas, el impedimento del acompañamiento de los pacientes por parte de sus cercanos y una alteración profunda en la realización de los ritos fúnebres. A partir de esto, los entrevistados pusieron de relieve un horizonte ético en la atención de pacientes, y, particularmente, en la situación de sus muertes. Otro hallazgo se relacionó con la integración de una perspectiva política en la constatación de condiciones que volvían indignos los fallecimientos a propósito de las disposiciones gubernamentales y estructurales del sistema de salud.

Por último, se señaló que, si bien los resultados se sitúan en un contexto de excepcionalidad, los resultados resultan relevantes para pensar las consecuencias de los problemas del sistema de salud chileno sobre la subjetividad del personal y sobre el trato digno hacia los usuarios.

Agradecimientos

A nuestras familias, por todo el apoyo que nos brindaron durante este proceso.

A nuestras/os amigas/os, por sus consejos y palabras de aliento para vivir de manera más tranquila el desafío que implicó escribir este trabajo.

Al profesor Danilo Sanhueza, por su gran disposición a escucharnos y acompañarnos durante todas las etapas de este proyecto.

Índice:

Introducción	4
Presentación del problema	4
Relevancia	9
Objetivos	10
Marco Teórico	11
1. Contexto e impactos de la pandemia	11
Impactos subjetivos	11
Atención en pandemia y trabajadores de la salud	12
Pandemia en Chile	14
Sistema de público de salud en Chile	16
La pandemia al interior de los hospitales públicos chilenos	17
2. Impactos y subjetivación de la muerte	19
3. Muerte en hospitales	23
Experiencias de trabajadores de la salud en el trato con la muerte	26
Efectos de la pandemia sobre las condiciones para su elaboración	28
Marco Metodológico	29
Enfoque investigativo	29
Diseño de la investigación	29
Resultados	33
Análisis Intracaso Alejandra	33
Análisis Intracaso Bruno	36
Análisis Intracaso Carmen	39
Análisis Intracaso Damián	41
Análisis Intercaso	44
I. Experiencia de trabajo en pandemia	44
II. Experiencia de trabajo con la situación de muerte	46
1.1. Experiencia del trabajo clínico	46
Discusión	51
1. Trabajo con la muerte del otro	51
2. Dejar morir	53
3. Reconocimiento de lo humano	56
4. Fronteras hospitalarias y desconfianza	60
5. Creación de la posibilidad de encuentro y palabra	63
Conclusiones	66
Referencias	71
Anexos:	82
1. Pauta de entrevistas	82
2. Consentimiento informado	84

Introducción

Presentación del problema

Desde principios del año 2020, la pandemia de COVID-19 involucró un cambio radical en las condiciones de vida de las personas. El virus mostró altas tasas de contagio, y manifestaciones que han implicado serias amenazas para la salud y la vida. A su vez, el mundo de la medicina se ha enfrentado a la enfermedad desde una falta de saber, sin los conocimientos necesarios acerca de los posibles tratamientos y cura.

Este periodo ha supuesto relevantes impactos subjetivos, puesto que ha enfrentado a las personas con el riesgo real e hiperpresente de la enfermedad y la muerte, tanto de sí mismas como la de otros. Asimismo, las medidas adoptadas por el Estado con el objetivo de reducir su propagación implicaron importantes restricciones al desplazamiento y al encuentro con otros, impidiendo en muchos casos la participación en ritos y otras instancias sociales que sirven de apoyo ante acontecimientos complejos como la muerte.

Tales impedimentos no se restringieron a la realización de ritos fúnebres, sino también al acompañamiento presencial de familiares de los enfermos en los hospitales durante sus últimos días de vida, lo cual redundó en que sean los trabajadores de la salud quienes medien en este contacto, quedando implicados en el acompañamiento y testimonio de las muertes.

Con el fin de permitir un acercamiento entre familiares y pacientes en situación de aislamiento se han puesto en práctica instancias virtuales, como llamadas o videollamadas. Además, se ha considerado la importancia del resguardo de registros sobre el paciente y del cuidado en la forma de comunicación del fallecimiento (Lacasta-Reverte et al., 2020; Ministerio de Salud, 2020).

El trabajo del personal de salud en relación con la situación de muerte de pacientes hospitalizados se ha producido en un contexto de sobrecarga laboral, puesto que, en Chile, la ocupación de camas ha llegado al 300% con ocasión de la pandemia, y los turnos laborales se han extendido considerablemente (Colegio Médico de Chile [COLMED], 2021), mientras que la atención de salud de los pacientes ha enfrentado al personal con el miedo a contagiarse y al de contagiar a sus cercanos.

Estudios de diferentes países coinciden en señalar que las nuevas demandas sobre los sistemas de salud generadas por la pandemia han provocado importantes perjuicios sobre la salud mental de los trabajadores (Erquicia, et al., 2020; Mira, et al., 2020; Simione y Gnagnarella, 2020). En Chile, se estima que más de la mitad de ellos presentarían

significativos problemas de esta índole asociados al trabajo en pandemia (Alvarado y Tapia, 2020).

La rapidez y sorpresividad del agravamiento de los pacientes afectados, presenciar la agonía y el sufrimiento sin disponer de una cura, como también el temor al contagio y la preocupación por la soledad de los enfermos son algunas de las particularidades de la COVID-19 que han enfrentado al personal de salud con altos montos de angustia (Kreh et al., 2021; Galehdar, Kamran, Toulabi y Heydari, 2020). En este contexto, la imagen de la muerte se ha teñido de una sensación de crueldad ante una técnica médica que se ha visto sobrepasada (Passos et al., 2020).

A propósito de estas condiciones de atención, han surgido importantes cargas éticas en el quehacer de los trabajadores, cuya complejidad se ha visto acrecentada por la escasez de recursos para hacer frente a la elevada y simultánea demanda de cuidado (Arévalo-Leal, et al., 2020).

Según declaraciones de médicos chilenos, tener que priorizar la atención de uno u otro paciente según sus posibilidades de vida, así como acompañar en un buen morir cuando los esfuerzos médicos resultan insuficientes, fue de las situaciones más complejas que han enfrentado. A esto se ha sumado que comunicar la muerte mediante una llamada telefónica ha supuesto la impresión de una falta de acompañamiento a los familiares ante la obstaculización de la realización de ritos de despedida (COLMED, 2020).

En este sentido, las características que han marcado la muerte hospitalaria en la pandemia ha enfrentado a los trabajadores con diferentes conflictos que derivan de su posición institucional y su función de enlace entre los pacientes y sus cercanos.

En síntesis, la experiencia de los trabajadores de la salud entra en relación con ciertas condiciones de subjetivación y relato de lo que se ve implicado al momento del fallecimiento de los pacientes sujetos a cuidado hospitalario, en un contexto en el cual el personal se ha visto expuesto a condiciones de trabajo que han tensionado su quehacer profesional.

Para pensar la relación de los sujetos con la muerte es necesario considerar la irrepresentabilidad de aquella en el inconsciente (Freud, 1915), la cual va a determinar su curso psíquico, marcado, a su vez, por los lugares para la subjetivación que encuentra en la cultura. Ante la muerte de un ser querido, este proceso requiere del despliegue de ciertos soportes simbólicos que sirvan de borde para este acontecimiento, donde los ritos fúnebres tienen centralidad (Lacan, 2015).

En tal sentido, la necesidad de circunscribir la muerte da lugar a las diversas formas en que la cultura entrega al sujeto condiciones que configuran una determinada experiencia y representación en torno a ella.

Sobre los lugares sociales para la muerte, se han descrito ciertas actitudes hacia ella a propósito de su irrepresentabilidad, desde donde Freud (1915) sitúa la ilusión de su contingencia, que la niega como el necesario fin de la vida. Sin embargo, frente a la acumulación de los fallecimientos durante la guerra, el autor plantea que la relación cultural con la muerte choca con la realidad, perturbando la experiencia de los sujetos (Freud, 1915).

Se puede pensar, en relación con esto, el lugar que tienen ciertos acontecimientos históricos, como lo es también la pandemia, sobre la inscripción psíquica y social de la muerte tal como ha sido comprendida desde el psicoanálisis.

Considerando la ilusión antes referida, Elias (1987) sitúa un ocultamiento de la muerte a través de la historia de la humanidad, a propósito de fantasías personales y colectivas, que dan cuenta de formas epocales del trato con esta, precisando que, a partir del empuje civilizatorio, la muerte queda relegada a lo privado y al aislamiento en las rutinas institucionalizadas de los hospitales. Allí, indica que la pérdida de espacios para lo ritual habría influido sobre la posibilidad de afectación por la muerte de los otros (Elias, 1987).

Por otra parte, se ha señalado que la pérdida del control de la situación por parte del enfermo y de los familiares bajo la forma hospitalaria de la muerte se relacionaría con su deshumanización a propósito de la obstinación terapéutica practicada para salvar vidas, por sobre la atención a la subjetividad de los usuarios (Fernández, 2003).

En relación con la experiencia del personal de salud, Zamora y Manero (2020) muestran que ante la demanda de cura en situaciones en que no hay tratamiento posible, tiene lugar una negación de la muerte, donde la persona es tomada en tanto objeto de la técnica, lo cual dificultaría el acompañamiento y provocaría conflictos éticos, agotamiento y malestar en los trabajadores.

De este modo, en tanto se constituye como el objeto fallido de la medicina, la muerte tendría un lugar conflictivo en la institución hospitalaria. Esto implicaría una desubjetivación que recae no solo sobre los usuarios, sino también sobre los propios trabajadores de la salud, quienes, a través del empleo de sus técnicas quedan confrontados a situaciones que, ante una significación insuficiente de la muerte, resultan ser fuentes de malestar (Zamora y Manero, 2020).

En este marco, cabe preguntarse si esta relación del personal de salud con la muerte está tan marcada por la lógica médica que plantea Elias o si, en cambio, el malestar que emerge de la referida práctica médica frente a ella en los hospitales da cuenta de conflictos psíquicos entre las exigencias institucionales, por una parte, y las consideraciones de lo subjetivo implicado.

A ese respecto, se ha planteado que una identificación con el ideal de saber de la medicina tendría costos psíquicos para los trabajadores de la salud en aquellas situaciones en que la falla terapéutica implica la muerte. El malestar, en ese caso, tendría relación, por una parte, con la puesta en entredicho de fantasías de omnipotencia (Albarracín, 2019) y, por otra, con una fuerte exigencia represora de ciertas expresiones emocionales (Menzies, 1960). A su vez, algunos autores han señalado que otros elementos identificatorios plantearían la exigencia de manifestar empatía con el dolor de los usuarios (Vega y Cibanal, 2019; Lopera, 2017).

Acercas de esta materia, algunos estudios han analizado las maneras en que el funcionamiento y la organización hospitalaria institucionalizan ciertos mecanismos de defensa para hacer frente a la ansiedad (Menzies, 1960; Skogstad, 1997; Holman, Meyer y Davenhill, 2006; Scanlan, 2016), precisando que, a partir del trabajo con la enfermedad, la muerte y la agonía, se emprenderían intentos de tramitación frente a la culpa e impotencia en la relación de cuidado a otro. Esto tendría efectos tanto en el trato con pacientes y familiares, como en los malestares de los trabajadores de la salud, entre los cuales se han identificado dificultades en la implicación, reflexión y gratificación en el trabajo con la enfermedad y la muerte (Menzies, 1960).

Por otra parte, además del lugar institucional de la medicina respecto de la muerte, se han señalado los efectos que las condiciones materiales de los centros de salud tienen sobre la experiencia de atención.

Así, en Chile se ha estudiado la manera en que la precariedad de los hospitales del sistema público acrecentaría la cosificación como también la desprotección del otro, situaciones que, a su vez, darían lugar a un distanciamiento defensivo de los trabajadores respecto del sufrimiento de los pacientes, que se asocia a vivencias de malestar del personal al verse envuelto en este ciclo de violencia (Sanfuentes, Cervellino, Garrido, Ugarte y Vodanovic, 2013).

Las situaciones expuestas adquirieron caracteres de mayor agudeza al situarse en el contexto de la pandemia, en tanto representó un periodo de crisis en el cual tanto el

fracaso terapéutico como las condiciones de precariedad se acrecentaron, en tanto que la implicación subjetiva y sufrimiento del personal de salud se complejizó.

Para situar el problema en la pandemia de COVID-19, resulta necesario considerar los impactos que esta ha tenido debido a la frecuencia y soledad de los fallecimientos, así como la incertidumbre sobre la posibilidad de tratamiento. En este contexto, se configuró una situación en la que, por un lado, la muerte se encuentra hiperpresente y, a la vez, resulta anonimizada y desplazada a una cifra de la administración sanitaria (Sánchez, 2020).

De este modo, la exclusión de la muerte del ámbito de lo cotidiano mediante su ocultamiento como hecho médico en el hospital se ha vuelto aún más sobresaliente (Lo Bianco y Costa-Moura, 2020), abriendo la pregunta por la experiencia de quienes se han enfrentado a trabajar con ella en su cotidiano, al complejizarse las dimensiones laborales, institucionales y éticas de su trabajo.

En este sentido, se puede plantear que el conflicto entre las disposiciones de la institución médica a propósito de la tecnificación de la muerte, y aquellas ligadas a la subjetivación de la pérdida, se ve agudizado cuando las condiciones de aislamiento se acentúan y la implicación del personal toma un lugar particular durante el proceso de muerte (Passos et al., 2020).

En el actual escenario, los fallecimientos sin testigos, el alejamiento de los familiares respecto a los procedimientos a los cuales son sometidos los pacientes, sumado a una gestión pública que reúne los decesos en cifras anónimas, supondrían el riesgo de acrecentar las afectaciones psíquicas por la pérdida de una persona (Sánchez, 2020).

La experiencia de muertes masivas de personas cuyo deceso puede ser absorbido por la categoría "COVID" (Rousseaux, 2020), pone de relevancia la necesidad de pensar en la vivencia de los trabajadores de la salud en tal contexto, cuando su labor supone, además, conflictos y malestar vinculados con las exigencias y las condiciones institucionales a las cuales se encuentra sometido su trabajo.

Por ello, adquiere importancia pensar en el cruce y tensiones que lo social, lo médico y la gestión pública de salud han implicado en la experiencia del trabajo con la muerte en la pandemia para los trabajadores de la salud.

De este modo, la pregunta que guía esta investigación es: ¿Cómo experimentaron los trabajadores de la salud de hospitales públicos chilenos el trabajo con la situación de la muerte de pacientes por COVID-19 durante la pandemia?

Relevancia

Este estudio busca explorar elementos que aporten a una reflexión sobre cómo las condiciones institucionales de la atención tienen implicancias en el malestar del personal de salud, y sobre la forma en que estos trabajadores subjetivan el trabajo realizado en el contexto particularmente complejo configurado a partir de la pandemia de COVID-19.

Emprender esta investigación se vuelve relevante en tanto estos materiales podrían ser de utilidad para pensar desde las políticas públicas posibilidades del mejoramiento de los contextos de trabajo en los servicios de salud, desde una perspectiva que incluya la subjetividad de los trabajadores en las instituciones estatales. También, esta aproximación exploratoria podría servir para el desarrollo de futuras investigaciones, que profundicen algunos de los temas abordados o amplíen el estudio abarcando otras experiencias, profesiones o labores en el trato con los pacientes, considerando sus impactos sobre la salud mental del personal.

Por otro lado, se hace presente que la experiencia subjetiva del personal de salud adquiere importancia como parte de las dimensiones de la práctica médica que podrían incidir en el establecimiento de ciertas condiciones para darle lugar a las pérdidas, especialmente en una situación de crisis, que pone en juego una dimensión del lazo social.

Asimismo, indagar en torno a esta problemática se vuelve relevante en la medida que considera el lugar que pueden ocupar las instituciones públicas en el sostenimiento de una función social durante una crisis sanitaria, ya sea en el manejo técnico-clínico de la enfermedad, o en el ámbito político-administrativo, como ocurre con la decisión acerca de cómo se califican, certifican y registran los fallecimientos, como también en el contacto que se establece con los familiares de los enfermos y el lugar que se otorga a los rituales.

Enseguida, a propósito de las disposiciones administrativas y las condiciones precarizadas de atención, resulta relevante que este estudio considere la especificidad de las realidades chilenas, pues las características particulares de su sistema público de salud tienen un importante impacto tanto sobre los trabajadores como los usuarios, y también sobre las dimensiones éticas de las prácticas asociadas a la situación de muerte.

Por otra parte, las experiencias de trabajo con la muerte en Chile no se han estudiado en profundidad durante la pandemia, y, si bien existen investigaciones previas (Espinoza, Luengo y Sanhueza, 2016), estas, se han basado en la aplicación de cuestionarios estandarizados, método que no logra proporcionar una comprensión que considere la complejidad y elementos de contexto.

A propósito de esto, se ha estimado importante investigar desde una perspectiva cualitativa, en diálogo con un enfoque psicoanalítico, en tanto tales miradas permitirían explorar y conocer, a partir del discurso de los sujetos, aquellos elementos que emergen de la situación de muerte y analizarlos en consideración de los cruces e interferencias que pueden tener lugar, a propósito de dimensiones subjetivas, institucionales y culturales de la práctica en salud, por una parte, y de la muerte, por otra. Teniendo en cuenta lo expuesto, la investigación resulta novedosa en tanto no se encontraron trabajos realizados durante la pandemia sobre esta temática que integren este enfoque.

Objetivos

En concordancia con lo hasta aquí expuesto, los objetivos de la investigación se desglosan de la siguiente manera:

Objetivo general:

Conocer la experiencia de trabajadores de la salud de hospitales públicos chilenos en el trabajo con la situación de muerte de pacientes por COVID-19 durante la pandemia.

Objetivos específicos:

1. Describir las condiciones y organización hospitalaria durante la pandemia, en relación con el trabajo con la situación de muerte de pacientes.
2. Analizar las condiciones y organización hospitalaria durante la pandemia, en relación con el trabajo con la situación de muerte de pacientes.
3. Identificar las prácticas y significaciones de los trabajadores de la salud sobre la enfermedad y la muerte, que emergen en relación con la situación de la muerte de pacientes por COVID-19.
4. Analizar las prácticas y significaciones de los trabajadores de la salud sobre la enfermedad y la muerte, que emergen en relación con la situación de la muerte de pacientes por COVID-19.
5. Reflexionar acerca de la implicación subjetiva de los trabajadores de la salud en el contacto con pacientes y familiares a propósito de la situación de muerte por COVID-19.

Marco Teórico

1. Contexto e impactos de la pandemia

Impactos subjetivos

Varios autores coinciden en señalar a la pandemia, en cuanto conllevó la aparición masiva de la enfermedad y la muerte en el cotidiano, como un golpe radical de realidad que habría dificultado la posibilidad de representar y nombrar lo vivido (Khouri, 2020). Siguiendo a Dubreuil (2020), ante la angustia de muerte real, el fallecimiento de cercanos y la acumulación de pérdidas, este escenario irrumpe sobre la continuidad de la experiencia, afectando la forma de tramitar las ansiedades e incertidumbres del presente.

Esta discontinuidad, que ha transformado bruscamente las formas de vivir y de relacionarse con el mundo y los otros, puede considerarse en el orden de la catástrofe, puesto que implica la pérdida de ciertos soportes que forman parte de la experiencia y que tendría efectos sobre esta. Por ello, la pandemia supondría un momento histórico de vulnerabilidad que propiciaría el surgimiento de situaciones que se pueden experimentar de manera traumática (Verztman y Romão, 2020).

Conforme con lo trabajado por Davoine (2021), este periodo ha puesto en tensión la posibilidad de inscribir los sucesos en una dimensión temporal, de forma que lo catastrófico supone no solo situarse frente a la muerte como suceso real, sino también ante zonas en que las palabras pueden no tener lugar para circular e inscribir esta experiencia en la historia.

Para Blackman (2020), quienes han sufrido el fallecimiento de un familiar han vivido un acontecimiento traumático al enfrentarse a una angustia real por las características particulares de la situación de muerte en este contexto. Sin embargo, cabría preguntarse por las condiciones que se encuentran a la base para que estos sucesos puedan tener como efecto el trauma. Verztman y Romão (2020), plantean que lo que condiciona que un acontecimiento devenga o no trauma en una situación de catástrofe, como la pandemia, sería la relación al otro, en tanto falle o acompañe al sujeto en su sufrimiento.

Dicha perspectiva se encuentra en la línea de lo planteado por Kaës (1991) cuando señala que lo traumático tiene lugar cuando son insuficientes los modos de hacer con aquello de difícil inscripción, a propósito de las fracturas que en la relación del sujeto con el conjunto social dificultan la contención y la elaboración de la experiencia en el encuentro con los otros.

En tal sentido, la posibilidad de contar con espacios de elaboración donde se pueda crear una barrera frente a la angustia, a través de la puesta en pensamiento y palabra de lo que acontece (Khouri, 2020) sería fundamental para evitar que aquello disruptivo pueda devenir traumático (Fainstein, 2020).

Ahora bien, durante la pandemia el encuentro con otros se ha visto dificultado por involucrar el riesgo de enfermar, de manera que la distancia aparece como medida de protección del cuerpo y enfrenta a los sujetos, de manera inesperada, a tener que crear nuevas formas de encuentro (Viñar, 2020), entre estas, la de lugares en donde la experiencia ante la muerte pueda ser simbolizada (Davoine, 2021).

Lo anterior se torna importante al momento de pensar que los protocolos sanitarios han limitado significativamente el contacto con las personas enfermas en sus últimos momentos de vida, como también la realización de ritos fúnebres de la manera en que se acostumbraba.

En este marco, los trabajadores de la salud han sido quienes han estado presentes con los pacientes hospitalizados -quienes se encuentran en aislamiento y soledad, en algunos casos prolongada hasta el momento de fallecer-, y los ha enfrentado cotidianamente a la muerte y al sufrimiento por la enfermedad, en situaciones en que las cargas laborales y éticas se han complejizado, tanto por los impactos subjetivos como por la falta de recursos materiales para hacer frente a las circunstancias (Khouri, 2020).

Atención en pandemia y trabajadores de la salud

La pandemia ha provocado cambios significativos en las demandas de atención médica y en la organización del trabajo hospitalario, modificando la relación del personal de salud con sus labores y, desatando importantes impactos sobre su salud mental.

Dichos impactos se han asociado al uso de elementos de protección personal (EPP) que generan incomodidad y distancia, como también al aislamiento en áreas específicas para pacientes con COVID-19, una actitud hipervigilante para evitar contagios y la separación de sus cercanos ante el temor a contagiarlos (Muñoz-Fernández, Molina-Valdespino, Ochoa-Palacios, Sánchez-Guerrero y Esquivel-Acevedo, 2020).

Asimismo, se ha vinculado a la falta de conocimientos sobre la enfermedad y la incerteza acerca de su evolución, de manera que su manejo y la mortalidad que acarrea habría ocasionado una sensación de impotencia, incertidumbre y frustración, además de un importante desgaste (Muñoz-Fernández, et al., 2020), como el ocurrido por tener que

aprender sobre la marcha a utilizar equipos y a realizar procedimientos invasivos que no acostumbraban a llevar a cabo (Lesley, 2021).

Además, se ha considerado como fuente de angustia la insuficiencia del equipamiento médico para atender pacientes críticos (Teixeira et al., 2020), a causa de la alta demanda simultánea mundial de tales recursos (Arévalo-Leal et al., 2020), escasez que ha puesto al personal de salud ante situaciones éticamente complejas, como determinar la asignación de recursos entre pacientes con necesidades similares (Kreh et al., 2021).

En atención a las situaciones expuestas, Lesley (2021) señala que los trabajadores se han enfrentado a una práctica fuera de los estándares que de ordinario guían sus labores, por lo que la ambigüedad sobre el estatuto moral de sus acciones y decisiones se presentaría como causa de malestar, especialmente cuando los pacientes quedan sin posibilidad de tratamiento. En consideración de aquello, se ha puesto énfasis en que tales decisiones sean tomadas siguiendo lineamientos éticos institucionales (Arévalo-Leal et al., 2020).

Por otra parte, el referido malestar asociado a la muerte de los pacientes se vinculó con que los protocolos sanitarios han limitado el acompañamiento de familiares a los enfermos contagiados, así como las despedidas, a partir de lo cual las familias cuentan con menor conocimiento sobre la atención que reciben en sus últimos días de vida, despertando interrogantes sobre el periodo en que el paciente se encontró aislado (Chochinov, Bolton y Sareen, 2020).

En este contexto, uno de los escenarios más complejos para los trabajadores de la salud han sido los fallecimientos: se ha documentado que el contacto con la muerte y el sufrimiento en la atención de pacientes con COVID-19 tendría impactos significativos en su salud mental (Moreno-Jiménez et al., 2021; Orru et al. 2021) y, en esa línea, Mosheva et al. (2021) plantean que ser testigo de la muerte de un paciente constituye un factor de riesgo particular para quienes tratan directamente en unidades de atención de COVID-19.

En el acercamiento que realizó Davoine (2021) a trabajadores de la salud en pandemia, da cuenta del terror y de una sensación de incapacidad que experimentaban por las muertes ante el colapso de la atención en los hospitales y la soledad que en ellos se vivía. A propósito de esto, señala que en situaciones donde se pone en juego un enfrentamiento entre la vida y la muerte, tiene una importancia central la posibilidad de acompañar apelando a la afectación e involucramiento subjetivo, en un contexto en que la experiencia del otro corre el peligro de quedar sin inscripción y, en este sentido muestra

cómo entre el personal aparecieron prácticas que dan cuenta de estas disposiciones ante la lejanía y la muerte.

Entre tales prácticas, se encontró que los trabajadores de la salud hablaban con los enfermos y familiares más allá de sus funciones médicas y que en algunos casos, escribían sobre la relación que tuvieron con el paciente para transmitir a la familia un testimonio sobre sus últimos días, tiempo que, sin esas palabras, podría perderse en aquella zona de muerte (Davoine, 2021). La autora también muestra que en el personal de salud causaba una considerable afectación que la familia no pudiese realizar ritos fúnebres luego del fallecimiento de sus pacientes, ante lo cual se volvió importante pensar en crear condiciones de proximidad que permitieran simbolizar aquello que ocurría (Davoine, 2021).

Lo anterior da cuenta de que en este contexto los trabajadores de la salud se encontraban no solo presentes en un espacio enfrentado al hecho de la muerte biológica, sino que implicados en aquello de los acontecimientos que resultaba subjetivamente mortífero.

Señalado lo anterior, cabe destacar que algunos centros de salud han buscado implementar dispositivos que permitan un acercamiento entre los enfermos y sus familiares o personas relevantes mediante llamadas y videollamadas. En situaciones donde se anticipó la muerte, estos encuentros virtuales se utilizaron para posibilitar despedidas y rituales, en un intento de atenuar los impactos del duelo en tales condiciones. Así también, se ha buscado que la ejecución de los trámites burocráticos permita realizar los registros y contactos necesarios para mantener una buena comunicación con las familias (Lacasta-Reverte et al., 2020).

Pandemia en Chile

El virus llegó al país a principios de marzo del 2020, tras lo cual se produjo un aumento exponencial de los contagios (Canals et al., 2020). Durante los primeros días las medidas implementadas se centraron en el aislamiento de los casos y seguimiento de contactos, junto a la promoción de medidas de higiene y distanciamiento social. Luego, se introdujeron una serie de limitaciones al libre desplazamiento y la reunión de las personas, y cuarentenas dinámicas que intensificaron dichas restricciones (Canals et al., 2020).

Estas estrategias no lograron contener la propagación y sus impactos y, tras una relajación de las medidas señaladas se registró un aumento de casos atribuido a brotes en áreas más pobres y densamente pobladas (Canals et al., 2020), y a pesar de la posterior implementación de cuarentenas más extensas, los contagios continuaron creciendo hasta

mediados de junio, periodo durante el cual se mantuvo una alta ocupación de camas UCI, sobre un 89% a nivel nacional, y 95% en la Región Metropolitana, situación agravada por el alza en la mortalidad (Canals et al., 2020).

Durante el fin del invierno, se observó una reducción de los casos, de la mano de la implementación de una serie de medidas que se adoptaban en función del avance o retroceso de los contagios, hasta el registro de una “segunda ola”, a partir de diciembre, cuya desaceleración no se registró hasta julio del 2021, la cual se ha relacionado con una eficaz campaña de vacunación (Bárcena y Etienne, 2021).

Sin embargo, el balance sobre la respuesta estatal ha estado marcado por críticas, relativas a su contundencia para contener la propagación de la enfermedad y sus efectos sobre las personas. Incluso, para algunos, los indicadores de contagios y muertes durante el primer año de pandemia dan la impresión de una situación fuera de control y desbordada (Lefio, Berlagosky y Espinoza, 2020; Canales, 2020; Anigstein et al., 2021).

Las estrategias adoptadas tuvieron un énfasis en lo paliativo por sobre lo preventivo, donde se asumieron los contagios y la mortalidad de la población como parte de los costos de mantener cierto funcionamiento de la economía nacional. De esto se da cuenta, por ejemplo, a partir de los dichos del exministro de salud Jaime Mañalich, quién señaló que desde el gobierno debían ‘administrar’ la pandemia, haciendo referencia a una necesaria continuidad de los contagios por la movilidad de la población como motivo para oponerse a los confinamientos, pese a las recomendaciones de sus asesores (Silva, 2020; Miranda, 2020).

A su vez, esta lógica tras las gestiones gubernamentales se deja ver en los esfuerzos puestos principalmente en la obtención de equipamiento para atenciones críticas como preparación ante el colapso, mientras que, por otra parte, el Ministerio de Salud mostraba importantes deficiencias en las estrategias para el aislamiento de los contagios, resultando tardías y poco consistentes (Miranda, 2020; Lefio et al., 2020; Ramos, 2020).

Por ejemplo, a pesar de que la movilidad intercomunal por trabajo fue uno de los principales vectores de contagio, no se tomaron medidas oportunas que permitieran el confinamiento de los territorios en función de su interconectividad, produciéndose un aumento de casos en comunas de menores ingresos (Canales, 2020).

En relación con lo anterior, la respuesta económica del Estado fue insuficiente para permitir a las personas sostener los sacrificios que implicaban las medidas de prevención, lo cual se asoció con una disminución de sus efectos, especialmente en sectores de mayor vulnerabilidad e informalidad laboral (Canales, 2020; Ramos, 2020), lo cual da cuenta de

un énfasis político sobre la responsabilidad individual sin considerar la inequidad estructural del país (Anigstein et al., 2021).

En este contexto, la continuación de la actividad económica sin dispensar protección social concreta estuvo acompañada de un discurso que caracterizó al país como preparado, mientras que las cifras de saturación hospitalaria indicaban lo contrario (Anigstein et al., 2021; Canals et al., 2020), en tanto la exclusión de las comunidades y de los equipos de salud de las decisiones se relacionó con una creciente desconfianza en la institucionalidad, autoridades y su modelo de gestión (Anigstein et al., 2021).

De este modo, a partir del cruce de las gestiones gubernamentales con las condiciones de precarización de la vida de los sectores con menores recursos, relacionadas al hacinamiento, la pobreza, morbilidad, y mayor movilidad laboral, se configuró un impacto desigual de la pandemia en relación con los niveles de contagios y mortalidad, según contexto socioeconómico, afectando de manera más intensa y constante a las comunas populares (Canales, 2020).

Entre los factores implicados en la desigualdad del impacto se cuenta también las deficiencias de la atención del servicio público de salud, en comparación con la privada (Canales, 2020). Los centros de salud pública, en muchas ocasiones saturados aún antes de la llegada de la COVID-19, solo recibían a los pacientes cuando su estado era de bastante más gravedad, lo cual expondría a un mayor riesgo de muerte por esta enfermedad (Sepúlveda y Miranda, 2020).

De tal manera, la tasa de mortalidad de los hospitales públicos llegó a duplicar la de las clínicas privadas. Como casos extremos, en junio del 2020 la mortalidad por COVID-19 en el Hospital Padre Hurtado representó un 25,1%, quintuplicando el 5% de la Clínica Las Condes (Sepúlveda y Miranda, 2020).

A partir de esto, es importante considerar como antecedente las condiciones del sistema de salud pública, las cuales, junto a la desigualdad del país, hicieron parte del contexto de insuficiencia de las respuestas para contener la crisis sanitaria.

Sistema de público de salud en Chile

Algunos autores localizan la base de las problemáticas del sistema público de salud a partir de una creciente privatización de sus servicios (Canales, 2020). En relación con esto, en Chile el gasto total en salud presenta un aporte fiscal menor que el privado, y casi un tercio de aquel proviene directamente del pago de los usuarios (Goic, 2015).

En este contexto, el sistema público, que atiende a alrededor del 80% de la población, representante de los sectores de menores ingresos (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011), presenta graves deficiencias, dentro de las cuales se cuentan la precariedad de los hospitales, que se manifiesta en un déficit en tecnología, medicamentos, personal de salud y camas hospitalarias; así como dificultades importantes en el acceso a la atención en sus diferentes niveles (Goic, 2015).

En relación con las condiciones laborales de sus trabajadores, se ha señalado que la competitividad y el énfasis sobre la eficiencia de los centros públicos, junto a una fragmentación organizativa, han tenido como consecuencia vivencias de malestar en relación con la sobrecarga laboral y el aumento de la presión asistencial (Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch, 2011). También, se ha visto afectada su salud mental a propósito de la tensión entre estas condiciones y las demandas relacionales y emocionales de su trabajo, en tanto han implicado una atención en condiciones indignas y un trato impersonal hacia los pacientes (Ansoleaga, 2015).

La pandemia al interior de los hospitales públicos chilenos

Sobre las ya descritas condiciones de precariedad y sobreocupación del sistema público de salud, la atención en los hospitales a los que accede la parte más extensa de la población ha encontrado en la pandemia momentos críticos. Durante este periodo, su saturación se ha visto reflejada en la expansión de un 300% de su capacidad (COLMED, 2021), y una ocupación de camas UCI que desde finales de mayo del año 2020 se mantuvo por sobre el 80%, llegando a peaks del 99% (ICOVID Chile, 2021).

Además, hubo una cifra indeterminada de pacientes críticos que no fueron atendidos en espacios destinadas para ello, sino que se adaptaron salas e implementos, por ejemplo, para la ventilación mecánica invasiva, generando una reorganización de las atenciones (ICOVID Chile, 2021; Sepúlveda y Miranda, 2020). En esta línea, fueron recurrentes cambios en los roles de los trabajadores, y más de la mitad se desempeñó en funciones diferentes a las que acostumbraban (Villarroel, Cuadra y Burrone, 2021).

Por otro lado, la escasez de camas críticas, y otros recursos para enfrentar la COVID-19, implicó complejas decisiones para los trabajadores de la salud, al tener que optar entre pacientes (Sepúlveda y Miranda, 2020; Arevalo-Leal et al., 2020).

La manera de enfrentar esta situación ha tenido matices entre diferentes hospitales. Ha aparecido como respuesta institucional la protocolización de las decisiones, donde toma lugar el Triage, norma que determina la urgencia con que los pacientes requieren estos

recursos, clasificándolos de acuerdo con su gravedad. En otros hospitales, ha tenido mayor importancia una consideración por los pronósticos de recuperación, que responde a una necesidad extrema de optimización, así como de evitar el sufrimiento innecesario que implican los procedimientos invasivos (Sepúlveda y Miranda, 2020). Sin embargo, esta forma de distribuir los recursos planteó problemas, pues la evolución de la enfermedad resultó difícil de predecir (ColmedChile, 2020).

Por otra parte, sin la presencia de los familiares de los pacientes en el hospital, y en un contexto de colapso, la comunicación con ellos se vio dificultada. Muchas veces, estos denunciaron no haber recibido información sobre el estado en que se encontraban sus parientes ni los tratamientos a los que estuvieron sometidos, lo que dejó una marca de impotencia y falta de claridad sobre los episodios de hospitalización e incluso el fallecimiento de los pacientes (Sepúlveda y Miranda, 2020).

No es solamente el aislamiento del paciente durante su enfermedad y muerte la que haría parte de estas condiciones, sino que, también, ha habido una alteración más extensa de los ritos funerarios, al normarse y limitarse estos espacios de encuentro.

En este contexto, se ha buscado acompañar y apoyar los procesos afectados por la pandemia, a partir de distintas respuestas institucionales dentro de las cuales se han considerado como grupos vulnerables tanto a quienes han sido directamente afectados por COVID-19 y sus familiares, como también los trabajadores de la salud. Para estos últimos, se han destinado recursos, lineamientos y capacitaciones para la comunicación de malas noticias, brindar primeros auxilios psicológicos, y enfrentar en general las demandas emocionales que han planteado estas circunstancias (Urzúa, Caqueo-Urizar y Irrarzával, 2020). Sin embargo, se ha reportado que en muchos lugares estas medidas no se han implementado, mientras en otros no han sido percibidas como suficientes para el cuidado de su salud mental (Villarroel et al., 2021).

En esta línea, también se han levantado espacios para la reflexión sobre las experiencias vinculadas a la atención y muerte de pacientes en este contexto, en los cuales se ha manifestado lo diferente que han resultado los procesos producto de la masividad y lo abrupto de la experiencia, así como por el temor al contagio y las limitaciones que este introduce en la relación con los pacientes (COLMED, 2020).

2. Impactos y subjetivación de la muerte

Como base para pensar los impactos subjetivos de la muerte, desde el psicoanálisis se plantea que en el inconsciente no hay una representación de la muerte propia, sino que en este “cada uno de nosotros está convencido de su propia inmortalidad” (Freud, 1915, p. 290). Esta ha resultado velada por la ilusión de su contingencia, y en relación con el fallecido, se mantiene un profundo respeto y la supresión de la hostilidad. Sin embargo, a propósito de la guerra, Freud (1915) afirma que frente a la acumulación de los decesos la muerte no se deja desmentir, impactando por tanto la relación que se mantuvo con esta en el colectivo.

En su indagación, Freud (1915) señala que en tiempos primordiales la relación del sujeto con la muerte habría estado marcada por una actitud contradictoria: si por una parte se consideraba cierta en el asesinato al otro, la propia resultaba inimaginable. Esta contradicción deviene conflictiva cuando la muerte del otro, que provocaba una satisfacción de mociones hostiles, implicaba además la pérdida de un objeto amado con la cual también una parte de su yo se perdía, mostrándole la posibilidad de su muerte. Como compromiso, la muerte propia fue aceptada, pero se negó en ella el fin de la vida, dando paso al desarrollo de ideas acerca de un alma que perdura, y a partir de ahí a lo que Freud (1915) considera como una actitud de desmentida cultural de la muerte.

La presencia del cadáver como muestra de la muerte del otro da paso, además, al desarrollo de la conciencia de culpa por la ambivalencia que provocaba el fallecido, a partir de lo cual emergen los mandatos éticos ante la idea del asesinato (Freud, 1913).

Es entonces ante la muerte del otro, y de la ambivalencia a la base de la relación de objeto, que se despliegan elaboraciones que buscan darle lugar a propósito de su irrepresentabilidad, tanto desde una dimensión intrapsíquica como cultural.

A partir de esta teorización, Freud sitúa los mecanismos psíquicos que se despliegan frente al fenómeno de la muerte. En el duelo, da cuenta de un trabajo exigido al sujeto, en relación con la tramitación de un conflicto entre la constatación de la realidad de la pérdida del otro, y un extrañamiento del acontecimiento como resistencia a esta renuncia (Freud, 1917). Por otro lado, la hostilidad inconsciente hacia este impulsaría la exteriorización de reproches obsesivos a través de los cuales el doliente se culpa por la muerte. En este punto, la motivación de la desestimación de aquello inconsciente vuelve angustiante la muerte del otro, y se manifiesta como conciencia de culpa (Freud, 1913).

En otro lugar, la intensidad afectiva de la relación a la muerte es tomada por Freud (1919) para su indagación sobre lo ominoso. Esta daría cuenta de que a propósito de ciertas situaciones que ponen en entredicho los límites entre la fantasía y la realidad, operarían retornos de lo inconsciente vinculados a conflictos por la irrepresentabilidad y la hostilidad que subyace a la muerte, resultando una sensación ominosa (Freud, 1919).

Luego, a partir de lo desarrollado en su segunda tópica, el autor señala que la angustia de muerte a la que se ve enfrentado el sujeto se relacionaría al desamparo experimentado frente al superyó (Freud, 1923, 1926).

Por su parte, a partir de los aportes de Lacan (2015) la muerte resulta intolerable para el sujeto en tanto lo enfrenta con un agujero en lo real, donde se proyecta la falta significativa estructural del Otro. Así, el duelo tiene por función poner a andar todo el juego de lo simbólico, allí donde una insuficiencia de significantes para cubrir el agujero ha dejado un desorden en la existencia.

De este modo, el trabajo del duelo encuentra soportes en los grupos sociales organizados culturalmente, en torno, como ejemplo paradigmático, a los ritos funerarios. En estos, lo simbólico otorgaría cierto orden a la experiencia de pérdida, y, por ello:

si algo falla, o se elide, o no se concede, en la satisfacción debida al muerto, se producen todos los fenómenos que se desprenden cuando entran en juego, cuando se ponen en marcha, la posesión, los fantasmas [fantómes] y las larvas, en el lugar que deja libre la ausencia del rito significativo. (Lacan, 2015, p. 372).

En este sentido, la realización de los ritos funerarios impacta de manera importante sobre el trabajo simbólico en relación con la subjetivación de la muerte, y los fenómenos del duelo persisten en tanto no se restablezca algo de este desorden.

Por su parte, Allouch (2011), en su investigación sobre la función del duelo expone argumentos antropológicos y sociológicos para dar cuenta de variaciones históricas no consideradas por la teoría de Freud. A partir de estas elaboraciones, se delinea un tiempo precedente, correspondiente a la forma medieval y moderna de relacionarse con la muerte, donde el duelo individual habría tenido menos presencia que aquel social, en el cual se tramitaba la angustia que despertaba en la comunidad. En cambio, Freud habría escrito desde el paradigma histórico de 'la muerte ajena', focalizando las manifestaciones del duelo correspondientes a las personas cercanas al muerto (Allouch, 2011).

Por otra parte, Allouch (2011) sitúa una crítica en relación a la predominancia de la idea del ‘trabajo del duelo’, señalando que este no agota su función para la subjetivación de la pérdida, y que oscurece aquello que se pone en juego no sólo a nivel psíquico sino también social, como condiciones que favorecen u obstaculizan su desarrollo. En este sentido, señala que los aportes de Lacan permiten recobrar la función de lo social y del rito, en tanto requiere la implicación de un público que posibilite un cierre que bordeé la pérdida (Allouch, 2011).

En relación con la falta de lugares en lo público para la muerte, trabajos posteriores utilizan esta articulación del duelo psíquico con lo social para vincularla a la manera en que afecta al sujeto de duelo la desacralización de los ritos fúnebres, que al limitar la disposición de instrumentos simbólicos implica el riesgo de que la relación con los muertos se mantenga en un registro imaginario y dual (Cifuentes, 2011).

En este sentido, se sitúa en los ritos fúnebres el sostenimiento de cierta representación de la muerte, frente a su paradójica irrepresentabilidad en el inconsciente, tanto a partir de su simbolización, como de una construcción imaginaria del fallecido, al dotarlo de ciertos atributos que corresponden a este estatuto (Cifuentes, 2011).

Cifuentes (2011) indica como función de los ritos la preservación de la huella de los muertos y la inscripción del sujeto en la tradición y el linaje, y entonces el ocultamiento del cuerpo en la tecnificación de estos ha obligado a la creación de nuevos modos de hacer duelo. En este sentido, la implicación del otro en una dimensión compartida de la muerte permitiría acceder a una mediación que posibilite una construcción colectiva del lugar del muerto. Para la autora, esta forma de pensar el duelo mostraría la importancia de la relación al otro y de la transferencia (Cifuentes, 2011).

En relación con esto, los ritos vincularían al sujeto con el colectivo a través de una manera organizada de manifestación de afectos y la cobertura de sentido, que propone una interpretación al desorden que la muerte provoca (Lo Bianco y Costa-Moura, 2020). Pero, además, a propósito de los semblantes a adoptar, estos sostendrían cierta organización de lo pulsional que rige los vínculos, que remite, como el trabajo de duelo en sí mismo, al pacto social (Verztman y Romão, 2020). De este modo, se puede comprender el duelo y las actitudes de reverencia hacia la muerte como parte de un trabajo colectivo que busca componer el tejido social, dando a los muertos y sus deudos un lugar para la restitución simbólica (Lo Bianco y Costa-Moura, 2020).

Desde aquí, toma lugar una pregunta por una posición ética de los sujetos frente a la muerte de los otros. Allí donde opera con fuerza su negación, y al sujeto le corresponde

un esfuerzo para subjetivar el acontecimiento, las condiciones para su tramitación y el sostenimiento del pacto se ven favorecidas por el reconocimiento de la muerte en el encuentro con los otros, y obstaculizada por la indiferencia, en tanto amenaza con la pérdida de los límites al goce mortífero (Lo Bianco y Costa-Moura, 2020).

En torno a lo anterior, se ha tomado el concepto de 'Otro Social' para pensar el papel de los discursos disponibles para inscribir la muerte, cuando por su ocurrencia la subjetividad se fragiliza (Elmiger, 2017). A partir de una separación conceptual entre lo público, privado e íntimo que corresponde al duelo, Elmiger (2017) propone que el primer ámbito da lugar a los demás procesos, "para producir la recomposición subjetiva imprescindible para el duelo" (p. 22).

Esta afirmación se puede enlazar con lo que declara Allouch (2011) acerca de la manera en que la muerte del otro convoca el significante de la impotencia del Otro para dar respuesta frente a la pérdida, para señalar que no es de cualquier manera que lo simbólico puede circunscribir el agujero, sino que hay condiciones y disposiciones, incluso, instituciones, que le dan un lugar a la muerte, a partir de discursos como el jurídico, médico, religioso, etc. (Elmiger, 2017).

Estos discursos harían parte de los andamiajes de la cultura que permiten la subjetivación del acontecimiento, en tanto esta refiere a la posibilidad de una traducción en el lugar del Otro a partir del paso por el sistema significante (Elmiger, 2017). De vuelta a Allouch:

(...) el criterio médico por sí solo está lejos de ser adecuado para distinguir a los muertos de los vivos; lo que hace la diferencia es la declaración, que como tal es social –como dice el argot [francés], está muerto quien se tragó su documento. (2011, p. 365)

Del mismo modo, circulan discursos sociales que banalizan la muerte, asociados a contextos de catástrofe y guerra, pero también al neoliberalismo, los cuales limitarían los recursos simbólicos e imaginarios para recubrir lo real y recomponer el tejido subjetivo, volviendo necesaria la creación de nuevos rituales y espacios para la palabra y el encuentro (Elmiger, 2017)

A propósito de lo anterior, algunos duelos precisan de la intervención de lo público para la inscripción subjetiva de la muerte, cuando la verdad sobre el acontecimiento resulta oscura. En estos casos, la falla de la esfera de lo público propiciaría un devenir traumático

para el sujeto que se enfrenta a dicha pérdida, con la ajenidad y la coacción a la repetición que este implica (Elmiger, 2017). En relación con el lugar de la respuesta del Otro dentro de las condiciones para esta inscripción, para Davoine y Gaudilliere (2010) es la confianza en la palabra dada lo que permite, u obstruye, la simbolización, es decir, el 'poner juntos', y, entonces, su ingreso al registro del recuerdo y el olvido.

En función del contexto de la pandemia, parece importante considerar que las políticas estatales, en tanto enmarcan la forma en que el mundo público nombra la muerte y los cuerpos, pueden tener un lugar importante dentro de las condiciones para su elaboración. En una reflexión sobre aquello, Rousseaux (2020) señala la relevancia del lugar del Estado cuando la posibilidad de realizar ritos y la presencia de los cuerpos se encuentran limitadas debido a los estados de excepción sanitaria, puesto que estas restricciones implican un riesgo sobre el lugar que tiene la subjetividad y la sensibilidad ante la muerte, lo cual deja en entredicho su inscripción en el discurso y memoria social.

Con respecto a esto, se ha postulado que la exclusión de los enfermos del cotidiano y de lo social ha provocado un importante cambio sobre la situación de los fallecimientos, puesto que la masividad de las muertes contrastó con su invisibilidad, ofreciendo una experiencia de irrealidad o ficción (Sánchez, 2020). Esta situación habría complejizado la inscripción del acontecimiento en tanto la muerte corresponde a un suceso no solo biológico, sino biográfico, íntimo y singular, cuya representación se apoya en la imagen del cuerpo, que durante este periodo resultó ocultada tanto durante la enfermedad como en los ritos funerarios (Sánchez, 2020).

De esta manera, la función de borde de la sanción estatal y de sus instituciones aparece como un lugar privilegiado para permitir la inscripción en otro lugar, apelando a lo social y a la memoria contra su devenir traumático.

3. Muerte en hospitales

En consideración de las particularidades de la situación de la muerte durante la pandemia, resulta importante revisar las condiciones sociohistóricas en que ella ha tenido lugar en la cultura, en específico, a partir de su configuración en los espacios hospitalarios.

Según lo trabajado por Elias (1987), a propósito de lo inquietante que resultaría para las personas su condición de mortal, en la historia de la humanidad han operado formas culturales de ocultamiento de la muerte como fin de la vida. Hasta la modernidad, este era sostenido por garantías míticas que, en tanto fantasías colectivas, a su vez le otorgaban

sentido a la vida en sociedad. En aquel tiempo estas habrían experimentado una caída en función de énfasis individualistas y seculares, por lo cual el ocultamiento de la muerte se habría desplazado hacia nuevos sistemas de creencias, influenciado, además, por la mayor presencia del Estado. Dentro de estos, la ciencia médica establecería una forma particular de experiencia frente a la muerte, en virtud del control sobre la vida que se le atribuye a su saber y práctica.

A propósito del empuje civilizatorio y del saber construido en torno a la enfermedad y la muerte, esta resultó excluida del ámbito público y cotidiano, y aislada en una situación higienizada y privada, configurada por rutinas hospitalarias, modificándose por lo tanto las instancias sociales donde tenía lugar. Esto habría tenido como consecuencia la disminución de la posibilidad de afectación ante la muerte de los otros por el aislamiento de los procesos e ideas relacionados con ella, y una dificultad para el trato de la muerte como problema humano dentro de los hospitales (Elias, 1987).

Siguiendo a Foucault (2001), el saber moderno de lo médico se originó en la mirada sobre el cadáver, siendo la muerte el fondo desde el cual se volvió legible el espacio del organismo y la enfermedad. Si la muerte permanecía como la amenaza de la vida y del saber del médico, desde Bichat se vuelve el instrumento técnico que daría cuenta de los procesos concernientes a la enfermedad y la vida (Foucault, 2001). De este modo, el individuo se constituyó como objeto de la ciencia, y la medicina envolvió la muerte bajo una forma de saber que supone su control. En palabras del autor: “La medicina ofrece al hombre moderno el rostro obstinado y tranquilizador de su fin, en ella la muerte es reafirmada, pero al mismo tiempo conjurada” (Foucault, 2001, pp. 276-277).

A su vez, la estructuración del dominio de la medicina moderna fue posible mediante una reorganización del campo hospitalario. Previamente, el hospital no constituía un espacio médico ni de cura, sino un lugar donde el moribundo recibía asistencia material y espiritual (Foucault, 1996). El origen de lo médico en este espacio supuso el surgimiento de la experiencia clínica como forma de conocimiento que instaura una relación particular entre la asistencia médica y el saber, al colectivizar y homogeneizar el espacio de atención en el hospital, lo cual tuvo como práctica emergente la observación sistemática y comparada de los pacientes como objetos clínicos (Foucault, 1996; 2001).

Junto a la introducción de lógicas disciplinares en dicho espacio, la figura del médico adquiere una autoridad social situada en los aparatos estatales, que interviene sobre aspectos relativos a la organización de las condiciones de vida de las personas, a partir de

lo cual nacen las nociones de salubridad e higiene como formas de control político-científico del medio según su afectación sobre la salud (Foucault, 1996).

De este modo, la ruptura que introduce la medicina moderna respecto al pasado religioso del hospital, así como en torno a su saber sobre la muerte, dota al médico y al espacio hospitalario de un imaginario de salvación (Zamora y Manero, 2019).

En diálogo con estas investigaciones, diversos autores han abordado las consecuencias de la medicalización y el alejamiento de la muerte de los espacios sociales, al configurarse una relación particular de los sujetos con esta.

Desde Doucet (2005), como consecuencias de la tarea de defensa de los sujetos ante el enigma de la muerte, este desplazamiento ha implicado una tecnificación del trato hacia ella, a partir de lo cual el mundo médico ha ido teniendo cada vez más lugar en los últimos días de vida de las personas. Sobre este punto, Scanlan (2016) destaca algunas problemáticas como la prolongación desmesurada de la vida, intervenciones invasivas y situaciones potencialmente traumáticas en el trato con familiares.

Siguiendo a Fernández (2003), la pérdida del control de la situación por parte del enfermo y de los familiares en el contexto hospitalario podría ocasionar una deshumanización de la muerte a propósito de la obstinación terapéutica por sobre una consideración de lo subjetivo y del lugar de los rituales.

Si ya en este marco, el agonizante se encuentra en instituciones médicas en las cuales su muerte resulta aislada, apenas rodeada por familiares, bajo normas sanitarias y perdiendo parte ritual del proceso (Flores-Guerrero, 2004; Fernández, 2003), durante la pandemia se han extremado estas condiciones por el rigor de las medidas preventivas. En estas circunstancias, las prácticas asociadas a las nociones de sanidad, higiene y de lo inmunológico se han agudizado (Khouri, 2020), actualizando el lugar de lo médico. A propósito de esto, Lo Bianco y Costa-Moura (2020) destacan que este contexto se asociaría a una dificultad mayor para la simbolización de los sucesos y las pérdidas.

Por otra parte, aparece en este punto la pregunta por la manera en que la muerte es experimentada en los momentos en que el control médico se ve acotado por la realidad, de forma que esta no puede ya nombrarse como excepcional, tal como ha sucedido en la pandemia. Esta consideración permite pensar en los conflictos y grietas que se abren en la experiencia de los sujetos a propósito de su trabajo con pacientes hospitalizados.

Experiencias de trabajadores de la salud en el trato con la muerte

En relación con la experiencia del personal de salud de los hospitales, Zamora y Manero (2020) plantean que cuando no hay posibilidad de tratamiento se produce un choque entre la demanda de cura y los límites de la práctica médica. En estas situaciones, se pondrían en juego caracteres simbólicos e imaginarios de la institución a partir de los cuales el médico siempre estaría en una posición de poder salvar, por lo cual la idea de la muerte podría resultar ocultada o negada. En la experiencia del personal, a esto se sumarían disposiciones propias de los hospitales, como la desocupación rápida de camas o la tendencia a borrar aquello que rodea la muerte en la comunicación con los pacientes y sus cercanos (Chocarro, González, Salvadores y Venturini, 2012).

De esta manera, ante la falta de un lugar claro para la muerte, que permitiera pensar en prácticas para hacer con ella, la situación resultaría marcada por juicios de mala praxis, desatando conflictos éticos, agotamiento y malestar (Zamora y Manero, 2019; Chocarro, et al., 2012). En este sentido, las consecuencias del trato institucional de la muerte, implica, a su vez, una afectación sobre los trabajadores.

Si en una dimensión social, según Albarracín (2019), la medicina moderna implicaría un ideal de omnipotencia que sostendría en sus avances científicos la fantasía de inmortalidad, por su parte, la idealización de la imagen del médico reforzaría sus fantasías de salvador de los profesionales, en la cual, a su vez, estaría implicado un cuestionamiento de su propia mortalidad.

De este modo, en situaciones donde la frecuencia de las muertes es alta, o la cura resulta imposible, estas fantasías resultarían socavadas por la realidad de los fracasos terapéuticos, lo que tendría como costo un sufrimiento psíquico importante sobre el personal de salud. En estos escenarios, la complejidad de las decisiones a las que se ven enfrentados se ha asociado al ejercicio de una acción sobre el destino de las personas, que deriva en una posición dividida entre una fantasía de héroe y de un mandato de matar (Albarracín, 2019).

En esta línea, Martínez y Alvarado (2007) afirman que la muerte de los pacientes, al confrontar a los trabajadores de la salud con su condición de mortal, y poner en entredicho su omnipotencia, supondría una angustia que tendría como uno de sus destinos la indiferencia y mecanización en el trato con estos.

Una línea de estudio importante tiene relación con investigaciones que sitúan reflexiones sobre la manera en que en el funcionamiento de la organización hospitalaria se

encuentran mecanismos de defensa institucionalizados para hacer frente a la ansiedad asociada a ciertas tareas (Menzies, 1960; Skogstad, 1997; Holman et al., 2006).

En este sentido, las demandas emocionales que suponen el fallecimiento de pacientes y el contacto con el duelo de sus familiares suscitarían angustia, frente a la cual se desplegarían defensas en función de bordear aquello que resulta perturbador de la muerte (Holman, et al., 2006).

Forssell (2007), a partir de un dispositivo grupal con médicos y estudiantes de medicina, observó que estos tendían a tener problemas para afrontar la muerte de pacientes, sobre todo cuando resultaba imposible curar. En esta línea, según Skogstad (1997), el contacto con la muerte y el sufrimiento de pacientes despertaría ansiedades ligadas a sentimientos de decepción y culpa. Ante esto, en ambos estudios se da cuenta de una distancia defensiva respecto a sus sentimientos y vulnerabilidades, como son la insuficiencia y la angustia, cuya rigidización, sin embargo, implicaría dificultades para la elaboración de lo que ocurre.

A propósito de esta problemática, se han descrito efectos negativos que ciertas formas de tramitación defensivas -como la negación, escisión, y proyección, entre otras- tendrían sobre el trato con los pacientes y sus cercanos, como también sobre la subjetividad de los trabajadores (Scanlan, 2016). Sobre estos se destaca un distanciamiento defensivo en el contacto con los pacientes y su sufrimiento, que podría llegar a una forma de trato en el cual solo se les consideraría como cuerpos a intervenir (Skogstad, 1997). Además, existirían dificultades para situar las responsabilidades por las labores realizadas, lo cual obstaculizaría la capacidad para implicarse subjetivamente en la tarea (Menzies, 1960; Holman, et al., 2006). Ante esto, se ha planteado la importancia de la contención grupal que permita elaborar dichas demandas (Scanlan, 2016).

Resultados similares se encontraron en un estudio sobre la experiencia de trabajadores de la salud en un hospital público de Chile, donde se describe la presencia de defensas institucionalizadas ante situaciones que despiertan angustia, como la muerte, el sufrimiento y la precariedad del sistema de salud (Sanfuentes et al., 2013). Una de ellas se refleja en una alta estandarización y ritualización del trabajo, mediante lo cual se toma distancia respecto a las necesidades emocionales de los pacientes, lo que en algunos casos implicó la desprotección de su dignidad (Sanfuentes et al., 2013).

A partir de aquello, la manera en que se realizaba la tarea resultaba insatisfactoria, provocando que se sostuviera una dinámica de malos tratos y violencia, que implicaba tanto a pacientes y familiares como al personal de salud. En este sentido, las relaciones al interior

del hospital se habrían encontrado marcadas por la frustración y la agresión, situación que se exacerbaba en función de la escasez de recursos (Sanfuentes, et al., 2013). De este modo, la pérdida de sentido de la tarea y la cosificación del otro daba lugar a un ciclo de violencia que respondía en parte a materializaciones de injusticias sociales en el ámbito de la salud. A partir de esto, se plantea que tratar estas problemáticas estructurales en el nivel de la incompetencia de los trabajadores dificultaría la elaboración de las fuentes de malestar, radicalizándose las estrategias defensivas que naturalizan la violencia y el sufrimiento (Sanfuentes, et al., 2013).

En lo trabajado hasta este punto, se pueden distinguir ciertas claves teóricas y antecedentes empíricos para pensar las maneras en que la muerte tiene lugar en los hospitales. A partir de ello, se ha destacado una dificultad para la significación de esta situación en quienes forman parte de la institución, a propósito del cruce entre el lugar simbólico que ocupa el hospital, las fantasías y conflictos de los sujetos, y las angustias y defensas que desata el contacto con la muerte.

De este modo, si las disposiciones institucionales del espacio hospitalario se vinculan con un movimiento de la sociedad para hacer con la muerte, las dificultades para darle lugar en su interior, a su vez, implicarían para quienes trabajan con ella la exigencia de un trabajo psíquico para su afrontamiento.

Efectos de la pandemia sobre las condiciones para su elaboración

Durante la crisis sanitaria, las medidas preventivas implicaron la agudización del aislamiento, soledad y medicalización de los fallecimientos (Sanchez, 2020), por lo tanto, si darle un lugar a los procesos de muerte en los hospitales implicaba antes de la pandemia una dificultad que conllevaba impactos tanto sobre los usuarios como los trabajadores, a partir de la alteración de los elementos que configuraban esta situación a ante la masividad de decesos, la lejanía de las familias y la insuficiencia de recursos, supondría la emergencia e intensificación de estas problemáticas.

En este sentido, los conflictos expuestos en torno a los fallecimientos y las decisiones implicadas servirán como marco para comprender la manera en que los trabajadores de la salud experimentaron sus labores en pandemia, lo cual, como se ha reportado en diversos estudios, implicó una intensa afectación (Teixeira et al., 2020; Kreh et al., 2021; Moreno-Jiménez et al., 2021; Orru et al. 2021).

Marco Metodológico

Enfoque investigativo

A propósito del problema y objetivos planteados para este estudio, cuyo abordaje consideró una aproximación exploratoria y comprensiva a la experiencia del personal de salud en relación con la situación de muerte de pacientes durante la pandemia, su enfoque y diseño estuvo guiado por una perspectiva cualitativa.

Esta metodología fue escogida en consideración de la relevancia puesta sobre la emergencia de lo subjetivo (Canales, 2006), es decir, de órdenes de sentido, marcos de referencia, y maneras de pensar y sentir de los sujetos, que es posibilitada por el encuentro de sus palabras con la escucha de los investigadores (Gaínza, 2006). De este modo, asumir la subjetividad como propiedad constituyente del objeto de estudio supone considerar, en función de su complejidad, a la investigación como un intento de comprensión de la experiencia de los sujetos en la relación con otros en contextos históricos particulares, y a su conocimiento como el resultado analítico y reflexivo de un proceso de interacción entre investigadores y sujetos estudiados en un marco social determinado (Salgado, 2007).

A propósito de esto, se incluyeron ciertas claves psicoanalíticas que permitieran aproximarse al problema considerando aquello que excede el ámbito de lo consciente, al introducir reflexiones sobre las dimensiones inconscientes de los materiales producidos, enriqueciendo y complejizando el entendimiento de los discursos de los sujetos sobre su experiencia laboral e institucional, en atención de los conflictos que la cruzan.

Diseño de la investigación

En primer lugar, para la selección de la muestra se consideró como criterio de inclusión que los participantes fueran trabajadores de la salud que durante la pandemia se hubieran desempeñado en la atención de pacientes con COVID-19 en hospitales públicos chilenos. Esta decisión se fundamenta en los argumentos expuestos en relación con el interés por el sistema público y las políticas en salud, en función de la precarización y extensión de su atención.

Como criterios de exclusión, se estableció que los sujetos debían haber trabajado en centros públicos por al menos cuatro meses teniendo contacto directo y frecuente con los pacientes tanto durante la atención como en el momento del fallecimiento. A partir de esto, quedaron excluidas ciertas profesiones como, por ejemplo, tecnólogos médicos. A pesar de la relevancia de estudiar las experiencias de otros trabajadores de la salud, que

tienen otro tipo de contacto con pacientes y familiares, mayor rotación, o tareas más específicas, en esta investigación se acotó para permitir la profundización de los contenidos relatados, en el encuentro de procesos de atención en común.

La búsqueda de participantes se realizó mediante la difusión de una convocatoria y del contacto de los investigadores en redes sociales de personas relacionadas con el ámbito médico, donde se señaló el tema de las entrevistas.

Con el objetivo de darle lugar a experiencias variadas, pero que la cantidad de información no excediera las posibilidades de analizar el material en detalle y en su singularidad, se estimó como un número apropiado la realización de 4 entrevistas. Finalmente, para su selección, se buscó diversidad entre los sujetos, en cuanto a género, profesión, servicio en el que se trabaja, tipo de hospital, y su ubicación.

Sin embargo, por las posibilidades de acceso a sujetos para el estudio dentro del plazo temporal dispuesto, la edad y años de experiencia resultó más homogénea. Si bien a pesar de aquello la experiencia de los entrevistados es valiosa por sí misma, esto constituye un sesgo etario que acota el análisis al situarse sobre ciertas condiciones de empleo y sobre una generación que no contaba con una larga experiencia de atención.

A partir de estas consideraciones metodológicas, los entrevistados fueron dos médicos y dos enfermeras de alrededor de 30 años que comenzaron a desempeñarse profesionalmente o bien poco tiempo antes de la pandemia, o durante su transcurso. Los cuatro trabajaron en hospitales públicos, y algunos a la vez en centros privados, en diferentes localidades chilenas. Tres entrevistados trabajaron en la capital, de los cuales dos luego se desplazaron a otras ciudades de regiones del centro y norte del país, mientras que el cuarto trabajó como médico de zona en una comuna del sur. Sus experiencias laborales se sitúan principalmente en unidades de Urgencia, Respiratoria, y Servicios Críticos, donde atendieron pacientes con COVID-19 de diferente complejidad.

Respecto de la recogida de datos, esta se realizó a partir del modelo de entrevista semiestructurada focalizada, que considera una estructuración flexible y paulatina de la conversación desde preguntas abiertas hacia otras más estructuradas sobre el tema del estudio (Gaínza, 2006), permitiendo una apertura suficiente para la emergencia de los significados que le son particulares (Flick, 2007).

Este tipo de entrevista resultó útil para este estudio en tanto busca abordar la experiencia de los trabajadores en torno a una situación delimitada. Mientras que permite enfocar la conversación en el tema investigado, se da espacio al ingreso de los diferentes

aspectos relevantes del problema, de manera detallada, incluyendo aquellos no considerados a priori, ya que pueden ser introducidos por los entrevistados (Flick, 2007), lo cual es especialmente relevante por el carácter exploratorio de este trabajo.

Comenzar por preguntas abiertas permitiría además la emergencia de la forma particular en que los sujetos expresan y relatan las situaciones, con sus palabras, lo cual aporta la riqueza simbólica de los significantes que circulan en las narraciones. A partir de esto, la flexibilidad del diseño da lugar a una producción situada del material, en la medida en que las preguntas posteriores incluyen e interrogan dichos elementos simbólicos, articulando la conversación desde sus emergentes (Gaínza, 2006).

A propósito de esto, se acogió en esta investigación la idea de que el investigador es en sí mismo un instrumento en la producción del material (Gaínza, 2006), a partir del cual la interacción con los entrevistados genera una articulación determinada de los contenidos y el despliegue de posiciones y conflictos.

A partir de estos criterios, se creó una pauta (ver Anexo 1) flexible con preguntas abiertas y semiestructuradas con tres ejes: las características del lugar de trabajo y sus funciones; los impactos de la pandemia sobre el contexto de trabajo, la disposición del hospital y las condiciones de atención; y la caracterización e impactos sobre la situación de muerte de pacientes. En consideración de los antecedentes recabados, dentro de esta última se incluyeron subtemas para guiar preguntas en torno a los cambios e impactos sobre su trabajo con esta, su contacto con familiares, el lugar que tiene entre colegas en el hospital u otros espacios de conversación, sus impactos subjetivos personales, entre otros. Además, de manera transversal se dirigieron preguntas apuntando hacia el impacto subjetivo de las situaciones que relataban y su implicación en ellas.

Las entrevistas se realizaron entre septiembre y octubre del 2021, tres de ellas mediante videollamada y una de manera presencial, teniendo todas una duración cercana a una hora.

Para el procedimiento de organización y análisis de los materiales, se tuvo en consideración lo desarrollado por Strauss y Corbin (2002) en torno a la teoría fundamentada. En este modo de trabajo, si bien se contemplan bases interpretativas y teóricas, se pone especial énfasis en lo que emerge de la información producida para el desarrollo posterior de proposiciones analíticas (Salgado, 2007).

En tal sentido, en el desarrollo del análisis resultó importante el surgimiento de códigos in vivo, es decir, conceptualizaciones de fenómenos en palabras entregadas por

los sujetos al momento de relatar sus experiencias (Strauss y Corbin, 2002). De este modo, el texto de los relatos fue codificado en función de la emergencia descriptiva de conceptos que fueron categorizados, permitiendo la abstracción, ordenamiento y articulación del material, lo cual dio paso a los posteriores análisis teóricos.

Por último, en relación con los resguardos éticos se consideró la omisión de información que podría servir para la identificación de los entrevistados, como nombres y lugares de trabajo. También, se les entregó y leyó un consentimiento informado antes de comenzar, donde se explicaba la voluntariedad de su participación y de responder a las preguntas planteadas (ver Anexo 2).

Por otra parte, se tuvo en cuenta que realizar las entrevistas durante este tiempo y especialmente por lo sensible tema, podría tener implicancias sobre los sujetos ya que relatar sus vivencias involucra un proceso de recuerdo y reflexión sobre las mismas que actualiza experiencias difíciles.

Además, en esta línea, se decidió no hacer parte de la investigación a quienes manifestaron haber tenido problemas importantes de salud mental en relación con su trabajo, por el riesgo de que la entrevista despertara malestares que excedieran el dispositivo investigativo.

Resultados

A continuación, se presentan los elementos más relevantes y el análisis descriptivo de cada entrevista, además de un análisis intercaso que sintetiza mediante categorías el material recogido.

Análisis Intracaso Alejandra

Alejandra es enfermera, desde el inicio de la pandemia trabajó en la Unidad de Paciente Crítico de un hospital de Santiago que, producto del aumento de la demanda de atención, amplió su capacidad de manera muy importante, recibiendo pacientes “graves, inestables y muy invadidos” de una “población de riesgo”. Esto agudizó una insuficiencia de recursos que afectó las condiciones de atención, llegando a faltar insumos básicos, incluso el suministro de agua, situaciones que relata con incredulidad.

Se registró también una falta de personal, por lo cual hicieron más turnos, e ingresaron profesionales menos preparados. Para Alejandra, trabajar en estas condiciones dejó marcas: “difícil de retroceder, de que ya no nos repercuta en nuestro futuro.” Esto se extendía también a sus colegas de mayor antigüedad: “me decían de verdad que estamos así, agotados, física y mentalmente, porque nunca habíamos visto algo tan, como tan terrible”. En este sentido, las circunstancias se volvieron intolerables: “en la normalidad es así, y en la pandemia se exacerbó (...) frustraba mucho ir a trabajar, porque no se podía hacer más”. Por esto, piensa en la posición que tomarán sus colegas en el futuro: “puede que ahora tengan otra, no sé, parada al momento de ir a trabajar”.

En este contexto, cuenta que al inicio experimentaba un colapso que asociaba a un “estrés como académico (...) como ¿qué tengo que hacer yo?”, que se transformó en un malestar por los pacientes: “me fui dando cuenta de lo que implicaba trabajar con el paciente (...) era un tema de angustia, de, te daba pena, te daba rabia”. Esta afectación se relaciona con conversar con ellos, y reconocerlos como trabajadores, que por la gestión de la pandemia se contagiaron de manera inevitable.

A propósito de la impotencia, conduce la responsabilidad por lo que ocurría hacia esferas políticas, por la falta de medidas preventivas oportunas, como el cierre de fronteras y cuarentenas estrictas, y por la gestión de los recursos: “se hizo todo lo humanamente posible, y hasta lo imposible, eh, eso ya escapa de las manos de nosotros, (...) viene de mucho más atrás”. Esto se interpreta como una inclinación de las prioridades políticas por la economía por sobre las vidas, ante la cual se pregunta si fue premeditada pese a sus

consecuencias: “yo creo que se hubiera evitado todo esto (...) no sé si no lo dimensionaban, o no querían”.

Otra dimensión relevante corresponde a la dificultad del contacto con los familiares de los pacientes por la prohibición de visitas. Los médicos los llamaban y se realizaban videollamadas, que tenían efectos muy positivos: “el shock de energía que les daba como ver que su familiar estaba bien, que lo estaban esperando, que (...) estaban como poniéndole para salir de esa”. Sin embargo, no siempre se podían realizar. A veces, el contacto estuvo mediado por coincidencias e iniciativas propias. Participar en ellas le significó una mirada positiva sobre su trabajo: “la pandemia puede tener muchas cosas malas pero, una de esas cosas como, saber que tú pudiste ayudar en eso, como en el reencontrarse, fue muy buena”.

Un punto de afectación importante aparecía cuando debía intubar un paciente, por la incertidumbre sobre su sobrevivencia, momento en el cual pensaba que ella podría ser la última persona con quien estaría. A pesar del malestar que le generaba, intentaba transmitirles tranquilidad, les decía que había personas que se preocupaban por ellos, que pusieran de su parte, y que harían todo lo posible, sin mentirles: “tampoco era decirle, tú tranquilo déjalo en las manos, porque vai a salir de esta, porque no era así”.

Respecto a la situación de muerte de los pacientes, muchas veces esta estuvo atravesada por condiciones de atención inadecuadas. La sobrecarga de trabajo no permitía realizar cuidados que no fueran urgentes, generándose complicaciones incluso mortales a partir de lo cual indica que “el paciente entraba por una cosa y salía por otra”. También, algunos fallecían por falta de recursos: “No era que el su cuerpo ya no daba más, era porque no teníamos insumos (...) si conectábamos un ventilador más (...) fallaban todos los otros pacientes”.

Cuando la muerte era inminente, se preocupaba de que los pacientes no sufrieran. Se les administraba sedantes y se les acompañaba: “para que no sienta que está sufriendo (...) porque finalmente los pacientes igual se dan cuenta”. En ausencia de la familia, ella intentaba “simular eso. Que estaban acompañados, conversarles, hacerles cariño”, porque aún sedados “no deja de sentir. No deja de escuchar”.

El impacto que generaba la muerte era diferente en función de la relación mantenida con el paciente. Era más intenso en los casos de pacientes de larga estadía con los que se ‘encariñaba’, y cuando esta resultaba menos previsible: “llegábamos al turno siguiente y veíamos la cama con otro paciente ocupada (...) no podíamos creerlo”.

Sobre el lugar de este impacto entre sus colegas, si bien sentía que se apoyaban, en las conversaciones se dejaba fuera una afectación más 'profunda' que relaciona a que "uno vive un duelo". En cambio, los diálogos se centraban en cómo se atendió al paciente y en la rabia que generaba que las cosas se hicieran mal y que faltaran insumos.

Había, entonces, una afectación más personal que se reservaba: "Nos las guardamos nomás (...) seguimos con lo que había que hacer (...) no tenía tiempo pa, como para tu lado, sacar tu lado humano". Sin embargo, afirma que: "el momento que te deje de afectar la muerte de un paciente tú ya no serví pa esto", pues humanizaría el trabajo. Por ello, conversar y considerar este sentir sería "algo que falta por, eh, por instaurar o normalizar".

En relación con los familiares, piensa que su duelo se ha visto dificultado por la prohibición de acompañar y de ver el cuerpo del fallecido, "porque, todos, si tenemos un ser querido queremos estar acompañándolo hasta el último minuto". Solo en algunos casos se pudieron hacer despedidas: transcurrido el periodo contagiante podía entrar una persona unos minutos, pero no había privacidad ni calma, frente a lo cual ellos intentaban "que el ambiente esté, eh, tranquilo (...) no sea tan alborotoso, porque, eh, todo se escucha, todo, todos se dan cuenta de lo que pasa".

Para ella, este momento "era terrible (...) el paciente, si estaba despierto se daba cuenta, como que, también vivía ese sufrimiento", y en este contexto sentía que a ella se le transmitía este sentir, por lo que le impactaba tener que seguir trabajando: "trataba de hacer mente fría, de como cerrarse en lo que está haciendo, pero, no se puede (...) uno no deja de ser humano, y de sentir esas cosas, y más de un paciente que estuviste trabajando con él, haciendo todo lo posible, y que finalmente (...) no se puede hacer más (...) era angustiante".

Al fallecer un paciente, se seguía un estricto protocolo y un rápido traslado a la morgue: "de verdad todo muy protocolizado, como que tú ya sabías todo lo que, tenías que mandar a buscar la camilla, la bolsa. Al paciente los chiquillos lo preparaban". Esta tarea sería la más 'chocante': "la peor parte que se llevan es los técnicos (...) después lo normalizaban, pero igual yo creo que (...) queda alguna secuela".

Cuenta que se conversaba que los cuerpos eran arrojados en cualquier lugar en la morgue, quedando en una condición de 'indignidad' e 'inhumanidad' que le parecía terrible e increíble. Además, ocurrían o se presumían irregularidades en la identificación de los cuerpos, al no poder ver más que el brazalete que cumple esta función.

Esta situación la llevó a pensar que tanto los trabajadores de la salud como los

pacientes eran tratados como números, por la rapidez e indiferencia con que se sucedía la muerte de uno y el ingreso de otro, y donde el cuerpo no recibía un trato respetuoso, ni había espacio para aquello: “el paciente se moría y ya, lo tiraban allá, se limpiaba la cama, y llegaba otro (...) el señor de la morgue te decía ‘no, tírelo nomás’ (...) Como si estuviesei tirando una bolsa de basura”.

En este contexto, darle el pésame a la familia buscaría reparar algo de esto ‘humano’, el cual implicaba transmitir que la estadía del paciente involucró un esfuerzo de dignificación, y un reconocimiento del impacto que implicó el impedimento de acompañar y ver el cuerpo. Piensa que, “por todo lo que nosotros vimos”, esta sensibilidad sobre la situación de muerte podría mantenerse en los trabajadores de la salud.

En el contacto con los familiares, significó como una suerte que le haya ‘tocado’ que fueran agradecidos y comprensivos del esfuerzo de su trabajo y el contexto en el cual se desarrollaba, pues temía que los culparan y agredieran por no haber hecho lo necesario, como ‘se sabe’ que ocurría. Además, habría sido de este modo porque la muerte no ocurría “de un día para otro”, sino que se les iba informando día a día.

Análisis Intracaso Bruno

Bruno es médico general, comenzó a ejercer cerca del inicio de la pandemia en un hospital pequeño del sur de Chile. Comenta que si bien este es de baja complejidad debieron atender pacientes con COVID-19 de diferente gravedad.

Si bien señala que la red de salud ha funcionado, cuenta que su colapso ha obligado a mantener allí pacientes que el hospital no estaba preparado para tratar. En el peor de los casos, si se requería intubación, debía decidir sobre la derivación, lo cual le generaba bastante preocupación por la posibilidad de que se agravaran y no pudieran atenderlos. Sin embargo, esto es situado como parte normal del trabajo: “había que resistir con lo que uno tuviera (...) son como complejidades del, de la labor misma. Como que el COVID lo acrecentó un poco nomás”.

En relación con el trato con los pacientes, señala que las medidas de prevención volvieron más engorrosos los procesos de atención, y el contacto con estos se hizo distante por la utilización de EPP, obstruyendo una cercanía importante para su trabajo.

Otra medida con impactos muy importantes fue el aislamiento y la prohibición de las visitas, que resultaba difícil para los familiares, y tenía un efecto negativo sobre los pacientes, por la función terapéutica de la compañía. “Si tú le alejai este factor emocional, eh, andan muy mal”. Para él, valorar y reconocer su lugar en la medicina requiere un “trabajo

activo”, ya que se normaliza la falta de preocupación por lo afectivo, pese a observar el sufrimiento emocional.

Por lo “insostenible” de esta situación surgieron prácticas que buscaban reducir la lejanía de las familias, pero que para Bruno resultaban “ajenas” por lo irremplazable de la compañía directa. Por las particularidades del hospital, gestionaban que los familiares pudieran ver a los pacientes desde las ventanas exteriores de las piezas. También, usaron dispositivos tecnológicos, con pocos resultados satisfactorios: “como el ajo la experiencia, mala. O sea, no hay pantalla que te resuelva el, el problema. (...) como que la visita del familiar es como única”.

Por la estrechez de personal, “inventar” soluciones quedaba “como la última chupá del mate” en medio del colapso, y se tendía a dejar la preocupación por el problema de las visitas al equipo de enfermería por su rol de cuidado, aun sabiendo que por su carga laboral tampoco podían hacer mucho. En relación con esto, comenta que no acercarse a los pacientes para conocer cómo se sienten por el aislamiento tendría que ver con una defensa ante la imposibilidad de hacer algo. Pese a esto, cuenta que le resultaba doloroso pensar la situación desde la perspectiva del paciente que tiene conciencia de la eventualidad de su propia muerte sin poder estar acompañado.

En este escenario, la flexibilización de las visitas, que se salían de los marcos normativos, fue lo que fundamentalmente se intentó realizar en “casos particulares” en los que se “ahondaba” más en la relación con los pacientes y familiares, a propósito del tiempo de hospitalización y el compromiso y confianza que notaba en la familia. En tal sentido, señala que los protocolos deberían actualizarse en la medida en que se realizan estas prácticas: “buena onda el protocolo, pero en el fondo si uno se da cuenta que en realidad, en un año y medio no ha habido ningún brote, atribuible, eh, en paciente hospitalizado porque metimos a, a la nieta, al papá”.

Sobre las muertes que ocurrían en el hospital, Bruno señala que varias correspondían a pacientes que regresaban desde el hospital de alta complejidad por haber llegado a un “techo terapéutico”. Otras, más “dramáticas” ocurrían en urgencias antes de poder atenderlos. Además, describe una preocupación persistente por que fallecieran pacientes que debían haberse trasladado. Otros, eran derivados cuando agravaban, aun sabiendo que morirían allá. Decidir a qué paciente derivar, cuando no tenía los recursos para atenderlos ni la posibilidad de gestionar más derivaciones fue algo que le pareció extremadamente estresante, a propósito de lo cual dice que entraba en ‘piloto automático’,

“tratando de tomar la mejor decisión, que sea lo mejor para el paciente, po. Si al final la decisión no es para uno”.

Respecto a la manera en que sucedían las muertes, para Bruno el mayor impacto tuvo que ver con el alejamiento de la familia. Si bien los protocolos se reconocen como necesarios, dice que “no leen sentimientos, po. No leen historias, familias, personas”, puesto que la imposibilidad de acompañar y despedirse resultaba incluso “catastrófica”, considerando también que este impedimento no sólo se extendía durante los últimos momentos de vida, sino también luego de fallecer. “tampoco lo podía ver, tocar, porque, los fallecidos hasta hace poco contagiaban el COVID también, po, desde el ataúd. (...) ese proceso, donde la compañía es la más importante se cortó”.

Para Bruno, en el hospital la muerte de los pacientes implicaba “hacer como que las emociones no existen”, ante lo cual señala que “lo que uno ve habitualmente es que los médicos cuando hacen eso se transforman en seres despreciables”. A partir de esto, se correría el riesgo de deshumanizar o burocratizar la muerte como resultado de “mecanismos de defensa” para restar importancia a los impactos emocionales, a pesar de los cuales “es imposible que eso no te repercuta como en tu vida personal, o tu familia, en tu casa, o en el mismo hacer la pega”.

Su afectación fue diferente según las circunstancias del fallecimiento. Al recordar a un paciente que falleció de manera abrupta, relata que sintió rabia por las fallas del sistema de salud: “no debió haber muerto (...) uno siente como cuando el sistema te pega en la cara”, y luego sintió culpa por la responsabilidad que le pudo corresponder, junto a “angustia, algo de desazón, como, inseguridad”, por la posibilidad de que se repitiera la situación. Como contrapunto, su experiencia resultó más positiva cuando le fue posible tratar, anticipar y acompañar la muerte, como en un caso en el cual, al trasladar a un paciente a su casa, sintió “alegría que el hombre haya podido fallecer con su gente, tranquilidad, y como, la satisfacción como de la pega bien hecha”.

En relación con este contraste, piensa que la dificultad de manejar emociones tan dispares vuelve a los médicos “como rocas”. Y, a propósito de estos relatos, Bruno indica que prefiere hablar de los pacientes por sus nombres, marcando una distancia respecto al uso de números para referirse a los fallecidos por COVID-19, como lo hacen habitualmente las autoridades sanitarias.

En el contexto de sus labores, le resultaba complejo tener que seguir atendiendo luego de los fallecimientos por la afectación que le generan, a partir de lo cual señala que: “algo de cabeza y corazón hay, como en el fondo es, es como un traga esto y sigue (...)”

Porque, pa ser franco, uno dan ganas de decirle, sabe qué, váyase a hinchar a otra parte (risa). Pero no podí po (...) no tiene por qué hacerse cargo de que falleció el otro”.

Considera que por la lejanía de las familias la entrega de malas noticias ha resultado aún más difícil de lo que ya era, pues por ello la muerte les resulta repentina. En este contexto, le parece que la culpabilización al personal era inevitable: “no me dejaron pasar, que... ¿por qué no lo mandaron pa la casa?, Eh, que el Hospital lo mató (risa), este compadre que está adelante, que es el médico, lo mató”. Estas reacciones tuvieron implicancias sobre cómo experimentaba las muertes: “podí estar, un mes entero dándole vueltas de, de qué hiciste mal”.

Los espacios en que se abordaban estos impactos emocionales entre colegas surgían espontáneamente por la necesidad de desahogarse y “buscar un espaldarazo” que aliviara sentimientos de culpa y malestar. Le resultaba importante que fueran médicos, en tanto pares, porque cargaban con las mismas responsabilidades.

Describe estas conversaciones como breves y superficiales, enfocadas en posibles errores y responsabilidades, y en intentar aliviar la culpa: “es como casi como en la cancha de fútbol, así como, ah, te perdiste el gol, ya, dale, ja,ja,ja”. Pese a que estos diálogos son valorados, Bruno advierte la importancia de no “cargar” al resto, como familia y colegas, lo que le ocurría, “Porque si no también el espacio se torna un poco denso, po. (...) sería una cuestión insufrible”.

Análisis Intracaso Carmen

Carmen es enfermera, realizó su internado durante los meses más álgidos de la pandemia en una unidad de mediana complejidad de un hospital clínico de Santiago, y desde principios del 2021 trabaja en la Urgencia de un hospital de la misma ciudad.

Ante la alta demanda de pacientes graves, le delegaron tareas más complejas, y le solicitaron hacer turnos extras. El cansancio por la gran carga de trabajo la hacía temer equivocarse y causar daño, y, aunque le parecía importante, no le permitía atender a familiares de sus pacientes.

La situación de los pacientes la impactó visualmente en su cotidiano: “cada vez que yo me iba a lavar las manos, para atender un paciente, veía el pabellón. (...) ahora ahí estaban los pacientes UCI. (...) de guatita (...) era super chocante verlo”.

Otros cambios se relacionan con las medidas de prevención del contagio, donde releva la mayor organización y estandarización de los protocolos, y la división del espacio

y del personal entre pacientes contagiados y los “que nosotros les llamamos limpios. Paciente con COVID es como, si, es, como feo decirlo, un paciente que está sucio”.

La complejidad de estos pacientes podía ir escalando si no respondían a los tratamientos, hasta la intubación: “No repunta con eso. Ahí ya hay dos opciones, o se intuba, si es que no está tan bien, o se le da la oportunidad”.

Relata que se comunicaban bastante con los pacientes despiertos, y que ella los alentaba a tener paciencia y esperanza en su recuperación. Dice que, a diferencia de los médicos, el equipo de enfermería estaría más involucrado en el cuidado: “al final nosotras somos (...) las que corremos con los pacientes junto con los TENS”.

Por otro lado, los pacientes tenían poca conexión con el exterior y el personal no daba abasto para realizar llamadas, aunque sus familiares en ocasiones les dejaban recados con el personal de enfermería. En este contexto, le resultó “chocante” encontrarse con que “te pedían ayuda, y lloraban, porque no podían estar con sus familias”.

Su trabajo con los pacientes más graves se volvió más difícil de afrontar por el fallecimiento por COVID-19 de un familiar, llegando a sentir que “no podía como con tanto”. Los impactos que registra se relacionan con la incerteza sobre la evolución y el sufrimiento por el que pasaban, ante lo cual ella se imponía que mejorarían.

Por otra parte, relata que cuando van a ser intubados aparece en ellos un gran temor a morir, que relaciona con que no saben del tema, pero después señala: “bueno y nosotros también lo sabemos, o sea si un paciente se intuba no sabemos si lo vamos a despertar”. Si bien se afecta por esto, no lo demuestra porque debe poder contenerlos.

Antes del procedimiento, se permitía a los familiares despedirse desde la mampara, momento que le provocaba tristeza por la afectación que demostraban. Ya intubados, los trabajadores les hablaban, preocupándose de sus recuerdos de este periodo: “igual hay que hablarle. O sea, hola, mi nombre es ..., soy enfermera, oye te voy a hacer esto, espero que cuando salgas de esto, te acuerdes”.

En relación con la situación de muerte, le resultaba muy complejo explicar a la familia mientras lloraba que pondrían el cuerpo en una bolsa. Dice que le “daba pena” al ponerse en su lugar, pero explica que no se permitía sentir tanto, sino que se concentraba en seguir trabajando para no traspasar más carga de trabajo a sus colegas.

Respecto de los protocolos, dice que generaba un gran impacto en los familiares la discontinuidad que implicaba no haber visto a su pariente desde su ingreso y la alteración de ritos fúnebres: “es súper crudo porque, por ejemplo, no es como los funerales que uno asistía antes, po. Que podía verles la cara”. Este relato está marcado por la muerte de su

familiar, pues hablando de su trabajo resiente no haber visto su rostro por sentir que por ello no se pudo despedir, al no poder despertar sus recuerdos con este.

Además, en este contexto aparece una preocupación porque la bolsa no permite identificar la presencia del cuerpo, sino que podría contener cualquier cosa: “como un kilo de carbón, qué, un kilo de pan. No, po. No es eso, po, es alguien que uno quiso”.

Le resultaba doloroso, además, participar de estos mismos protocolos: “No la pude ni siquiera ir a ver al hospital (...) y después de eso, o sea, adentro de una bolsa, po. Y listo. Y esa bolsa no se abre. Nunca más. Y uno va, después, le pide al auxiliar, ya, déjalo allá. Se le coloca una cin, un papel con una identificación, encima”.

Análisis Intracaso Damián

Damián es médico y durante la pandemia trabajó con pacientes complejos con COVID-19 durante su internado en un hospital de Santiago, y luego de titularse, en uno de la Quinta Región. Su trabajo estuvo marcado por la masividad y la subsiguiente falta de insumos, incluso básicos, como artículos de limpieza y medicamentos.

En su experiencia, destaca una frecuente sensación de urgencia, inmensidad y falta de tiempo, donde “siempre algo iba a pasar mal”. Estas situaciones se encontraban marcadas por un agotamiento físico y mental que relaciona con la responsabilidad que tenía sobre lo que sucedía con los pacientes. En estas circunstancias, señala que los trabajadores se encontraban “cansados, estaban angustiados, taban chatos, taban disociados, todo po, como, era inherente (risas) (...) ver una sala de quince, de treinta, (...) con muchos problemas por paciente”.

En este marco, pese a intentarlo, reconoce que resultaba imposible mantener la calidad de la atención. Sus capacidades y las del hospital estaban al límite, lo que volvía difícil salvar vidas y prepararse ante un fallecimiento. La muerte de los pacientes es vivida con una angustia que se asocia a “no entender la enfermedad” y a la masividad de los decesos que, pese a la preparación recibida en su formación, además de impacto le generaba dudas sobre su trabajo: “hay una cantidad (risas) de muerte a la que uno como que está preparado (...) Como, chuta (risas), se murieron diez así, ¿qué hice?”.

Así también, destaca lo angustiante que resultaba percibir el sufrimiento de los pacientes y no poder hacer nada: “es como ver a alguien que se está ahogando en una piscina. Como, ¿cómo (...) no quería como saltar a la piscina y sacarlo?”. En estas circunstancias pensaba en que sería la última persona que se relacionaría con quien moría, y la angustia que sentía era como una “pesadez en el pecho”, como la de “los pacientes

que dicen que tienen como un infarto”, que con el tiempo lo habría llevado a generar una distancia hacia estos. Relata que la forma en que tramitó esta sensación fue estudiar para poder ayudar, para dar vuelta la situación, “En vez de llegar a mi casa, no sé po, a angustiarme y... y, no sé po, a llorar”.

Junto al temor de estar en las salas para COVID-19 por la posibilidad de contagio, a pesar de que por las medidas tomadas se ‘entendía’ que esto no ocurriría, comenta que estas le despertaban disgusto y rechazo. Pese a ser los únicos que podían tener contacto con el paciente, dice que “nadie quería que te relacionarai como (risas) mucho tiempo”. Relata que el olor a cloro y las máquinas conectadas a cuerpos desnudos y pronados resultaba “una situación súper difícil y extraña”, que suponía ‘barreras’ para una atención que considerara lo ‘humano’: “en el momento en que decidiste intubarte y ventilarte como paciente COVID, de cierta forma, estai firmando como, perder de cierta forma como, que, se te trate como una persona hecha y derecha, (...) fuiste tratado como, una insuficiencia respiratoria”.

La intubación, cuya posibilidad rondaba como un “fantasma”, tenía efectos “violentos” sobre el cuerpo, y ofrecía una imagen muy impactante: “estéticamente es algo... no es normal (...) visualmente muy invasivo. Si no te han entrenado como para ver eso desde varios años antes, es como ver una película de terror”.

Según Damián, establecer una relación médico-paciente ‘fuerte’ era muy complejo al estar “vestido de plástico” y el paciente aislado. Entonces, “las relaciones eran súper distantes (...) ves como ciertos parámetros desde afuera, y estái”. Otro obstáculo tenía que ver con las intervenciones y la posición corporal ‘de guatita’, ‘dado vuelta’, que les impedía “expresar lo que le está pasando”.

Por lo impactante de la situación relata que “si te vai a una UCI (...) los doctores trabajan disociados, (...) está hablando de muerte, y (...) cinco minutos después y se está riendo, (...) no es normal, pero estas personas para poder funcionar, como, casi que como en un formato Excel tienen que hacer esto”. Esta distancia, “ser un poquito más mecánico”, para Damián era una forma de poder ayudar a estos pacientes, ante la dificultad que provocaría involucrarse emocionalmente: “no me pasa con pacientes como, que veo como todos los días, (...) uno conoce al final como, a la persona, se relaciona”.

Pese a los intentos de mantener comunicación con las familias mediante el uso de tablets, fue complejo por la insuficiencia de recursos y la poca familiaridad con los dispositivos. No obstante, cuando se usó tuvo efectos terapéuticos importantes, al entregarles “algo de qué aferrarse”, mientras que “el pacientito que estaba más botado (...)”

al final como que dejaba de... pelear”. Otra forma de acercamiento fueron las llamadas telefónicas que mantenía con los familiares, lo cual le resultaba complejo por la dificultad de contener a distancia el sufrimiento de estos.

Damián señala que, por la mala gestión gubernamental y falta de recursos, las muertes fueron “esperables” y tuvieron que decidir, en conflicto, el destino de los recursos entre pacientes igualmente necesitados: “si todo se hizo mal, como, ¿qué pretendíai? (...) Entonces, si había un pacientito, que tenía la chance, tú te la jugabai”.

En los casos en que debía suspender el tratamiento, los pacientes eran etiquetados con el concepto de LET: Limitación del Esfuerzo Terapéutico. ‘Letiar’ a un paciente era para Damián “decirle que se va a morir, y que no vamos a hacer tanto”. El personal de salud disminuía sus esfuerzos, llegando a dejar de brindar hasta cuidados básicos, como aseo, toma de exámenes o cuidados paliativos, lo cual se agudizaba por la falta de presión de los familiares. Señala: “todas las personas hacia ese paciente se relacionen de forma distinta”. En estas circunstancias, ‘letiar’ era vivido con importantes conflictos éticos al interpretarse como una decisión sobre quién vive y quién muere en malas condiciones.

Sobre esta situación enfatiza: “No tenís funeral, tenís un certificado de defunción y el cuerpo, se pone en una bolsa. (...) un paciente que, hueón, no lo habían afeitado, (...) no lo habían limpiado, que, hace mucho que quizás no había tenido todos los cuidados que necesitaba, y que quizás murió con sufrimiento y con dolor. ¿Cachai?”. Ante esta situación señala que “las condiciones de muerte y como, de, no sé, de ritual de muerte, que nosotros entendemos, como nuestra sociedad, ¡se pierde po!”.

En tal sentido, tener que dar las malas noticias y restricciones le resultaba muy complejo: “te estoy quitando como la posibilidad de que puedas ver a tu familiar. Como, ¡cacha las condiciones que tenis que (risa) hacer que alguien aparte te firmara un papel”. En este contexto, algunos familiares le solicitaron cambiar el diagnóstico del certificado de defunción. Afirma que eran condiciones “que nadie merecía”, donde asumía una posición mecánica, resintiendo las consecuencias de una situación fuera de sus manos.

Para Damián, el rito permitiría que el paciente tenga un cierre, ya que “ver al cuerpo sin moverse, sin respirar”, posibilitaría pensar que ha existido un movimiento del alma de la persona. “No haber tenido esa instancia creo que no le da un cierre, (...) que es importante, como, humanamente”. Esto implicó que él tampoco pudiese darle un cierre al trabajo con los pacientes, dejando una marca en su experiencia por lo que faltó hacer.

Puntualiza que estas situaciones afectaron principalmente a personas de menores recursos, al haber estado más expuestas al virus por sus condiciones de vida. Ante las insuficientes medidas adoptadas por las autoridades, refiere una preocupación del gobierno por la economía por sobre las vidas, lo cual le resulta cruel al pensar que estas decidían “cómo y de qué manera fallecían personas más pobres (...) es lo que yo creo que me daba más rabia (...) ¿realmente se tomaron [decisiones] desde la esfera epidemiológica y de salud?”. En este punto, vuelve a aparecer la figura del ‘Excel’: “estoy casi seguro que los compadres de arriba tenían un Excel, en que metían toda la cuestión y decían, ya, filo, tenemos que salvar la economía de Chile”. Asocia esto a la “instancia más cruda y algorítmica” que introduce una distancia al observar la situación, excluyendo lo “humano”.

Damián señala que esto “humano” era lo que más sostenía la motivación del personal de salud de trabajar por las personas. Así también, se liga a la satisfacción de ver un paciente recuperado, o con algún otro problema posible de tratar: “¡Qué alegría! ¿Cachai?. Como ver a alguien que mejoró, que revirtió ¿cachai?, como... pucha se murieron muchas personas, sí, ¿cachai?, pero también se salvaron caleta po”.

Análisis Intercaso

I. Experiencia de trabajo en pandemia

1. Condiciones laborales y disposiciones materiales

Los cuatro entrevistados señalaron que la ampliación de la capacidad de los hospitales, junto al aumento de su carga laboral y horaria durante la pandemia provocó agotamiento en el personal, y preocupaciones por la calidad que podría perder su trabajo.

Otro cambio importante de su contexto de trabajo se relaciona con las medidas de prevención y la separación espacial de los pacientes y trabajadores en contacto con el virus, a partir de lo cual se dio cuenta de un distanciamiento entre colegas.

Transversalmente se señaló que la masividad de pacientes agravó una situación de insuficiencia de recursos que perjudicó las condiciones de atención al complejizar las decisiones en relación con la distribución de recursos, contribuir al mantenimiento de pacientes en condiciones inadecuadas, e incluso conducir a fallecimientos. En relación con esto, relataron que el personal no daba abasto para cubrir aspectos de la atención que consideran importantes, como la relación con familiares y la disminución del sufrimiento, al centrarse en situaciones de mayor urgencia.

2. Atención de pacientes

2.1. Trabajo clínico

En la atención, los pacientes son reconocidos como trabajadores, “de bajos recursos” (Caso A; B; D), cuyas condiciones laborales, habitacionales y mórbidas aumentaron el riesgo de contagio y agudizaron las consecuencias del virus.

El contacto con estos se veía dificultado por el aislamiento y el uso de elementos que cubrían el cuerpo del profesional. Ambos médicos señalaron que producto de esta distancia se perdía parte importante de ‘lo médico’ que ocurre en el contacto corporal.

Sobre la atención clínica, se destaca la complejidad e inestabilidad, además de la falta de los equipos necesarios. La agudización de los problemas en la atención tuvo importantes efectos de malestar sobre los entrevistados, vinculados a la impotencia, rabia, tristeza y angustia, llegando a parecerles condiciones intolerables, que dejarían secuelas en el personal.

Los médicos tendieron a asociar su malestar con la responsabilidad que tenían sobre la distribución de recursos entre pacientes. Para enfrentarse a estas decisiones, relatan entrar en estados de disociación, evitando interferencias emocionales.

Por otra parte, los cuatro tienden a sentir malestar cerca de las salas de pacientes graves con COVID-19, que se relaciona con el impacto visual de una escena que parece terrible, y donde no se logra identificar del todo aquello que despierta angustia. A propósito de esto, se da cuenta de cierta distancia en el trato con ellos. Mientras ambos médicos destacan la distancia emocional que tenía lugar al no poder hacer nada respecto a su sufrimiento, las enfermeras comentaron las formas en que se acercaron para hablarles, darles ánimo y esperanzas. En esta línea, los médicos comentaron que en las enfermeras y en el resto del equipo se depositó la preocupación por acompañar y que gracias a esta interdisciplinariedad se pudo restaurar algo de lo ‘humano’.

De esta forma, tiene lugar una atribución de un rol de cuidado sobre la enfermería, resultando más implicadas en el contacto con los pacientes, mientras que en los relatos de los médicos la proximidad queda más como una preocupación que una práctica.

2.2 Familiares y cercanos

Respecto a la comunicación con las familias y cercanos, relataron que esta se mantuvo por medio de llamadas y, en algunos casos, encuentros en otros espacios de los hospitales, pero con dificultades para relacionarse y contenerlos.

En relación con la prohibición de las visitas, sobre las cuales reconocen una función terapéutica y de contención, se sostuvo que afectaba negativamente el estado emocional y de salud de los pacientes, y que resultaba insostenible por el sufrimiento que provocaba tanto a los pacientes como a familiares y trabajadores.

Ante esto, se realizaron videollamadas con los familiares, con efectos positivos que relacionan con una promoción del deseo de mejorarse. Sin embargo, se señalaron problemas por la falta de recursos para realizarlas, el estado de salud deteriorado de los pacientes, y la falta de acceso de los familiares a los dispositivos. Por esto, piensan que no se consideró la realidad social para garantizar la comunicación.

Además, surgieron otras prácticas que, aunque insatisfactorias, buscaban ayudar frente a la lejanía de los familiares, como llevarlos hacia las ventanas o mamparas, o la transmisión de recados, y en uno de los casos se flexibilizó la norma dejando ingresar a algunos familiares. En general, se señala que la falta de tiempo del personal hacía difícil idear otras soluciones, y se veían obligados a dejar de lado el problema.

II. Experiencia de trabajo con la situación de muerte

1. Experiencia de atención

1.1. Experiencia del trabajo clínico

En relación con la sensación de no entender la enfermedad ni cómo abordarla, las muertes estuvieron marcadas por la incerteza sobre la sobrevivencia durante el tratamiento. Esto volvía aún más complejo decidir a qué pacientes destinar los limitados recursos terapéuticos, provocando importantes impactos por la sensación de responsabilidad y de culpa que conllevaba. En este punto tienen lugar ciertos elementos diferenciadores entre médicos y enfermeras, a propósito de que los primeros refieren ante las muertes en mayor medida culpa por no poder salvar vidas, en tanto en las enfermeras, si bien esta es reconocible, tendían a poner más énfasis en el vínculo establecido con los pacientes.

A su vez, la situación de pacientes que iban a morir, o que corrían un importante riesgo, implicaba una preocupación por la falta de compañía, lo que se señala incluso como la principal dificultad de la pandemia. A propósito de esto, les resultaba impactante pensar que serían las últimas personas que tuvieron relación con ellos.

1.2. Impactos de las condiciones de atención

Sobre la incidencia del colapso de recursos sobre la muerte de pacientes destacan insuficiencias estructurales, y se tiende a reconocer un límite de las capacidades de los hospitales y del personal para salvar vidas o anticipar con más tiempo una muerte.

Los entrevistados ubican la responsabilidad y explicaciones de esta precarización de diferentes formas. Mientras que Bruno señala que el sistema público siempre ha estado colapsado, por lo que hacerse cargo de estas condiciones haría parte del trabajo, otros conducen las responsabilidades hacia esferas políticas, por la falta de medidas preventivas en el país. A propósito de esto, en algunos ronda la pregunta por la posición que tomarán los trabajadores frente a estas condiciones a partir de este periodo.

1.3. Relación con familiares y cercanos

Para todos los entrevistados la comunicación del fallecimiento a la familia, junto con las restricciones sobre el contacto con el cuerpo, suponía una situación que les impactaba emocionalmente, más aún al deber realizarla por teléfono. A esto se sumaba una preocupación por el riesgo de burocratizar el contacto frente a la intensidad de las emociones y sufrimiento de los familiares.

En este contexto, la reacción que tenían las familias ante la noticia influía sobre la manera en que les afectaban las muertes. Los trabajadores temían que estos las experimentaran como repentinas por no haber estado presentes, y que por lo tanto los culparan, lo cual les provocaba significativos sentimientos de culpa.

En cambio, cuando las familias comprendían el contexto y los motivos de la muerte, o agradecían el trabajo realizado, como comenta Bruno: “uno al tiro se aliviana po, cachai, como eso, al menos la familia como que lo entendió”.

1.4. Experiencia emocional frente a la muerte

La intubación es reconocida como la última posibilidad de tratamiento y el más invasivo, por lo que se conversaba la decisión con pacientes o familiares, y se gestionaban despedidas por la probabilidad de que no volviera a despertar. Esto resultaba emocionalmente complejo e implicaba ocultar la propia afectación para contener el temor y sufrimiento de estos. Evitarla es señalado por Carmen como “darle la oportunidad” al paciente, mientras que Damián dice que involucraba una apuesta por salvar a quien “tenía la chance” por sobre otros.

En los médicos, aparece angustia al tener que ver sin poder hacer nada al respecto cómo los pacientes sufrían por las serias dificultades respiratorias, los tratamientos invasivos, y la conciencia de la eventualidad de su propia muerte en soledad.

Algunos fallecimientos se sentían como ‘un duelo’, asociado a haberse relacionado más y conocer sus historias. Por otra parte, la afectación aparecía también por la masividad, que superaba cierta preparación de su formación, y se señala como un desafío tener que sobrellevar un vaivén emocional entre la culpa y rabia por las muertes, y los momentos en que su trabajo se experimenta con mayores satisfacciones.

La mayoría relaciona el impacto por la muerte con una evaluación del trabajo realizado: se cuestionan qué se hizo mal, si se hizo todo lo posible, y sienten rabia y frustración por lo que se escapa de sus manos. Estas fallas se sitúan también como resultado de la falta de recursos de los hospitales, lo que despierta rabia e impotencia.

Aunque sitúan la responsabilidad más allá de lo que podían hacer, los médicos relataron sentir culpa por no haber podido hacer lo que correspondía. Esto repercutió sobre la manera en que evaluaban su trabajo, añadiendo ansiedad a su labor al cuestionarse si lo estaba haciendo bien.

Los entrevistados tendían a buscar apoyo en sus colegas cuando fallecían pacientes, mediante intercambios que en general les parecen insuficientes y superficiales, pues se dejaría fuera un impacto más personal. Lo que encuentra mayor lugar allí tendría relación con la rabia e impotencia por aquello que otros hicieron mal, lo que falta, y cuestionamientos sobre lo que se hizo y lo que le pasó al paciente.

A los cuatro les planteaba conflictos tener que seguir trabajando afectados por los fallecimientos. Por un lado, sentían el deber de continuar y sofocar su sufrimiento, en consideración de los familiares, pacientes, y sus colegas, y porque “así es la pega” (Caso A). Sin embargo, aparece la idea de que esto no se puede realizar, como una imposible separación de lo que se reconoce como humano, de lo estrictamente laboral, que exige cierta frialdad.

Los médicos, en particular, reflexionan sobre qué hacer con este malestar. Ambos temen tomar distancia de sus emociones en el trato con pacientes y la situación de muerte, que es lo que han observado que hacen los trabajadores con más experiencia, pues les angustia que devenga deshumanizado o burocratizado. Sin embargo, reconocen en esto una necesidad para poder realizar sus labores y ayudar ante el colapso.

2. Impactos en relación con el lugar cultural de la muerte

Sobre las condiciones en que los pacientes fallecían, los profesionales dan cuenta de una preocupación por los cuidados, el dolor, la soledad, los ritos y el trato del cuerpo, que entraba en conflicto con lo que realmente podía realizarse. Este problema es tratado

en términos de lo 'humano' y 'digno' implicado en la forma en que se da la muerte, según las condiciones en que socialmente debería tener lugar.

Se señala que cuando no se podían hacer más esfuerzos terapéuticos se procuraba humanizar la muerte al brindar compañía y reducir el dolor, además de dar el pésame a la familia y transmitirles los esfuerzos realizados para que fuese digna.

En este contexto, para Bruno resultó importante referirse a los pacientes fallecidos por sus nombres, marcando una diferencia con el trato de 'número' que dan las autoridades (Caso B), mientras que Alejandra plantea que esta experiencia podría tener como repercusión que existan tratos más sensibles hacia pacientes y familiares ante una situación de muerte.

Otro punto significativo, por su considerable impacto en la experiencia de trabajo con la muerte, guarda relación con el trato hacia el cuerpo del fallecido. La manera en que se manipulaba es nombrada como 'terrible', 'indigna' e 'inhumana', y resultaba impactante para quienes debían moverlos y entregarlos a las familias.

Así también, se destaca lo impactante que resultaba la masividad de bolsas que podrían contener 'cualquier cosa', perdiéndose un reconocimiento de la persona que contenían, y de los recuerdos sobre esta. Para Alejandra, las condiciones indignas del trato del cuerpo, así como la rapidez con que se ocupaba la cama de un fallecido, la hacían pensar que tanto pacientes como trabajadores eran tratados como números, e incluso, como basura.

La preocupación por la soledad de los pacientes en el momento de su muerte produjo que se realizaran acompañamientos, que algunos nombran como una suplencia de la presencia que no podía dar la familia. Alejandra comenta que 'simulaba' esa compañía, hablándoles y acariciándolos, tanto cuando estaban sedados, como cuando eran conscientes de la cercanía de su fallecimiento; y Bruno marca lo 'ajena' que resultaba todo intento de mitigación de la lejanía de los familiares. A propósito de estas dificultades, luego de conocer mejor la enfermedad se tendió a flexibilizar y realizar excepciones para el ingreso de visitas para despedidas.

Los protocolos de manejo del cuerpo y prohibición de visitas, como fuentes de angustia en tanto limitaban e incluso 'quitaban' la posibilidad de realizar los ritos, imponían una discontinuidad en la experiencia de los familiares al no poder ver a sus parientes luego de ingresados, ni siquiera una vez fallecidos, y una alteración significativa en la manera de enfrentar este acontecimiento en ausencia del funeral y la visión del cuerpo.

Esto afectaba al personal en tanto se identificaban con los familiares al verlos sufrir, sintiendo que se ‘transfería’ su dolor, y algunos evocaron experiencias personales de pérdida de familiares. Además, la situación se hacía más compleja emocionalmente para los trabajadores al verse a sí mismos como quienes debían encarnar estas prohibiciones. Los médicos comentan lo difícil que les resultaba dar las malas noticias y solicitar la firma del certificado de defunción en estas circunstancias.

Viéndose en este lugar, los entrevistados lamentaban que todo aquello escapara de sus manos, lo cual relataron como una situación que, como producto del mal manejo de la pandemia, nadie merecía, ni los familiares ni ellos mismos. La significativa angustia que produce la alteración masiva de los ritos y relación al cuerpo implicó una marca en su experiencia laboral, llegando a señalar que no ha sido posible dar un cierre a este tiempo de trabajo.

Por otro lado, apareció una relación entre una satisfacción con el trabajo y la posibilidad de que la familia pudiera realizar ritos, despedirse de su pariente, o contar con algunos elementos que les permita considerar que contaron con un ‘cierre’.

Este lugar conflictivo desde donde experimentan su trabajo se deja ver también en la forma en que se comunicaban con los entrevistadores al momento de hablar sobre sus decisiones, esfuerzos y limitaciones ante la muerte de pacientes y la falta de ritos. De manera similar a cómo relatan las comunicaciones con familiares, en tanto otros que desconocían lo que ocurría en el espacio hospitalario, en las entrevistas se destaca una insistencia por reforzar que hicieron todo lo posible, como respondiendo a algo que fuese puesto en duda.

Discusión

Para analizar los materiales recogidos, la discusión se organizó en torno a cinco ejes que presentan dimensiones de la experiencia de los entrevistados con la situación de muerte de pacientes en pandemia. Estos se pondrán en relación con los elementos teóricos revisados para aproximarse a una comprensión tanto en función del lugar que toma la muerte del otro en el psiquismo, como también en los espacios institucionales y culturales.

1. Trabajo con la muerte del otro

Al enfocar la relación con los pacientes, encontramos que esta aparece marcada por aquello que resultaba terrible de las salas donde se atendía a las personas más graves y con mayor riesgo de fallecer. Esto se asoció con un gran impacto y a una sensación de extrañeza y angustia, respecto a lo 'chocante' que resultaba la visión de los cuerpos intervenidos y la cantidad de muertes que ocurrían.

A propósito de esto, uno de los destinos de los que se da cuenta en los relatos guarda relación con la distancia y retraimiento respecto a los pacientes. Esto es reconocido por algunos como producto, por un lado, de un intenso cansancio y agobio por la masividad y gravedad de la situación hospitalaria, y, por otro, de un rechazo que excedía los motivos de las medidas preventivas y que respondía a algo difícil de nombrar.

Según lo planteado por Freud (1915), el sujeto ante el fallecimiento del otro se enfrenta a la exigencia de un trabajo psíquico por la irrepresentabilidad de la muerte en el inconsciente. Aquel acontecimiento generaría un conflicto en el sujeto al verse expuesto a la fragilidad de la ilusión con que se recubre la realidad de la muerte propia.

En esta línea, considerando que, como lo plantea Albarracín (2019), la fantasía de salvar a otros sería heredera de la de inmortalidad, la experiencia de la pérdida constante de vidas durante la pandemia supondría para los profesionales afrontar una perturbación de sus propias fantasías respecto a su propia mortalidad. Como destino del sufrimiento causado, la indiferencia y el distanciamiento funcionaría como una respuesta defensiva ante la angustia (Martínez y Alvarado, 2007).

Estas indagaciones permitirían pensar aquello extraño y sobre la relación diferente que se establece con aquel que morirá, considerando las particularidades del virus. Si se considera el distanciamiento como un destino de la afectación de los entrevistados, se puede pensar que una fuente de angustia se situaría en lo que el otro muestra con su muerte y sufrimiento en estas condiciones de excepción, marcadas además por la

posibilidad de contagio: que aquello compete también a los trabajadores, en tanto toca la fragilidad de la vida y lo irrepresentable de su muerte.

Que lo percibido allí se asocie a una película de terror, así como a una sensación de irrealidad, remitiría a lo trabajado por Freud (1919) en relación con lo ominoso. Lo angustioso de la escena, que desafía el borde entre lo fantasioso y la realidad, supone la manifestación de algo sepultado en relación con la muerte y la manipulación del cuerpo. Si lo ominoso responde a la extrañeza de aquello íntimo que muestra el otro, la experiencia de los entrevistados daría cuenta de una dificultad en la elaboración de aquello que por extraño parece no poder nombrarse en función de la fragilidad propia.

En lo relatado principalmente por los médicos, las condiciones de la atención suponían 'barreras' para lo 'humano', los pacientes perdían su 'condición de persona' al ser tratados y la distancia ante el sufrimiento de estos se encontraba normalizada. A propósito de estas situaciones, se señala el riesgo de 'disociarse' y burocratizar la práctica médica con la muerte.

De acuerdo con Skogstad (1997), la falta de contacto con el sufrimiento de pacientes podría entenderse como una defensa inconsciente al momento de realizar una tarea que conlleva elementos difíciles de integrar, como ocurriría en situaciones que implican la tramitación de la muerte masiva de pacientes. Siguiendo a Sanfuentes et al., (2013), esto suscitaría que las relaciones se encuentren marcadas por el anonimato, la distancia emocional y la mecanicidad, perjudicando la intimidad y dignidad en el trato con las personas, a partir de lo cual los cuerpos se volverían objetos sobre los que se llevan a cabo prácticas médicas.

De este modo, lo mecánico, algorítmico y burocrático parece relacionarse con formas defensivas de acercarse ante las ansiedades en el trabajo con la muerte, que permiten tomar distancia para poder trabajar, y como se señaló en las entrevistas, sostendrían la forma médica de ayudar en este escenario. Así, ante el cuerpo que se encuentra "dado vuelta" (Caso D), una manera de trabajar se resuelve volteándose una vez recogida la información médica.

Pese a esto, este distanciamiento es resentido por los trabajadores, como si el trato médico del cuerpo no lograra este recubrimiento satisfactoriamente. Sobre este punto toma relevancia la división entre mente y corazón que trae uno de ellos, como una manera de intentar filtrar algo de lo que produce sufrimiento para permitir la realización de las tareas, y que, no obstante, deja como resto un malestar por la preocupación de volverse como 'roca' o inhumano.

Por otro lado, en tensión con la distancia y angustia ante la exigencia psíquica que implica lo irrepresentable de la muerte, se encuentran formas de identificación que hacen pensar en otras posiciones para hacer del otro y su muerte algo más cercano. En este sentido, en los relatos la preocupación por la dignidad del muerto surgía en relación con sentirse tan número como los pacientes a propósito del trato y gestiones de las autoridades de salud. Así también, la angustia ligada a ver tantas muertes se manifestaba con sensaciones corporales en el pecho, como un infarto, señalado también como causa de muerte de pacientes. En relación con estos, se despiertan preocupaciones marcadas por el temor de morir en soledad y malas condiciones de atención.

Con mayor presencia, se da cuenta de un posicionamiento desde el lugar de las familias para pensar la situación de muerte y la afectación que esta producía, a propósito de la soledad, la lejanía y la falta de ritos.

En este sentido, la tarea de asistir a la muerte de los pacientes en estas condiciones representó para los trabajadores un impacto en un nivel personal y, en este plano, íntimo. En la tramitación de aquello que despertaba angustia tomó una importancia singular la presencia del cuerpo y su lugar en las relaciones, viéndose intensamente involucrados desde su afectividad y corporalidad, lo cual hizo parte de las condiciones para la elaboración de las situaciones a la que se vieron enfrentados.

2. Dejar morir

En los relatos recogidos se expresó una considerable afectación por las limitaciones que imponían las condiciones materiales, como la escasez y precariedad de recursos, para brindar cuidado a los pacientes. Este contexto, ligado en los discursos a una historia de insuficiencia que caracteriza al sistema público de salud, es descrito dando cuenta, a su vez, de su excepcionalidad por la particularidad del virus.

Terrible, masivo, insostenible y catastrófico fueron significantes utilizados para caracterizar las condiciones de atención, y en específico, aquellas relacionadas a la manera en que morían los pacientes, pues les significó hacerse cargo de los cuidados y decisiones en relación con la distribución de los posibles tratamientos en una situación de precariedad. Por la falta de recursos y ante la urgencia de los problemas, lo que estaba puesto en juego se relacionaba con tener que dejar morir pacientes en condiciones señaladas como inhumanas. Ante esto, los trabajadores dan cuenta de significativos conflictos y señalan que

estas situaciones se encontraban marcadas por angustia, tristeza y, particularmente, culpa e inseguridad.

Como se revisó, diversos estudios han analizado los impactos del trabajo con la muerte de pacientes, señalando que implicaría sensaciones angustiosas ligadas a la idea de incapacidad y frustración ante el fracaso terapéutico, a propósito del choque que impone la realidad contra los ideales que sostendría la medicina (Forssell, 2007; Holman et al., 2006).

Ligado a esto, la culpa ante la muerte de los pacientes tiene un lugar central en el afrontamiento de estos sucesos (Skogstad, 1997; Albarracín, 2019). Conforme a lo trabajado por Freud (1915), para pensar la relación de los sujetos con la muerte del otro y los autorreproches que suscita, es necesario considerar las tendencias hostiles, fantasías inconscientes y las formas en que estas son tramitadas según lo que sostiene la cultura. En este sentido, a propósito de tener que decidir en términos de sobrevivencia o muerte, se ha postulado la presencia de fantasías en relación con un mandato de matar en la experiencia del personal de salud, como reverso de la omnipotencia ante la decisión de detener tratamientos (Albarracín, 2019).

Sobre este problema, uno de los elementos encontrados en los resultados se vincula con el mecanismo utilizado para decidir a qué pacientes brindar tratamiento. Este consiste en el empleo de la etiqueta 'LET' en pacientes cuyo acceso a recursos terapéuticos se limitaría en función de su probabilidad de recuperación, el cual es tratado como una acción: se 'letiaba' a los pacientes, decidiendo detener tratamientos, por salvar a otros. En este sentido, 'LET' metaforizaría, como práctica clínica, la situación en que se deja morir a un paciente en función de una decisión médica. Lo que se encuentra condensado en aquella práctica refiere a los conflictos y posiciones frente a la muerte en estas condiciones de excepción, como se aprecia también en los relatos de otros entrevistados.

Si en Elias (1987) nos encontramos con una escena hospitalaria marcada por la burocratización de los rituales médicos y una tecnificación de la situación de la muerte, los relatos escuchados dan cuenta de los conflictos que tienen lugar en los trabajadores a propósito de su afrontamiento. En este contexto, la LET cumple una función ante las exigencias médicas y los conflictos psíquicos, en tanto brindaría una posibilidad de cierre y decisión ante la incertidumbre que encierra el posible tratamiento respecto a la sobrevivencia.

La función que esta práctica tendría en el proceso de atención correspondería a una forma institucionalizada de hacer con lo que Albarracín (2019) señala como la brecha

entre los ideales de salvador de vidas y la realidad de la muerte de los pacientes, en tanto esta conllevaría un sufrimiento significativo como es mostrado por los entrevistados. En este sentido, se vuelve una forma de hacer con la renuncia que exige la escasez de recursos sobre la posibilidad de salvar, que recubre la incerteza al respaldarse en el discurso médico, allí donde decidir deja espacio a fantasías en que la muerte, los reproches y la culpa tienen lugar.

Si bien se han reconocido estos conflictos en los trabajadores previo a la pandemia, en la experiencia estudiada la excepcionalidad de las condiciones de atención difícilmente sostuvo sin angustia las decisiones y prácticas sobre el destino de las personas. Sobre este punto, resuena la frase “no es como que nosotros como médicos estemos como, contando cuántos pacientes se iban a morir” (Caso D), que en su negación da cuenta de esta conflictiva.

La incertidumbre por la posibilidad de que una persona sobreviviera si recibía tratamiento era mayor ante la falta de conocimiento sobre la enfermedad, y por la extrema limitación de recursos existieron casos en que las decisiones se tomaban predictivamente entre pacientes igualmente necesitados. Para las enfermeras, este problema tuvo lugar en relación con cuidados que, reconocidos por su saber como necesarios, no podían realizar por la insuficiencia de personal o de recursos, lo cual ocasionó muertes por tener que responder a otras situaciones consideradas más urgentes.

Por lo tanto, si bien los mecanismos como la LET habrían cumplido una función para sostener la decisión y cubrir la incerteza, en el contexto de desconocimiento y de masividad de muertes se complejizó un conflicto entre la necesidad de sostener la decisión y su cuestionamiento. En este sentido, se puede identificar en los relatos una separación entre una consciencia del sufrimiento por la muerte y las prácticas realizadas en función de las tareas que implicaba su trabajo con esta. Por ejemplo, en el relato de Damián se da cuenta de esto a propósito de que frente a la gestión para decidir entre pacientes queda en una posición ‘mecánica’ y de ‘acatamiento’ que resiente, y en Bruno aparece en torno al malestar que le genera el ‘piloto automático’ y la frialdad que refiere adoptar para poder trazar las estrategias necesarias para trasladar pacientes.

En otra dimensión, el problema de las muertes por la falta de recurso implicó posiciones en los entrevistados en función de la vinculación de esta con las condiciones estructurales de la atención pública y las decisiones preventivas de las autoridades. Particularmente en Bruno, la falta de recursos es asumida como una condición normal del sistema de salud, frente a la cual su posición sería la de imponer sobre su práctica el deber

resolver los problemas presentados. Esta posición pondría en juego una negación de los límites de su hacer, al situar la falta sobre su capacidad de actuar, cuyo costo psíquico sería una significativa culpa ante la muerte de pacientes.

Por otra parte, tiene lugar una reflexión de denuncia sobre la normalización de la precarización del sistema, que se habría vuelto intolerable durante la pandemia, siendo este un contexto en el cual se priorizó la economía por sobre las vidas, y que, como señala Alejandra, dejaría marcas que podrían generar un cambio en la posición de los trabajadores frente a dichas condiciones. Esta reconducción hacia las esferas políticas, si bien hace parte de lo que resulta angustioso de dejar morir, permitiría siguiendo a Sanfuentes (et al., 2018) un mejor escenario para la elaboración de las fuentes de malestar a la que están expuestos los trabajadores de la salud, en un escenario tan complejo como la pandemia.

3. Reconocimiento de lo humano

En relación con el malestar que despertaron las condiciones de atención y trato con la muerte, en los relatos se encontró una preocupación por la deshumanización que ciertas prácticas podrían implicar. La pérdida de condiciones que resguardaran lo humano en la relación con los pacientes, como también la alteración de los ritos funerarios, aparecen como puntos conflictivos a propósito de las labores y el lugar de los trabajadores de la salud en la institución hospitalaria. De esto se desprende la sensación de una falta de cierre para estas vidas, y por ello, también para la experiencia del propio personal.

Por un lado, los entrevistados identificaron prácticas que anonimizaban a las personas que pasaban por los hospitales y fallecían, quienes se volvían datos estadísticos, lo cual les producía un gran rechazo y los implicaba también de manera personal: “tanto los pacientes como nosotros, el personal de salud, somos un número más. Como que... eh, el paciente se moría y ya, lo tiraban allá, se limpiaba la cama, y llegaba otro” (Caso A); “Yo digo los nombres (...) siempre es bueno individualizar a la gente, como quiénes son, po, si no es como la ‘fallecidos de COVID’ es como ya, cuarenta mil. Pero son personas todos po, son familia” (Caso B).

A su vez, lo inhumano en las muertes se relacionó con la precarización de la atención, pues la muerte quedaba marcada por la limitación de recursos y el sufrimiento que a causa de ello experimentaban los pacientes, pese a intentar hacer lo posible por mitigar el dolor y acompañarlos en este contexto.

A esto se sumó una sensación de inquietud por las alteraciones y descuidos en el trato de pacientes moribundos y del cuerpo de los fallecidos: “No había un lugar como decente, digno, para el paciente que, durante su proceso ya de muerto, aunque estuviera muerto igual sigue siendo una persona” (Caso A). También, refirieron con preocupación la obligación de introducir los cuerpos en bolsas selladas en tanto perturbaba el trato respetuoso del muerto y las condiciones de despedida de los familiares, al impedir ver y distinguir a la persona que estas contenían.

Ante lo manifestado en los relatos resulta importante considerar el papel que tienen las condiciones de muerte en los ritos fúnebres, y el lugar de estos en relación con una dimensión pública e institucional.

En relación con los ritos funerarios, la bibliografía revisada reconoce en ellos una función de envoltura del suceso de la muerte, a propósito de las dificultades que plantea para el psiquismo. En razón de su irrepresentabilidad, Freud (1915) planteó que en ellos se juega una desmentida de la muerte como destrucción de la vida, desde donde esta encuentra un lugar en la cultura. A partir de esto, se consideró al rito como soporte de la puesta en movimiento de lo simbólico para subjetivar el acontecimiento, donde se presentan elementos que permiten una construcción imaginaria para una representación (Cifuentes, 2011) En ellos, lo colectivo toma un lugar importante, en tanto requiere de la implicación de los otros, y de los discursos que desde lo público instituyen la muerte (Allouch, 2011; Elmiger, 2017).

Tomando la perspectiva que expone Allouch (2011), donde el duelo no ha sido siempre patrimonio de los allegados del muerto, sino también de sus comunidades, adquieren relevancia aquellas condiciones en las que tienen lugar los procesos de subjetivación, o de ‘traducción’ simbólica que se impone a los sujetos en un contexto de crisis como el presentado. Esta problemática puede pensarse en relación con la manera en que Freud (1915) sitúa el impacto de las muertes durante la Guerra, señalando que responde a que la acumulación de los fallecimientos y el papel de los Estados en aquellos implicaría una amenaza sobre los cimientos del pacto social.

Ciertamente, la pandemia guarda importantes diferencias, sin embargo, en los relatos presentados la situación ha convocado cuestionamientos en torno a condiciones que, produciendo inhumanidad, parecieran estar normalizadas, tanto en las prácticas institucionales como desde los lugares de poder. Desde Rousseaux (2020), la ausencia de visibilidad de los cuerpos y la limitación en la realización de los ritos implican un riesgo

subjetivo en torno a la falta de políticas estatales que garanticen el testimonio, acompañamiento y valor de cada muerte.

A partir del material, las fallas reconocidas en la función de lo público convocan preguntas sobre el sostenimiento de lo cultural en las muertes en tanto alteran las formas rituales en que el proceso de estas tenía lugar tradicionalmente, tanto en el hospital como fuera de este. Desde esta perspectiva, los elementos y situaciones que se describen como inhumanas y angustiantes hacen parte de transgresiones a la manera en que los entrevistados consideran que la muerte resulta digna, desde donde se trazaría una frontera para lo que debe sucederle a un otro.

Según lo anterior, la función de envoltura del discurso y práctica médica sobre la muerte es tensionada en consideración de estas transgresiones, donde tomó un lugar importante la falta de singularización de los individuos, ante la ausencia de la familia y de las palabras, que significó la pérdida de su historia y relaciones, así como por la uniformidad de la bolsa, que impidió el reconocimiento del rostro, y el anonimato en la forma de nombrar los fallecimientos.

Sobre su lugar en la dignificación de las muertes, resuena la manera en que Deleuze y Guattari señalan el rostro como el lugar privilegiado para el reconocimiento de lo humano a partir de la singularidad de los individuos (como se citó en Pagotto, 2010). En este sentido, Agamben (2021) discierne un derecho al rostro tanto de los vivos como de los muertos, que se enlaza con los límites del control de las instituciones sobre las personas, los cuales se dispararían, en cambio, cuando son consideradas objetos, números, o pura vida biológica. En la muerte, esto tiene relación con la denegación o concesión del acompañamiento al moribundo y la realización de funerales (Agamben, 2021).

De este modo, se puede ubicar en la experiencia de los entrevistados una angustia ligada, como reverso del respeto hacia los muertos, a una amenaza sobre cierta representación cultural de la muerte, que en tanto condición para el reconocimiento de la vida humana tensiona el sostenimiento del lazo social.

En este sentido, lo ritual implicado en la muerte sirve también a los médicos, para poder hacer con lo que les es irrepresentable de esta, mientras que participan de una institución que tiene por función darle envoltura. En este sentido, la reflexión sobre estas condiciones no se agota en la práctica misma, sino que adquiere una perspectiva sociopolítica, a partir de la cual se interroga el lugar de las autoridades en la gestión de la pandemia en función de este reconocimiento.

En relación con esto, desde algunos de los entrevistados surgieron preguntas por las consideraciones sobre las vidas humanas implicadas en las decisiones políticas, al decir, por ejemplo, que estos problemas se podrían haber evitado, y que aun teniendo conocimiento acerca de aquello no se hizo lo necesario. Además, se reconoce una injusticia al identificar la vulnerabilidad de un sector de la población a propósito de estas fallas: “el Ministerio de Salud solamente se preocupó como de... de la economía de Chile, y no se preocupó como de... de quiénes se estaban muriendo. (...) yo creo que eso es algo incluso más como cruel. Como, que, que otras personas hayan decidido como, cómo y de qué manera fallecían personas más pobres.” (Caso D).

A propósito de esto, los trabajadores de la salud tomaron en sus relatos ciertos lugares en relación con la dimensión de lo público a la que pertenecen en tanto participantes de la institucionalidad. Uno de los entrevistados, poniéndose en el lugar de los familiares, se pregunta quién es él para prohibir tal cosa: “como es mi familiar, y que yo no pueda enterrar, no sé a mi papá, mi abuelita, Juanito Pérez, ¿cachai?, como... ¿Quién es esta persona que me está obligando a hacer esto?” (Caso D). Otro, dice que “hay una cosa que bueno son los protocolos las normas y obvio, y uno es lo que, lo que uno ve, po. O sea es insostenible” (Caso B). De este modo, desde el conflicto en los profesionales que ejecutan dicha imposición aparece, junto a un acuerdo con la necesidad de las medidas, una desautorización de esta posición.

En relación con esto, la sensación de falta de cierre afectaba al personal al estar en la posición de exigir el cumplimiento de los protocolos, y no tener la posibilidad de acercarse a la familia a aquello que tradicionalmente acompañaba un fallecimiento, dejándoles poco margen de acción ante una inmensidad y gravedad que se volvió inabarcable. Esta posición es vivida con conflictos considerando las críticas que dirigen hacia las autoridades, al identificar una situación de crueldad e inhumanidad, cruzada por la desigualdad entre los sistemas público y privado, así como por la desprotección de parte del Estado.

En la manera en que es expuesto este conflicto, se realiza una separación entre la inhumanidad que emana de la gestión de la pandemia del gobierno, y el mecanicismo con el cual trabajan los entrevistados, que se significa en parte como su consecuencia. Aparecen, entonces, como ejecutores o burócratas, mientras que a la vez se posicionan denunciando las consecuencias políticas de dicha gestión, así como la del sistema público en general. A partir de aquello, acatan mientras a la vez operan resistencias, siendo críticos respecto a los riesgos de deshumanización del vínculo con los otros.

4. Fronteras hospitalarias y desconfianza

A propósito de las prácticas que los trabajadores reconocen como indignas y deshumanizantes, en sus relatos parte importante de la complejidad de la situación de muerte de los pacientes se relaciona con una sensación de incumplimiento y falla ante la reacción de los familiares, quienes, por la intensificación de las medidas de aislamiento, quedaron drásticamente fuera de lo que ocurría dentro del hospital. A raíz de esto, uno de los destinos que tuvo la experiencia de atención en estas condiciones se vincula a la atribución a los otros de una desconfianza respecto de lo que realmente se hacía con los pacientes, a propósito de los esfuerzos brindados para su recuperación y el cuidado en el manejo de los cuerpos. En los relatos de los entrevistados, esta sospecha de negligencias guardaría relación, a su vez, con falencias históricas reconocidas en el sistema público.

Lo desarrollado por Elias (1987) delinea cómo la institución hospitalaria, cuyos límites servirían para un ocultamiento de la muerte, se configura según una nueva forma de relación de los sujetos con quien muere, marcada por la rutinización y aislamiento. Dentro del campo dispuesto por esta disciplina, al ser la muerte integrada como hecho de la medicina, los procesos concernientes a un fallecimiento estarían condicionados por una mirada técnica, cuyo fin supone, fundamentalmente, la salvación de la vida (Focault, 1996, 2001).

En función del lugar asignado socialmente al hospital, la esperanza de mantener con vida implicaría importantes desafíos para los profesionales en la relación con los familiares frente a la muerte de pacientes (Zamora y Manero, 2019). Así, en los momentos en que se pierde el control sobre su estado de salud y los trabajadores se enfrentan a acontecimientos que producen angustia, el encuentro con las fronteras del espacio hospitalario se vuelve inquietante (Skogstad, 1997). En tal sentido, el contacto con las demandas de los familiares y de otros servicios, como espacio exterior, despertaría ansiedades a propósito de las exigencias, complejidades y falencias en la realización de las tareas (Sanfuentes, 2018).

Estas coordenadas permiten discernir una dimensión espacial en la experiencia hospitalaria, la cual toma un lugar particular en la pandemia a propósito de la acentuación del aislamiento y separación de lo que se vive en el hospital. En este marco, el relato de los entrevistados da cuenta de una preocupación en torno a lo que queda oculto para los otros de su trabajo con los pacientes, en relación con los cuestionamientos que dirigen hacia sí mismos y entre ellos.

En tal sentido, a propósito de los problemas del sistema de salud se pondría en juego una sensación de deshonestidad en el proceso de muerte y ritual de los pacientes, cuyos efectos se situarían en torno a la imposibilidad de darles un cierre. Así, el contexto de trabajo se presentaría para los trabajadores como un marco dentro del cual no se podría dar por seguro un trato respetuoso y adecuado hacia los otros.

Esto toma lugar, por ejemplo, cuando aparecen cuestionamientos sobre el lugar que tienen los trabajadores de la salud en la pérdida de la “condición como persona” (Caso D) de los pacientes en las salas de mayor complejidad, donde estos se encontraban en una posición de absoluta vulnerabilidad. En esta línea, se señala que cuando faltaba la familia se perdía una presión sobre el cuidado de los pacientes, y, por tanto, su muerte correría el riesgo de volverse indigna.

Así también, ante los familiares se vivía con culpa el hecho de no poder hacer más por el tratamiento de los pacientes que fallecían debido a la escasez de recursos. Este punto se vincula, además, con la imposibilidad de las familias de ver el cuerpo de los fallecidos, y con ello, el estado en que se encontraban luego de su paso por el hospital en sus últimos días de vida.

La pérdida de visibilidad del cuerpo, como soporte imaginario que permitiera darle una envoltura a la muerte, junto a su masividad, producía incluso desconfianza sobre la correcta entrega de los cuerpos. En este contexto, se señala que la bolsa mortuoria sellada despertaría la sensación de que contendrían algo incierto.

Estas circunstancias hacían parte de lo conflictivo que resultaba comunicar las muertes y los protocolos, y solicitar a los familiares la firma del certificado de defunción. A propósito de estas situaciones tuvo lugar un gran sentimiento de falla con las familias, como también de culpa, por la posición y funciones que deben tomar dentro del sistema de atención pública, pues pueden sentirse agentes de las falencias de la atención.

Esta situación, marcada además por la ausencia de otros externos que pudiesen servir de testigos de los procedimientos y tratos, daría paso a una manera particular de pensar las relaciones que se establecían con el afuera del hospital. De este modo, en las entrevistas se repite la idea de una desconfianza que perciben y, en otros casos, asumen de entrada en el contacto con los familiares.

En lo relatado por Alejandra, se deja ver una preocupación por la reacción que podrían tener las familias, dado que se transmitía en los equipos la posibilidad de resultar agredidos. A propósito de la preocupación por los errores y limitaciones, circulaban

cuestionamientos y una búsqueda de culpables entre los equipos de trabajo por la muerte de ciertos pacientes.

Por su parte, Bruno relató que, debido a la lejanía de las familias del proceso de muerte, esta se vivía de manera repentina, lo cual ocasionó cuestionamientos en torno a las razones del fallecimiento, y la responsabilización del hospital y trabajadores de lo sucedido. Resulta interesante que al hablar sobre las escenas en que se comunicaba con las familias, señaló que aun cuando los deudos no lo expresaran, siempre sentirían que “el médico lo mató (...) y no, no hay (risas) doble lectura de eso” (Caso B).

A propósito de lo trabajado en el punto anterior sobre el reconocimiento de lo humano, la desconfianza respecto del paso del fallecido por el hospital, que se deposita en el familiar, tendría sus raíces en la amenaza que resulta para los sujetos las condiciones de la gestión de la muerte durante la pandemia, no solo sobre el trabajo de simbolizarla, sino sobre el lazo social, que sostiene la relación al otro y su reconocimiento.

En este contexto, toman lugar culpas y fantasías al momento de relacionarse con las familias y espacios externos a propósito de lo incumplible que se vuelve la exigencia de trabajo. Esto se presenta también en la comunicación con los entrevistadores, al entregar justificaciones acerca de sus prácticas e insistir en los esfuerzos que realizaban pese a las limitaciones, mostrando en su actitud una preocupación por transmitir los impactos de las situaciones y hacer creíble algo que pareciera poder ponerse en duda. De este modo, en los contactos con personas externas se repetirían presunciones sobre lo que se hizo mal, recayendo sobre ellos responsabilidades que, sin embargo, los excedían: “de verdad que nosotros, se hizo todo lo humanamente posible, y hasta lo imposible, eh, eso ya escapa de las manos de nosotros, como trabajadores de salud” (Caso A).

De esta forma, en las entrevistas se advierte un conflicto por su lugar ante la muerte de pacientes cuando desde la institución operan violencias correspondientes a las políticas adoptadas en la pandemia y las falencias históricas del sistema de salud. Esto supondría que los trabajadores asumieran como propias las injusticias institucionales en la realización de las tareas y el roce con los usuarios del sistema de salud, desatando en ellos conflictos psíquicos y malestar.

A propósito de lo que señala Rousseaux (2020) en torno a la necesidad de la certificación en las muertes para su inscripción, especialmente si el cuerpo no es visible y los ritos se ven alterados, la desconfianza que los trabajadores sienten transmitir a los familiares se relacionaría con la historia de una institucionalidad que falla en brindar garantía sobre su palabra para entregar salud, y un trato digno.

5. Creación de la posibilidad de encuentro y palabra

Otra dimensión relevante de la experiencia de los trabajadores guarda relación con la creación de espacios en que la posibilidad de encuentro y palabra pudiese tener lugar ante el aislamiento, la lejanía y la muerte. A propósito de estas circunstancias, en lo relatado se señala que en la realización de la tarea de cuidado de pacientes emergieron consideraciones en el trato con estos y sus cercanos, así como también, reflexiones sobre lo humano implicado en el trabajo médico. Si, por una parte, según lo trabajado hasta aquí, la distancia, la culpa y la angustia por la muerte comprenden una parte importante de la experiencia en pandemia, actos como la compañía y el resguardo del testimonio sugieren una salida diferente ante lo catastrófico.

En tal sentido, se sitúa una preocupación por la vivencia de soledad de los pacientes que derivó, principalmente en la experiencia de las enfermeras, en entregar palabras de apoyo y esperanza mediante, por ejemplo, recordarles que fuera del hospital estaban sus familiares esperándolos. En los momentos de mayor angustia o cuando la muerte era inminente, buscaban brindar tranquilidad e incluso acariciarlos, intentando suplir la falta de compañía de la familia.

Por otra parte, dado que sostenían la idea de que, pese a estar inconscientes, los pacientes continuaban sintiendo y escuchando, mantenían una comunicación con ellos, presentándose y relatándoles los procedimientos que les realizaban, así como también intentaban resguardar sus vivencias esperando el momento en que despertaran.

Así también, tenían una participación en el contacto entre pacientes y familiares cuando las condiciones de aislamiento impedían la presencia de estos, por ejemplo, en momentos de despedidas. Carmen relata ser parte de la comunicación de mensajes orales y escritos, mientras que Alejandra, a pesar de no ser parte de sus funciones, tuvo acercamientos a familias luego de la muerte de pacientes para brindar el pésame y señalar los esfuerzos que se hicieron en la atención.

Si en las experiencias retratadas por las investigaciones sobre los mecanismos defensivos institucionalizados se muestra principalmente una rutinización de las prácticas como forma defensiva en la aproximación a los pacientes (Menzies, 1960; Skogstad, 1997; Sanfuentes et al., 2013), las prácticas aquí descritas, en determinadas situaciones, parecen ir más allá de este carácter puramente mecanizado. Más bien, lo que parecen mostrar

guarda relación con la puesta en juego de un orden creativo ante las complejidades y limitaciones que supuso la pandemia en torno a lo humano en la realización de las tareas.

Desde Davoine (2021), pensar lo catastrófico de la pandemia implica considerar una dificultad para la inscripción de los sucesos en la experiencia, a propósito de zonas en que las palabras corren el riesgo de no tener lugar por lo cercano que queda lo irrepresentable de la muerte, en un contexto que supone, además, la masividad y la pérdida de los soportes que entregaba la compañía de los otros. En este contexto, el involucramiento en prácticas que permitan crear y sostener condiciones de proximidad al otro suponen el trabajo subjetivo de hacer algo diferente con lo angustiante en la experiencia.

A partir de su implicación en la comunicación entre una paciente y su madre, también hospitalizada por COVID-19, Alejandra, al subrayar la coincidencia de descubrir que una familiar suya, también enfermera, era quien la atendía en el otro hospital, señala: “la pandemia puede tener muchas cosas malas, pero, una de esas cosas como, saber que tú pudiste ayudar en eso, como en el reencontrarse, fue una muy buena situación” (Caso A). Cuando Davoine (2021) se pregunta cómo ir hacia alguien en un espacio de soledad extrema, marca en el co-incidir un momento en que se abre esa posibilidad. En aquel acto, que la enlaza también a ella con su familiar en un momento marcado por la lejanía, Alejandra rescata en el azar una posibilidad para aquel doble encuentro.

En la experiencia de Bruno, a propósito de las particularidades de su hospital, se gestionó que los familiares pudieran ver a los pacientes a través de las ventanas exteriores de las habitaciones. Pese a que en su discurso se señala como una solución ‘penca’, fue un ‘invento’ para hacer algo con lo insostenible reconocido en la lejanía.

Estas prácticas, junto a otras como la comunicación con la familia para preparar la situación de muerte de manera más acompañada, son relatadas como momentos en que, a pesar de las pérdidas, producían cierta satisfacción con el trabajo a propósito de la posibilidad de encuentro con otros fuera del hospital. En este sentido, cuando esta apertura a la relación con los otros implicaba un contacto mediado por la palabra e intentos de proximidad, la vivencia de los trabajadores se encontraba menos marcada por ansiedades, y el trabajo se volvía algo más gratificante.

En cuanto a la atención de los pacientes, el alejamiento de las familias en la pandemia suscitó reflexiones sobre la importancia de la presencia en relación con lo terapéutico. En este sentido, llevado al plano médico, esto sugeriría una apertura sobre la concepción de que aquello que enferma y tiene implicancias para la recuperación no es

solo el cuerpo, sino que se subraya la importancia de lo subjetivo, reconocido en aquello 'humano' que despierta reflexiones sobre la cabida que tiene en la medicina.

Esto, en relación con la muerte, implicó para ellos pensar no sólo en el sufrimiento causado por el dolor físico, sino también algo de orden psíquico, cuando al ponerse en el lugar de ellos hablan sobre la soledad y la angustia del "darse cuenta de lo que pasa" (Caso A). Para su dignificación, entonces, se consideró la presencia de lo humano y la posibilidad de compañía, además de la ayuda estrictamente médica y mecánica.

Conclusiones

La investigación expuesta ha estado guiada por el interés de comprender cómo ha sido la experiencia de trabajadores de la salud de hospitales públicos en relación con la situación de muerte de pacientes en un momento histórico tan complejo como la pandemia por COVID-19. Este marco investigativo, en el que destaca el desafío de acercarse a acontecimientos recientes y sensibles, ha supuesto la necesidad de un abordaje que contemple los cruces y tensiones entre dimensiones intrapsíquicas, institucionales y culturales al momento de escuchar y reflexionar sobre los discursos de los sujetos.

La integración de estos diferentes planos ha sido relevante ante los significativos efectos que las particularidades de este periodo han tenido sobre las muertes, a propósito del aislamiento y soledad de los enfermos, la masividad de los decesos, la imposibilidad de entregar el cuerpo visible a la familia y las alteraciones sobre la manera tradicional de realizar los ritos. Aquello supuso intensos desafíos para lo público y sus instituciones, lo que tuvo lugar en la experiencia particular de las personas que se enfrentaron a la atención de la enfermedad y la muerte en este contexto de crisis.

En este marco, si bien desde el psicoanálisis la muerte del otro implica en sí misma una exigencia elaborativa, a propósito de su irrepresentabilidad, en el contexto médico estudiado, la excepcionalidad de la situación supuso una mayor dificultad en su tramitación. Una de sus manifestaciones principales se vinculó con sensaciones de angustia y culpa frente a las renunciaciones que enfrentaron en la atención y las condiciones en que los fallecimientos tenían lugar.

En dicha experiencia destacó la primacía del lugar del cuerpo, tanto en el contacto con los pacientes enfermos por lo impactantes que resultaban las intervenciones y la ausencia de palabras, como en la importancia dada a su falta de visibilidad cuando fallecían. Así también, el cuerpo aparece como un lugar de tramitación del malestar en forma de sensaciones ligadas a la angustia y el agotamiento.

Esta experiencia se liga a una institucionalidad marcada por los desafíos y limitaciones que involucró el desconocimiento de la enfermedad y la precariedad e insuficiencia de recursos. En este sentido, se tomó en cuenta la función que tienen ciertos discursos y prácticas médicas para recubrir la incerteza, las angustias y las fantasías asociadas al trabajo con la muerte de las personas, a pesar de lo cual tuvo lugar un significativo malestar ligado a conflictos por la necesidad de decidir ante la insuficiencia de

recursos, el fracaso de sus esfuerzos, el mecanicismo del trato y la preocupación por la subjetividad de los pacientes y condiciones en que morían.

En este contexto, los entrevistados manifestaron una tensión psíquica al constatar que las condiciones hospitalarias y prácticas institucionales dictaminaron cierta forma de hacer con la muerte que ponía en entredicho las formas culturales de acompañar a otro en situación de fallecer y de realizar ritos mortuorios. A propósito de aquello, algunos vincularon dichas condiciones con fallas de la institucionalidad, en relación con las históricas falencias del sistema de salud y con la gestión de la pandemia, responsabilizando a las autoridades por la constatación de una situación de gran precariedad e injusticia social.

A partir de estas coordenadas, se discernieron destinos y arreglos que dan cuenta de diferentes posiciones adoptadas por los entrevistados. Para algunos, asumir las labores de cuidados y decisiones desde los conflictos involucrados implicó una exigencia incumplible, frente a la cual aquello que salía del lugar cultural de la muerte pudo resultar resentido como una falla propia. Fue común para los sujetos que las decisiones y labores realizadas implicaran culpa y la atribución de desconfianza en los otros, al sentirse responsables de comprometer la vida de los pacientes y, en particular, de las condiciones que rodeaban la situación de sus muertes.

En relación con las condiciones que volvían indignos los fallecimientos, se identificó una resignación, que muchas veces estuvo ligada a una distancia respecto al sufrimiento de los usuarios durante sus labores, la cual resultaba acompañada de malestar. También, se dio cuenta de otras posiciones que ponían en juego prácticas de flexibilización, resistencia, e incluso desautorización de las medidas sanitarias.

Por otra parte, ante las angustias y conflictos derivados de la tarea que implicó asumir el acompañamiento en estas condiciones, varios de los entrevistados buscaron espacios que pudieran mantener algo de lo humano, donde tuvo lugar la pregunta por cómo, pese a la soledad y tendencia a la lejanía, se podía acompañar, dar testimonio y crear condiciones de proximidad con aquellos que estaban en situación de fallecer.

En estas prácticas, sostenidas en la creatividad y la posibilidad de encuentro, se traza un horizonte ético a partir del cual el sufrimiento instalado en los puntos anteriores toma lugar de otra forma al momento de pensar las relaciones con los otros y la implicación de ellos como trabajadores.

Reflexiones finales

En función de los objetivos planteados para la investigación resulta importante considerar que existieron limitaciones en su desarrollo a propósito del contexto en el cual se realizó, las características de la muestra y el carácter del estudio.

Por una parte, si bien los discursos refieren a una experiencia e historia común del sistema público de salud, los resultados dieron cuenta de la existencia de una diversidad de realidades a partir de diferentes contextos y unidades de atención, cuyas particularidades resultarían relevantes de indagar a través de un abordaje que, contemplando el contexto general, tenga un enfoque situado.

Por otra parte, que los entrevistados hayan sido jóvenes en sus primeros años de ejercicio profesional implicó un sesgo en tanto, en determinados puntos, no contaban con una experiencia laboral que permitiera realizar un mejor contraste con lo que se vivía antes de la pandemia, siendo el diálogo con colegas mayores y sus experiencias en etapas formativas las principales fuentes a las que se refirieron para dar cuenta de las continuidades y discontinuidades en este tiempo. Pese a esto, los resultados muestran la importancia de reflexionar sobre experiencias iniciales y los conflictos que se ponen en juego, así como sobre el lugar que tiene la transmisión desde generaciones anteriores.

Así también, para una comprensión más precisa sobre las prácticas realizadas y los efectos de la situación de muerte de pacientes, resulta necesario introducir ejes de análisis que sitúen el lugar social y en la institución de las diferentes profesiones y funciones de los trabajadores, a propósito de los elementos diferenciales relevantes presentados de manera descriptiva en los resultados. Junto a esto, es necesario avanzar hacia una problematización en torno a los roles de género involucrados, especialmente, al tratarse de profesiones vinculadas a lugares socialmente asignados. Esto, dado que además la muestra presentada tuvo un sesgo importante a atender, correspondiente a la distribución entre hombres médicos y enfermas mujeres. Estos elementos permitirían analizar las influencias culturales sobre las formas de asumir ciertas cargas laborales, las responsabilidades, la relación al cuidado, las relaciones establecidas entre pares y con la institución, entre otras.

Otro punto a considerar refiere a la forma de aproximarse a las vivencias de los sujetos, es decir, mediante entrevistas que por su objetivo exploratorio implicaron un abordaje abierto, lo que supuso en algunos puntos limitar la profundización de lo que

emergía. En vista de aquello, los resultados expuestos abren una serie de temáticas e interrogantes que no llegaron a ser elaboradas.

Dentro de esto, se puede señalar la importancia de profundizar en una comprensión del malestar de los trabajadores de la salud considerando los efectos que tuvo el desgaste vivido ante la insuficiencia del sistema público y la intensidad afectiva que implicó su trabajo en este periodo. Una aproximación a esta problemática desde la perspectiva de la salud mental resultaría importante para la eventual introducción de dispositivos que permitan atender estos impactos.

En relación con esto, sería relevante recoger testimonios de trabajadores sobre su experiencia en este contexto de crisis, para crear espacios de memoria que permitan que las vivencias de los sujetos, con los conflictos y consideraciones éticas involucradas, tengan lugar para su reflexión y comunicación.

A propósito de esto, también resulta de interés pensar la manera en que sus experiencias serán transmitidas a las nuevas generaciones, en relación con los desafíos y prácticas que tendieron a restituir una dimensión humana en la atención médica. En esta línea, se abriría la posibilidad de sistematizar y reflexionar sobre aquello que sostuvo un horizonte ético en el cuidado de pacientes y atención de su muerte en este periodo de crisis, en miras a producir insumos para pensar el trabajo clínico en otras circunstancias complejas como aquellas relacionadas a los cuidados paliativos de pacientes terminales, o contextos de catástrofe.

Por otro lado, lo presentado abre reflexiones acerca de la problemática del duelo y el lugar de los otros en situaciones de crisis, a propósito de las particularidades que introduce la pandemia en la forma de hacer con la muerte.

En este marco, y a partir de la presentación en los resultados de los efectos de las estrategias gubernamentales para enfrentar la crisis sanitaria como uno de los principales nudos problemáticos, en futuros estudios sería relevante poner atención sobre el papel que las políticas estatales pueden tener en formas de reconocimiento que permitan darles un lugar social a las muertes ocurridas en este tiempo, con el objetivo de trazar sugerencias para el abordaje público de esta dimensión.

En particular, en consideración de la importancia que toma la presencia del cuerpo a propósito del distanciamiento social como resguardo ante el virus, y el lugar de la visibilidad de este en la muerte, estas reflexiones señalan la importancia que tienen las políticas y prácticas de las instituciones sobre el cuerpo para lo ritual.

De la mano con esto, en el transcurso de la investigación surgió la importancia de reflexionar acerca de la continuidad que encuentra la situación de pandemia con otras problemáticas sociales de la historia reciente del país, a propósito de las condiciones que dan lugar a la precariedad de los hospitales, y, también, de la violencia política.

Por una parte, los problemas asociados al reconocimiento de los fallecidos y el lugar del cuerpo en la situación estudiada, entra en contacto con marcas históricas donde resuenan los tiempos de dictadura, en tanto hasta el día de hoy el Estado mantiene una deuda con los familiares de asesinados y detenidos desaparecidos a propósito de la ausencia de restos, así como de la sanción de las responsabilidades y la verdad implicadas en estos sucesos.

Así también, se puede pensar en las consecuencias que tienen sobre lo colectivo hitos como la revuelta social del año 2019, entre otras movilizaciones ciudadanas que insisten en denunciar una acentuada desconfianza sobre la institucionalidad y el desarrollo desigual de los servicios sociales del país, tales como la salud, en tanto hacen parte de una profunda injusticia y marginación social.

En este sentido, sería relevante que la pregunta por lo que sostiene y lo que dificulta la consideración de lo humano en la muerte contemplara una apertura a los fragmentos históricos que se mantienen presentes y que son testimonio de una falla en relación con el reconocimiento del otro y al lazo social.

Referencias

- Agamben, G. (29 de abril del 2021). Wo das Gesicht verschwindet, werden auch die Toten aus dem Leben verbannt: Gedanken zur unmenschlichen Gegenwart. *Neue Zürcher Zeitung*. Recuperado de <https://www.nzz.ch/feuilleton/giorgio-agamben-das-verschwinden-von-gesicht-tod-und-politik-ld.1614127>
- Albarracin, D. (2019). Fantasmies et réalités de la pratique médicale. *Cliniques Méditerranéennes*, 100(2), 215-227. doi:10.3917/cm.100.0215
- Allouch, J. (2011). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires: El cuenco de plata.
- Alvarado, R. y Tapia, T. (2020). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de salud. Informe preliminar n°1 Chile. Recuperado del sitio de Internet de la Universidad de Chile: <http://www.medicina.uchile.cl/noticias/168597/mas-del-30-de-trabajadores-de-la-salud-presenta-sintomas-depresivos>
- Anigstein, M.S., Burgos, S., Medina, S., Pesse-Sorensen, K., Espinoza, P. y Toledo, C. (2021). Desafíos y aprendizajes para la promoción de la salud durante la pandemia de la COVID-19 en Chile. Un análisis de experiencias locales desde la salud colectiva. *Global Health Promotion*, 28(2), 115-123. <https://doi.org/10.1177/1757975920986700>
- Ansoleaga, E., Toro, JP., Godoy, L., Stecher, A. y Blanch, J. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 139, 1185-1191. Recuperado de <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n9/art11.pdf>

- Ansoleaga, E. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 47-55.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100006>
- Arevalo-Leal, J., Gomez, Al., Pinto, B., Leon, N., Castillo, A. y Trillos, C. (2020). Problemas Éticos En La Asignación De Recursos Escasos Y Cuidado Intensivo En La Atención De La Pandemia Por Sars-Cov-2: Una Reflexión Desde Los Principios, Criterios, Derechos Y Deberes. *Acta Medica Colombiana-Digital*, 45(3).
doi:10.36104/amc.2020.1952.
- Bárcena, A. y Etienne, C. (2021). *Informe COVID-19. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. Recuperado del sitio de Internet de CEPAL:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf
- Becerril-Montekio, V., Reyes, JD. y Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(s2), 132-143. Recuperado de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009
- Blackman, J. (2020). A psychoanalytic view of reactions to the coronavirus pandemic in China. *The American Journal of Psychoanalysis*, 80, 119–132.
<https://doi.org/10.1057/s11231-020-09248-w>
- Canales, M. (2006). Presentación. En M. Canales (Ed.). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios* (pp. 11-30). Santiago: Lom Ediciones.
- Canales, A. (2020). La desigualdad social frente al COVID-19 en el Área Metropolitana de Santiago (Chile). *Notas de Población*, 47(111). Recuperado de

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46550/S2000528_es.pdf?sequence=1#page=15

- Canals, M., Cuadrado, C., Canals, A., Yohannessen, K., Lefio, L.A., Bertoglia, M.P.... y Arteaga, O. (2020). Epidemic trends, public health response and health system capacity: the Chilean experience in four months of the COVID-19 pandemic. *Panamerican Journal of Public Health*, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.99>
- Cifuentes, F. (2011). El malestar en el duelo: nuevas formas de relación con nuestros muertos. *Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis*, 11, 229-248. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27257>
- Colegio Médico de Chile (2020). *Una respuesta en equipo: Dilemas éticos y decisiones críticas en pandemia*. Recuperado de <https://revista.colegiomedico.cl/una-respuesta-en-equipo-dilemas-eticos-y-decisiones-criticas-en-pandemia/>
- Colegio Médico de Chile (24 de mayo de 2021). *Declaración Pública: Pase de Movilidad – No es el momento epidemiológico*. Recuperado de <https://www.colegiomedico.cl/declaracion-publica-pase-de-movilidad-no-es-el-momento-epidemiologico/>
- ColmedChile. (2020). 4º Charla Ciclo de entrevistas de bioética en pandemia [archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/ERM0B0zKXuE>
- Chocarro, L., González, R., Salvadores, P. y Venturini, C. (2012). Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Medicina Paliativa*, 19(4), 148-154. doi:10.1016/j.medipa.2011.11.002
- Chochinov, H., Bolton, J. y Sareen, J. (2020). Death, Dying, and Dignity in the Time of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine*, 23(10), 1294-1295. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0406>

- Davoine, F. (2021). Trauma histórico y pandemia. *Lúdica: Revista de teoría y práctica psicoanalítica*, 10-17.
- Davoine, F. y Gaudillere, JM (2010). *El acta de nacimiento de los fantasmas*. Córdoba: Fundación Mannoni.
- Doucet, C. (2005). La clinique des soins palliatifs au regard du problème métapsychologique de la mort. *Evolution Psychiatrique*, 70(3), 605-612. doi:10.1016/j.evopsy.2004.12.011
- Dubreuil, R. (2020). Pensando la resiliencia en tiempos de pandemia. *Revista Psicoanálisis*, 25, 49-58. Recuperado de <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/SPP-PSICOANA%CC%81LISIS-N.-25.-Julio-2020.pdf#page=49>
- Elias, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Elmiger, ME. (2017). *Duelo. Público. Privado. Íntimo*. Buenos Aires: Argus-a.
- Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J. y Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica*, 155(10), 434-440. doi: 10.1016/j.medcli.2020.07.006.
- Espinoza, M., Luengo, L. y Sanhueza, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan*, 16(4), 430-446. doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.3.
- Fainstein, A. (2020). Psicoanálisis en tiempo de pandemia. *Revista Psicoanálisis*, 25, 10-18. Recuperado de https://www.ipa.world/IPA_DOCS/Revista-SPP%20PSICOAN%C3%81LISIS%20N.%2025.%20Julio%202020.pdf
- Fernández, M. (2003). La muerte hospitalaria. La muerte expropiada. Una reflexión moral. *Contrastes. Revista internacional de filosofía.*, 8, 59-76. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/792792.pdf>

- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (2° ed.). Madrid: Morata.
- Flores-Guerrero, R. (2004). Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Revista Mad*, 10. Recuperado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/14783/15122>
- Forssell, J. (2007). Has anyone met a patient? Balint groups with young doctors in their foundation years at a county hospital in sweden. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(2), 181-191. doi:10.1080/02668730701359896
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Ciudad de México: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Editorial Altamira.
- Freud, S. (1913) Tótem y Tabú. *Obras Completas, Tomo XIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). De guerra y muerte. Temas de actualidad. *Obras Completas, Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. *Obras Completas, Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919) Lo ominoso. *Obras Completas, Tomo XVII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923) El yo y el ello. *Obras Completas, Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas, Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gaínza, A. (2006). La entrevista en profundidad individual. En M. Canales (Ed.). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios* (pp. 219-263). Santiago: Lom Ediciones.
- Galehdar, N., Kamran, A., Toulabi, T., Heydari, H. (2020). Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 20(1):489. doi: 10.1186/s12888-020-02898-1

- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Holman, C., Meyer, J. y Davenhill, R. (2006). Psychoanalytically Informed Research In An Nhs Continuing Care Unit For Older People: Exploring And Developing Staff's Work With Complex Loss And Grief. *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 315-328. doi:10.1080/02650530600931872.
- ICOVID. (2021). Capacidad Hospitalaria. Recuperado de <https://www.icovidchile.cl/capacidad-hospitalaria>
- Kaës, R. (1991). Rupturas catastróficas y trabajo de la memoria. Notas para una investigación. En J. Puget y R. Kaës (Eds.), *Violencia de Estado y psicoanálisis* (pp.159-187). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina
- Khouri, M. (2020). El virus no es una metáfora. *Revista Psicoanálisis*, 25, 19-24. Recuperado de https://www.ipa.world/IPA_DOCS/Revista-SPP%20PSICOAN%C3%81LISIS%20N.%2025.%20Julio%202020.pdf
- Kreh, A., Brancaleoni, R., Magalini, S.C., Chieffo, D.P.R., Flad, B., Ellebrecht, N. y Juen, B. (2021). Ethical And Psychosocial Considerations For Hospital Personnel In The Covid-19 Crisis: Moral Injury And Resilience. *PLoS One*, 16(4), . doi:10.1371/journal.pone.0249609.
- Lacan, J. (2015). *El Seminario 6 (1958—59). El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacasta-Reverte, M.A., Torrijos, M., López-Pérez, Y., Carracedo, D., Pérez, T., Casado, C., y Martí-Esquitino, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Medicina Paliativa*, 27(3), 201-208. doi:10.20986/medpal.2020.1188/2020.

- Lefio, A., Berlagosky, F. y Espinoza, P. (2020). Memoria colectiva, salud pública y epidemia por COVID-19 en Chile, 2020. *Revista Chilena de Salud Pública*, 30-36. doi:10.5354/0719-5281.2020.60378
- Lesley, M. (2021). Psychoanalytic Perspectives on Moral Injury in Nurses on the Frontlines of the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(1), 72-76. doi:10.1177/1078390320960535.
- Lo Bianco, A. y Costa-Moura, F. (2020). Covid-19: Luto, Morte e a Sustentação do Laço Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244103>
- Lopera, M. (2017). Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional. *Aquichan*, 17(3), 284-291. doi:10.5294/aqui.2017.17.3.5.
- Martinez, M. y Alvarado, S. (2007). Aspectos contratransferenciales del terapeuta ante la muerte del paciente con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40(1), 21-27. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2007/nnp071c.pdf>
- Menzies, I. (1960). A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety: A report on a study of the nursing service of a General Hospital. *Human Relations*, 13, 95-121. Recuperado de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2017/02/Menzies.-1960.-A-case-study-of-nursing-service-of-a-general-hospital.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (11 de junio de 2020). *Covid-19: A través tablets hospitales conectarán a pacientes con sus familias*. MINSAL. Recuperado de <https://www.minsal.cl/covid-19-a-traves-tablets-hospitales-conectaran-a-pacientes-con-sus-familias/>

- Mira, J. J., Carrillo, I., Guilabert, M., Mula, A., Martín-Delgado, J., PérezJover, M. V., Vicente, M. A., & Fernández, C. (2020). Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain. *British Medical Journal Open*, *10*(11), 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2020-042555
- Miranda, B. (16 de junio del 2020). Las razones por las que Mañalich perdió la “batalla de Santiago”: movilidad descontrolada y pérdida de la trazabilidad. *CIPER*. Recuperado de <https://www.ciperchile.cl/2020/06/16/las-razones-por-las-que-manalich-perdio-la-batalla-de-santiago-movilidad-descontrolada-y-perdida-de-la-trazabilidad/>
- Moreno-Jiménez, J., Blanco-Donoso, L., Chico-Fernández, M., Belda, S., Moreno-Jiménez, B. y Garrosa, E. (2021). The Job Demands and Resources Related to COVID-19 in Predicting Emotional Exhaustion and Secondary Traumatic Stress Among Health Professionals in Spain. *Frontiers in Psychology*, *12*. doi:10.3389/fpsyg.2021.564036
- Mosheva, M., Gross, R., Hertz-Palmor, N., Hasson-Ohayon, I., Kaplan, R., Cleper, R. y Pessach, I. (2021). The association between witnessing patient death and mental health outcomes in frontline COVID-19 healthcare workers. *Depress Anxiety*, *38*(4), 468-479. doi:10.1002/da.23140
- Muñoz-Fernández, S., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O. y Esquivel-Acevedo, JA. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, *41*(1), 127-136. <http://dx.doi.org/10.18233/APM41No4S1ppS127-S1362104>
- Orru, G., Marzetti, F., Conversano, C., Vaghegghini, G., Miccoli, M., Ciacchini, R., Panait, E. y Gemignani, A. (2021). Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *18*(1), 337. doi:10.3390/ijerph18010337

- Pagotto, M.A. (2010). Gilles Deleuze y Félix Guattari: Políticas del rostro. *VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Reflexiones desde las Ciencias Sociales*. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5665/ev.5665.pdf
- Passos, M. F., Ferreira, M. M., Pimenta, O. M., Sousa, V. L., Ferreira, R. M., y Reis, M. (2020). Atitude dos enfermeiros gestores face à morte: repercussões da pandemia por COVID-19. *Journal Health NPEPS*, 5(2), 42–59. <https://doi-org.uchile.idm.oclc.org/10.30681/252610104960>
- Ramos, M. (16 septiembre del 2020). Covid-19 ¿Por qué Latinoamérica es la región con más muertes en el mundo? *CIPER*. Recuperado de <https://www.ciperchile.cl/2020/09/16/covid-19-por-que-latinoamerica-es-la-region-con-mas-muertes-en-el-mundo/>
- Rousseaux, F. (Agosto del 2020). Duelo, Legados y Estado. En P. Cabrera (Presidencia). *Seminario Espacios Interpelantes: psicoanálisis, política y pandemia* [Video]. RedIPPol. Recuperado de <https://www.facebook.com/712328698799978/videos/963067120771977>
- Salgado, A. (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación Del Rigor Metodológico y Retos. *LIBERABIT*, 13, pp. 71-78. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009
- Sánchez, T. (2020). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. *Studia Zamorensia*, 19, 43- 65. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/29365/22744>
- Sanfuentes, M., Cervellino, R., Garrido, M., Ugarte, M. y Vodanovic, J. (2013). El Impacto Del Sentido De Lo Urgente: Observación Psicoanalítica En Un Hospital De Urgencia. En E. Acuña y M. Sanfuentes (Eds.). *Métodos Socioanalíticos para la Gestión y Cambio en Organizaciones* (pp. 457-493). Santiago: Editorial Universitaria.

- Scanlan, K. (2016). Psychosocial Perspectives On End Of Life Care. *Journal of Social Work Practice*, 30(2), 139-154. doi:10.1080/02650533.2016.1168381.
- Sepúlveda, N y Miranda, B. (22 de junio del 2020). Coronavirus: tasa de mortalidad de los hospitales públicos metropolitanos duplica la de las clínicas. *CIPER*. Recuperado de <https://www.ciperchile.cl/2020/06/21/coronavirus-tasa-de-mortalidad-de-los-hospitales-publicos-metropolitanos-duplica-la-de-las-clinicas/>
- Silva, D. (15 de abril del 2020). Mañalich y coronavirus: “El destino de esto es que toda la población mundial se infecte, no hay ninguna manera de evitarlo a menos que exista una vacuna”. *La Tercera*. Recuperado de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/manalich-y-coronavirus-el-destino-de-esto-es-que-toda-la-poblacion-mundial-se-infecte-no-hay-ninguna-manera-de-evitarlo-a-menos-que-exista-una-vacuna/V3JSQMZ62JC3NN6VXQMDCYNP3E/>
- Simione, L. y Gnagnarella, C. (2020). Differences Between Health Workers and General Population in Risk Perception, Behaviors, and Psychological Distress Related to COVID-19 Spread in Italy. *Frontiers In Psychology*, 11, 2166. doi:10.3389/fpsyg.2020.02166.
- Skogstad, W. (1997). Working In A World Of Bodies Defensive Techniques On A Medical Ward A Psychoanalytical Observation. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 11(3), 221-241. doi:10.1080/02668739700700191
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Teixeira, C., Soares, C., Souza, E., Lisboa, E., Pinto, I., Andrade, L. y Espiridião, M. (2020). The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474. doi:10.1590/1413-81232020259.19562020

- Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A. y Irrarrázaval, M. (2020). Capítulo II. Psicología y COVID-19. El caso de Chile. En O. Infante y J. Grau (Comp.), *La Psicología de la Salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina* (pp. 66-101). CEDEM.
- Vega, ME. y Cibanal, L. (2019). Cuidar Deseando Paz Espiritual: Análisis Cualitativo Actancial De Narrativas Pessoais De Enfermeiras Que Cuidam De Pacientes Em Fase Terminal. *Cultura de los Cuidados*, 23(53), 51-65. doi:10.14198/cuid.2019.53.06.
- Verztman, J. y Romão, D. (2020). Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19. *Revista latinoamericana de psicopatología fundamental*, 23(2), 269-290. doi:10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7
- Villarroel, S., Cuadra, G., y Burrone, M.S. (2021). *El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud. Informe preliminar n°4 Chile. Condiciones Laborales*. Recuperado del sitio de Internet del Colegio Médico de Chile <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/04/4to-informe.pdf>
- Viñar, M. (2020). Coronavirus y producción de subjetividad. *Caliban. Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*. Recuperado de <https://calibanrlp.com/coronavirus-y-produccion-de-subjetividad/>
- Zamora , M. y Manero, R. (2020). La Muerte En La Institución Hospitalaria. *Revista M. Estudos Sobre A Morte, Os Mortos E O Morrer*, 5(9), 9-24. doi:10.9789/2525-3050.2020.v5i9.9-24.

Anexos:

1. Pauta de entrevistas

- a) Breve presentación:
 - i) Cuéntenos quién es: nombre, edad, profesión
 - ii) ¿En qué consiste su trabajo?
 - iii) ¿Cuántos años de experiencia tiene? ¿Cuál ha sido su dedicación horaria en el trabajo? ¿Su trayectoria laboral?
- b) Contexto de trabajo en general:
 - i) Impactos percibidos de la pandemia sobre su trabajo:
¿Cómo han repercutido sobre su trabajo los cambios que ha introducido la pandemia?
 - ii) Disposiciones del hospital
¿Con qué cambios relaciona lo que nos cuenta?, ¿Cuáles son los cambios más importantes que asocia con estos efectos?
- c) Situación de muerte de pacientes
 - i) Repercusiones en la atención de pacientes con COVID-19 en que la muerte ronda como posibilidad
 - ¿Cómo ha sido el trabajo con estos pacientes? (o detallar si aparece en la anterior)
 - ¿Cómo ha sido el trabajo con los pacientes que se agravan, o que se encuentran en riesgo vital, en este contexto tan particular?
 - ¿Cómo ha sido abordar decisiones sobre el estado de estos pacientes, los pronósticos e intervenciones a realizar? ¿Qué aparece?
 - ¿Cómo ha ido cambiando este abordaje con el tiempo durante la pandemia? ¿Por qué? (¿qué elementos del contexto general, o personal, marcan estas diferencias?)
 - ii) Repercusiones del contexto de pandemia sobre la situación de muerte de los pacientes por COVID-19
Y respecto a la situación de la muerte de estos pacientes...
 - ¿Qué repercusiones ha tenido el contexto de pandemia sobre la situación de la muerte de los pacientes por COVID-19?
 - ¿Cómo era antes? ¿Qué ha cambiado?
 - iii) Repercusiones sobre su trabajo con la situación de muerte
 - Considerando que la pandemia ha planteado condiciones nuevas en las formas en que mueren los pacientes ¿Cómo estas transformaciones han impactado sobre su trabajo en la situación de muerte?
 - ¿Han emergido prácticas particulares a propósito de las condiciones en que se ha dado la situación en que los pacientes fallecen por COVID-19?
 - ¿Cómo ha sido la relación con los pacientes que han fallecido por COVID-19 en este contexto?

- 1) Familiares
 - ¿Cómo ha sido el contacto de estos pacientes con sus cercanos durante su estadía y frente a la situación de la muerte?
 - ¿Cómo ha sido su relación, o la de los trabajadores de la salud con los familiares?
 - ¿Cómo ha sido la comunicación?
 - ¿Qué consideraciones tienen en mente al comunicarse con los familiares de quienes fallecen? ¿Y en este contexto, han habido otras diferentes?
 - ¿Cómo ha podido ver que este contexto ha afectado a familiares de pacientes fallecidos?
 - 2) Impacto afectivo/subjetivo
 - Considerando las particularidades del trabajo ante la muerte de pacientes ¿cómo ha vivido usted estas situaciones?, ¿Cómo se ha sentido?
 - ¿Siente que la forma en que ha vivido la situación de muerte de estos pacientes ha cambiado en relación a cómo era antes? ¿Por qué?
 - ¿Cómo ha cambiado durante el desarrollo de la pandemia, en diferentes momentos o a partir de algunas vivencias?
- iv) Otras particularidades de la situación de muerte en este contexto
- Sobre protocolos en la situación de muerte
 - ¿Cómo ha vivido el proceso de implementación de protocolos y diseño de prácticas ante la situación de muerte por la pandemia? ¿Cuáles han sido los impactos de esto?
 - ¿Qué ha sido difícil de abordar o implementar? ¿Por qué? ¿Qué se ha hecho o pensado al respecto? ¿Cómo lo ha enfrentado usted?
 - ¿Hay otras particularidades del trabajo con la muerte de pacientes por COVID-19 que no haya mencionado, y que piense que han sido relevantes para dar cuenta de estas repercusiones?
- d) El lugar de lo subjetivo en relación a la institución hospitalaria ante la situación de muerte
- i) Espacios de diálogo en el personal de salud
 - ¿Han existido espacios para conversar sobre esta situación entre compañeros de trabajo?
 - Ir detallando: ¿Cómo son? ¿De qué se habla? ¿Cómo se habla de la muerte? ¿Hay cosas de las que no se habla, o cuesta hablar? ¿Por qué cree que es así?

2. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN “EXPERIENCIAS DE TRABAJO CON LA SITUACIÓN DE MUERTE EN PANDEMIA”

Yo,....., he recibido una invitación a participar en el estudio titulado: “*Experiencias de trabajo con la situación de muerte en pandemia*”, a cargo de Pascale Bonnefoy y Joaquín Elorza, licenciados en Psicología de la Universidad de Chile. El objetivo de este estudio es conocer las experiencias de los trabajadores de la salud en pandemia en torno a la situación de muerte de pacientes por COVID-19. Para cumplir con este objetivo, se llevará a cabo una sesión de conversación o entrevista, la que tiene una duración aproximada de una hora.

He sido informado/a de lo siguiente:

- Mi participación en este estudio es voluntaria: no puedo obtener beneficios materiales o financieros derivados de éste.
- Puedo pasar por alto las preguntas que no quiera responder o retirarme en el momento que desee sin ser sancionado por ello y tener que alegar ninguna razón.
- Los datos son confidenciales. Toda la información que entregue será usada para propósitos exclusivamente académicos y conocida sólo por los investigadores. Las sesiones serán grabadas por medio de audio y luego transcritas para el procesamiento y análisis de la información. Los investigadores responsables, Pascale Bonnefoy y Joaquín Elorza, se comprometen al resguardo de los datos.
- Mi identidad no será revelada y las publicaciones que deriven del estudio se harán de forma que no sea posible identificar la fuente de información.
- El/a entrevistador/a está dispuesto/a a responder a mis preguntas concernientes a este estudio, incluyendo el desarrollo de las entrevistas, el objetivo del estudio o los resultados de éste, siempre y cuando esto no entre en conflicto con el compromiso de confidencialidad con respecto a los datos de otros interlocutores.
- Puedo solicitar tener acceso al estudio una vez que éste haya sido publicado. Para esto basta con contactar a los investigadores responsables, sin necesitar dar ninguna justificación.

Esta página me fue leída por una persona debidamente identificada, he entendido su contenido y estoy dispuesto/a a participar en el estudio “Experiencias de trabajo con la situación de muerte en pandemia”.

FECHA:

FIRMA:

Si desea verificar la información o aclarar cualquier duda, puede comunicarse con los investigadores Pascale Bonnefoy y Joaquín Elorza, a los correos: pascale.bonnefoy@ug.uchile.cl y joaquin.elorza@ug.uchile.cl.

Un ejemplar de este formulario será firmado por los investigadores y otro por la persona que ha aceptado participar en el estudio.