



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**ABORDAJE DEL DUELO EN PROFESIONALES DE EQUIPOS DE SALUD  
MENTAL DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE LA COMUNA DE  
MAIPÚ. UN ESTUDIO EXPLORATORIO.**

Memoria para Optar al Título de Psicólogo

Autor: JORGE CARRERA HORAS

Profesor Guía: RODRIGO MORALES MARTÍNEZ. PSICÓLOGO.

Profesor Patrocinante: FELIPE GALVEZ SANCHEZ

**Santiago de Chile**

2013

## **DEDICATORIA**

Dedicado a Juan, por abrirme las puertas de su casa y dejarme acompañarlo hasta su último suspiro, y a mis seres queridos, especialmente a los que me acompañan todas las noches, y, a los que con su distancia me hacen mirar las estrellas y soñar con poder verlos y abrazarlos algún día.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecimientos a todos y todas, los y las, que han creído y creen en mí.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>DEDICATORIA</b>	II
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	III
<b>RESUMEN</b>	VII
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	8
<b>II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	13
<b>III. PREGUNTAS DIRECTRICES</b>	22
<b>IV. OBJETIVOS</b>	23
<b>V. ANTECEDENTES TEÓRICOS</b>	
<b>PRIMERA PARTE:</b> Contextualización histórica-cultural del duelo:	
Perspectiva histórica de la muerte	24
5.1. Perspectiva histórica de la muerte	25
<b>SEGUNDA PARTE:</b> El duelo como proceso psicológico	
5.2 El duelo	38
5.2.1 El duelo desde el modelo médico-psiquiátrico	38
5.2.2 Aproximación conceptual del duelo	42
5.2.3 Manifestaciones del duelo	49
5.2.4 Proceso de duelo y/o trabajo de duelo	51

5.2.5	Factores condicionantes de la respuesta de duelo	63
5.2.6	Tipos de duelo	68
5.2.7	Abordaje clínico del duelo	79

### **TERCERA PARTE: Centros de Salud Familiar (CESFAM)**

5.3.1	El contexto: La atención primaria de salud (APS)	99
5.3.2	Centros de Salud Familiar (CESFAM)	102
5.3.3	Equipos de Salud Mental de los CESFAM	108
5.3.4	Caracterización de los CESFAM de la comuna de Maipú	110
5.3.5	Políticas de Salud Mental de la comuna de Maipú	124

## **VI. MARCO METODOLÓGICO**

6.1	Enfoque de investigación	135
6.2	Diseño y tipo de investigación	137
6.3	Muestreo	138
6.3.1	Contextualización de los sujetos de investigación	140
6.3.2	Contextualización de los CESFAM de Maipú	144
6.4	Técnica de construcción de la información:	
	Entrevista Semiestructurada.	153
6.4.1	Instrumento: Pauta de entrevista	155
6.5	Análisis y tratamiento de los datos: Análisis de Contenido	158
6.6	Validez y confiabilidad	164

6.7	Procedimiento de investigación	167
6.8	Conflictos éticos	173
<b>VII. RESULTADOS</b>		
7.1	Introducción	175
7.2	Análisis descriptivo de los resultados	183
7.2.1	Manejo teórico del concepto de duelo	183
7.2.2	Evaluación diagnóstica del duelo	186
7.2.3	Estrategias de intervención para abordar el duelo	193
<b>VIII. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES</b>		207
8.1	Síntesis de los principales hallazgos de acuerdo a los Objetivos de investigación	208
8.2	Limitaciones y futuras propuestas de investigación	241
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		248
<b>ANEXOS</b>		265

## RESUMEN

La presente investigación intentó describir la forma en que abordan la situación de duelo, los profesionales de los equipos de Salud Mental de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), de la comuna de Maipú, en la Región Metropolitana. Particularmente, interesó indagar el conocimiento teórico que manejan respecto al duelo, la evaluación que establecen para su diagnóstico y las estrategias que despliegan para abordarlo.

El marco metodológico que guió este estudio, se enmarcó dentro de un enfoque cualitativo, de tipo exploratorio. En este contexto, la muestra estuvo constituida por los equipos de Salud Mental de tres CESFAM de la comuna de Maipú, a los cuales se sometió a entrevistas semiestructurada. Posteriormente, se analiza la información a través de la técnica de análisis de contenido.

Finalmente, se presentan las conclusiones del estudio, las que indican que estos equipos de salud mental abordan el duelo desde un conocimiento escaso, basado solo en lo que la experiencia les dicta, sin complementar este saber, con la preparación y entrenamiento técnico y teórico que esta temática exige. Esta situación, quizás esté relacionada con los deficientes recursos económicos y con la poca preocupación que destina el Estado para capacitar a los profesionales y técnicos de la salud que en esta área se desempeñan.

## I. INTRODUCCION

La muerte, es un hecho natural e inevitable que el ser humano debe vivenciar alguna vez en su vida. Es tan frecuente en la vida cotidiana que prácticamente pasa desapercibida para el común de la gente, a pesar de lo que señala el informe de estadísticas vitales, donde solo en el año 2010, murieron cerca de 98.000 personas, concentrándose la mayoría de estas muertes en la Región Metropolitana (INE, 2010).

Inevitable son también los efectos psicoafectivos que la muerte deja en las personas: el duelo de los sobrevivientes. Diversos autores que han estudiado esta temática (Bowlby, 1980; Dollenz, 2003; García, 2011; Neimeyer, 2006; Tizón, 2004; Worden, 1997) concuerdan en comprender al duelo como un proceso normal y dinámico que se desarrolla frente al fallecimiento de una figura significativa y que, pasado cierto tiempo o realizadas ciertas acciones (trabajo de duelo), es superado.

Sin embargo, en muchos casos, este proceso normal se ve alterado o interferido por una serie de factores que no permite la adecuada resolución del duelo, rompiéndose así, el equilibrio psicofísico, que puede llevar a consecuencias patológicas, tanto en el área de la salud física como psíquica.



Cuando ello ocurre, se está frente a lo que se llama duelos “complicados” y/o “patológicos”, con gran impacto en la vida cotidiana de la persona afectada y muchas veces de sus familias (Espina, 1999 citado en Fernández, Robles y Velasco, 2007).

Esta situación no deja de ser relevante si se considera que normalmente las personas en duelo empiezan a sufrir diferentes efectos físicos y psicológicos, que son motivo de consulta recurrente en los centros de Atención de Salud Primaria, pero la más de las veces, el consultante no relaciona sus problemas con el proceso de duelo.

Este punto es central para el presente estudio, ya que se considera al duelo como un diagnóstico “fronterizo”, entendiendo como tal, aquella situación clínica que se encuentra en el límite entre lo normal y lo patológico (García, 2011). A raíz de esta situación, se piensa que una adecuada y efectiva atención del duelo depende de su adecuado y delicado diagnóstico, y para ello, el profesional debe tener una exhaustiva preparación y entrenamiento en esta temática (Dollenz, 2003, Worden, 1997). Sin embargo, esta tarea no se encuentra exenta de complicaciones, si, por un lado, se toma en cuenta el poco desarrollo práctico-investigativo del tema, y, por otro, el amplio y diverso desarrollo teórico, que complica una visualización unificada y clara de esta temática.

Al respecto, una de las razones que plantea García (2011) como dificultad para definir un duelo complicado o patológico de uno normal, es que los síntomas son múltiples y diferentes en los distintos pacientes, sus efectos no siempre son reconocibles y bien delimitados, además, muchas veces se solapa bajo otros diagnósticos psiquiátricos; lo que se refuerza con que no existe una sola y clara forma de intervención.

Por lo anterior, es que la clínica del duelo exige, por parte del profesional de la salud, mucho conocimiento del tema y principalmente cautela a la hora de trazar un diagnóstico, es decir, reclama una capacitación profesional específica, ya sea en el duelo normal como en su evolución desfavorable. Ello, para evitar una medicación innecesaria, así como también el riesgo de cronificación, por no haber anticipado la inadecuada evolución del mismo (Loitegui, 2008). De hecho, se considera que el abordaje profesional puede ser un factor importante en la evolución tanto de un duelo “normal” como “patológico” (Dollenz, 2003; Landa y García, 2007; Servicio Andaluz de Salud, 2011).

Bajo esta perspectiva, Dollenz (2003) señala lo crucial que resulta que los profesionales de la salud tengan las herramientas técnicas y teóricas para identificar los síntomas latentes a un proceso de duelo, así como también, sean capaces de contener y apoyar a los pacientes que lo expliciten abiertamente,

pero por sobre todo, prestar atención al curso patológico del duelo y, por ende, a los factores que lo precipiten.

Lo anterior, se vuelve aún más complejo en nuestro país, dado el escaso desarrollo teórico y empírico de esta problemática, incluso dentro del mismo campo de la Psicología, lo que ha significado no contar con información sistematizada respecto de las acciones, estrategias, protocolos y tratamientos desplegados por los profesionales de la salud frente al duelo. Menos aún, si dichos profesionales cuentan con las herramientas, recursos y habilidades (humanos y técnicos) suficientes para atender un proceso de esta naturaleza.

Esto, sin duda, afecta al desarrollo de un marco conceptual más amplio respecto del duelo, que otorgue un sustento teórico y metodológico a los profesionales que en esta área se desempeñan. Al respecto, De Miguel (1994) afirma “no deja de ser chocante que el suceso más cotidiano e ineluctable, como es el de la muerte, se deje ver tan poco como objeto de estudio de las Ciencias Sociales” (citado en Jiménez, 2012. pp. 9).

En este contexto, el presente estudio quiere contribuir a suscitar la atención, el intercambio y el debate sobre una problemática que quizá está más presente en la realidad clínica, que en las investigaciones y publicaciones científicas.

Como forma de responder a este cometido, la presente investigación tiene como objetivo explorar la forma en que abordan las situaciones de duelo, los profesionales de los equipos de Salud Mental de los Centros de Salud Familiar, de la comuna de Maipú. Particularmente, interesa conocer el manejo teórico que tienen respecto del duelo, así como también, la forma que tienen para llegar a un diagnóstico preciso y las estrategias que utilizan para abordarlo.

Para ello, el presente estudio optó por un diseño metodológico de carácter cualitativo, de tipo exploratorio y descriptivo, ya que dichos procedimientos permiten conocer la temática de estudio a través de la voz de sus propios protagonistas, que en este caso, son los profesionales del equipo de Salud Mental de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Maipú.

## II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Si bien la experiencia de la muerte es vivenciada de manera individual, ésta se encuentra determinada por el significado y el sentido que la muerte y la pérdida tienen en el contexto cultural, de ahí que “la naturaleza de los rituales funerarios, del duelo y el luto reflejen la influencia del contexto social donde ocurren” (Caycedo, 2007, pp. 332).

En el caso de la sociedad occidental contemporánea, la muerte es un problema médico más que espiritual, un tema a vencer, la vida está centrada en la sobrevivencia más que en la trascendencia, por ende, la muerte se vivencia como algo doloroso, que se enfrenta con incertidumbre y temor. Producto de ello, la muerte tiende a ser expulsada, separada, tapada (Caycedo, 2007). Por otro lado, la sociedad occidental actual vive marcada por la búsqueda del placer como un fin en si mismo, no dejando lugar al sufrimiento y a la frustración, viéndolos como algo indeseable y antinatural, que hay que erradicar y negar rápidamente en cuanto aparece (Servicio Andaluz de Salud, 2011). Esta situación se agrava si se considera el modelo económico actual, que empuja hacia la recuperación inmediata de cualquier enfermedad o de alguna situación emocional, que permita la rápida reincorporación de la persona “enferma” al mundo de la producción y el consumo (Tizón, 2004).

Ambas concepciones respecto de la muerte, establecen el marco cultural para la vivencia subjetiva de la misma, desde el cual se niega la oportunidad y el derecho a la pena, a la tristeza expresada públicamente. Así, la muerte, es vivenciada en soledad y forma parte cada vez más del mundo privado de las personas (Tizón, 2004).

De ahí, que la manera de abordar este estado sea a través de su medicalización (por medio de los fármacos) y psiquiatrización (por medio de la rotulación de los procesos de duelo), ya que de esa manera, se esconde el dolor y la tristeza, propios de la pérdida (Tizón, 2007). De este modo, “el deudo no está triste, sino deprimido” (Tizón, 2007, pp.78); justificando así, “una búsqueda rápida, eficiente y económica de superar los síntomas, olvidando al fallecido y siguiendo adelante, en un corto período de tiempo” (Ochoa, 1999 citada en Fernández, Robles y Velasco, 2007, pp.96). Ello ha derivado en abordar una situación natural, como el duelo, como si se tratase de una enfermedad (Tizón, 2007).

Sin embargo, el duelo no es una enfermedad sino un proceso habitualmente doloroso, a veces esperado y otras no, que en su estricto sentido, responde a la muerte de un ser querido (Olmeda García, 1998 citado en Servicio Andaluz de Salud, 2011).

Por lo tanto, el duelo no es en sí ni por sí mismo un suceso patológico. Al contrario, es una experiencia humana normal, cuyos resultados finales de tal proceso no tienen por qué resultar negativos, incluso puede ser una experiencia de cambio y crecimiento personal, individual o colectivo (Tizón, 2004). Al mismo tiempo, si bien todas las personas que han sufrido una pérdida necesitan realizar un proceso más o menos similar para que puedan elaborarla, no todos realizan ese trabajo de forma adecuada.

Por ello, se afirma (Echeburúa y Herrán, 2007; Dollenz, 2003; García, 2011; Loitegui, 2008; Worden, 1997) que el duelo se encuentra mediatizado por múltiples determinantes y predictores de riesgo, tanto personales como sociales, que hacen, en algunos casos, que se vivencie de forma particularmente intensa y prolongada en el tiempo.

En este contexto, cuando la persona sufre una pérdida y no resuelve adecuadamente el duelo, se habla de “duelo patológico”, actualmente mejor denominado “duelo complicado” o “duelo no resuelto”; que se produciría por no encontrar el espacio social necesario donde depositar el dolor y elaborarlo, impidiendo el normal desarrollo del duelo (Fernández, Robles y Velasco, 2007).

Un duelo complicado da lugar a problemas para el desarrollo personal, tanto en el ámbito psicológico, biológico y psicosocial (Dollenz, 2003; Parkes, 1972; Worden, 1997). Por lo tanto, cuando la persona no es capaz de solventar la pérdida de modo natural, las consecuencias se dejan sentir en la salud y, por ende, pueden ser consideradas causa de crisis (Fernández, Robles y Velasco, 2007).

Lo riesgoso de este tipo de duelo, es que muchos profesionales de la salud pueden tratar el síntoma sin detectar el problema subyacente, prolongando aún más el proceso de duelo (Neimeyer, 2006); lo que resulta relevante si se considera que muchas personas buscan asistencia tanto física como mental y no necesariamente saben que detrás de su estado quizás hay un duelo subyacente o enmascarado (Worden, 1997).

Asimismo, muchas enfermedades psiquiátricas son la expresión de un duelo patológico, dichas enfermedades incluyen en muchos casos, estados de ansiedad, depresión, histeria e incluso más de un tipo de trastorno de personalidad (Dollenz, 2003).

Por lo tanto, lo conflictivo de este tema no es en sí mismo el duelo o su evolución desfavorable, sino la no visualización o la mala evaluación del mismo, tanto en su proceso natural como en los casos de duelo no resuelto,



teniendo como consecuencia un proceso de medicalización y etiquetización, incluso de intervención, a veces innecesario, a veces descontextualizado, que solo trata el malestar y no la causa.

En este sentido, los equipos de salud de la Atención Primaria en general, y los equipos de Salud Mental en particular, se convierten en elementos claves para el diagnóstico y tratamiento adecuado y pertinente del duelo (Dollenz, 2003). Esto, porque tratan con frecuencia a pacientes que acaban de perder a un ser querido o lo van a perder próximamente. En estas circunstancias, estos profesionales suelen ser los primeros con los que se pone en contacto el consultante, a veces con signos o síntomas claramente reactivos a la muerte de un ser querido, pero en otros, como bien se mencionó anteriormente, con quejas que pueden hacer pasar desapercibida la causa de las mismas; apareciendo como quejas somáticas y/o emocionales, que si no son bien evaluadas pueden hacer pasar inadvertido el hecho mismo de la pérdida como causa del malestar (Worden, 1997).

Lo anterior, no es un menor, sobre todo si se toman en cuenta los (pocos) datos epidemiológicos que existen al respecto. A nivel internacional, Gómez, Ocio y Hernández (2010) mencionan que aproximadamente 33% de los pacientes que acuden a los centros de Atención Primaria presentan problemas relacionados con la salud mental, de éstos, el 25% padece síntomas

en relación con algún tipo de pérdida, de los cuales el 16% se configuran como en procesos de duelo complicados y/o no resueltos. Otros datos indican que entre el 5% y el 9% de la población sufre, anualmente, la pérdida de un ser querido (Dollenz, 2003). Y se estima, que en una consulta “tipo” de atención primaria, con unos 2000 usuarios, habrá unas 104 personas en duelo “activo” (Landa y García, 2007).

En Chile, lamentablemente estos datos se desconocen, no existiendo una estadística que sirva para cotejar dicha información. A pesar de ello, y si se toman como referencias las estadísticas revisadas, el duelo se presentaría con bastante frecuencia en los centros de Atención Primaria de Salud.

En efecto, si se consideran los antecedentes teóricos aportados y los datos epidemiológicos revisados, el duelo y su evolución merecen una capacitación profesional específica y un enfoque de prevención. De esta manera, para los distintos autores que han estudiado esta materia (Dollenz, 2003; Servicio Andaluz de Salud, 2011; Tizón, 2004; Worden, 1997, entre otros), se vuelve imprescindible que el equipo de salud de la Atención Primaria esté alerta para identificar los síntomas y signos secundarios a un proceso de duelo, acompañar a los pacientes que lo comuniquen o pidan de su ayuda, atender las evoluciones desfavorables y trabajar en las situaciones en que es más frecuente la evolución poco sana del duelo, entre otras.

Por ello, el profesional de Atención Primaria debe conocer el proceso de duelo y la variedad de reacciones que se dan en él. Es vital que logre diferenciar entre lo que es un duelo esperado, complicado o crónico.

Junto a ello, que sepa cuáles son las tareas propias de cada momento de los procesos de duelo, saber “cómo debemos ayudar en cada caso y momento; cuándo debemos acompañar y sólo acompañar (en la mayoría de los casos); cuándo los profesionales deben asesorar (facilitar cambios) y cuándo intervenir, es decir, introducir acciones técnicas especializadas” (Tizón, 2006, pp.59).

De acuerdo a ello, resulta oportuno saber cómo están interviniendo las situaciones de duelo los equipos de salud de la Atención Primaria, específicamente en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), sobre todo, si la actual estrategia integral en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo, que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándole herramientas para el autocuidado, previniendo y actuando sobre los factores de riesgo y fortaleciendo la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud (MINSAL, 2008).

El objetivo anterior, podría resultar aún más significativo si se considera que a pesar de que el Ministerio de Salud desde hace ya varios años está fomentando un enfoque biopsicosocial de los CESFAM, Saffie (2011) señala que esta situación no se estaría produciendo en la práctica, dado que sigue predominando una visión biomédica, que prioriza la atención de aquella sintomatología que solo encaja con las estandarizaciones médicas reconocidas, o bien, de aquellas de las que puedan precisar biológicamente su diagnóstico. Sin duda, ello repercute en que muchas otras situaciones de salud sean excluidas del sistema. Una de ellas, podría ser el duelo, al considerarse un diagnóstico fronterizo, es decir, difícil de precisar y definir (García, 2011).

Al respecto, Dollenz (2003) señala que el sistema de atención de salud chileno, no ha desarrollado una política clara de apoyo al duelo, menos aún de su prevención, de modo que “se actúa sobre hechos consumados e incluso en el caso de petición expresa de apoyo, el profesional está acostumbrado a derivar esa responsabilidad” (pp. 3).

En este contexto, relevante resulta conocer y describir **¿Cuál es la forma en que abordan la situación de duelo, los profesionales de los equipos de Salud Mental de los CESFAM, en la comuna de Maipú, en la Región Metropolitana?**

La información proporcionada podría permitir un mayor conocimiento y análisis respecto al duelo, que pueda contribuir a un manejo específico del mismo en la práctica de Atención Primaria. A su vez, podría resultar útil para la identificación de factores pronósticos y protectores, al tiempo que, conocer los límites, desafíos y fortalezas de las intervenciones como profesionales de la Salud Mental. Es decir, este estudio podría establecer acciones complementarias, actividades y procesos de intervención en los equipos de salud mental, dando respuesta a las necesidades de los individuos, de la familia y de la comunidad en general.

### **III. PREGUNTAS DIRECTRICES**

- 1-. ¿El conocimiento que los equipos de salud mental de los CESFAM de Maipú poseen, logra dar cuenta de la complejidad del fenómeno del duelo, en términos de su comprensión psicológica y sociocultural?
  
- 2-. ¿El abordaje del duelo que desarrollan los equipos de salud mental de los CESFAM de Maipú, es acorde al enfoque biopsicosocial y comunitario que pretende la nueva Política de Atención Primaria de Salud?
  
- 3-. ¿El abordaje del duelo que desarrollan los equipos de salud mental de los CESFAM de Maipú, responde a prácticas particulares de los profesionales o es reflejo de una política de salud pública?

## IV. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Describir la forma en que abordan la situación de duelo, los profesionales de los equipos de Salud Mental de los CESFAM, en la comuna de Maipú, en la Región Metropolitana.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el **conocimiento teórico** que tienen los profesionales de los equipos de Salud Mental de los CESFAM, de la comuna de Maipú, **respecto del duelo.**
- Describir la **evaluación diagnóstica** que utilizan los profesionales del equipo de Salud Mental de los CESFAM, de la comuna de Maipú, **para determinar los distintos tipos de duelo y su evolución.**
- Describir las **estrategias** que utilizan los profesionales de Salud Mental de los CESFAM de la comuna de Maipú, **para abordar los distintos tipos de duelo.**

## **V. ANTECEDENTES TEÓRICOS**

### **PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA-CULTURAL DEL DUELO: LA PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA MUERTE.**

#### **5.1 Introducción**

Hablar de duelo por la pérdida de un ser querido, implica necesariamente hacer alusión a la muerte, a sus significados, símbolos, creencias e imaginarios asociados. Esto básicamente porque se reconoce a ambas, como categorías interrelacionadas e inseparables, en la que una supone, conforma e impregna a la otra.

En virtud de lo anterior, el objetivo de este capítulo es entregar una contextualización del duelo, asumiendo una perspectiva histórica de la muerte, y entendiendo que el significado que de ella circula, es producto de una construcción social y cultural. Al mismo tiempo, asumiendo como premisa fundamental la influencia determinante que dicho proceso tiene en la propia construcción subjetiva del duelo (vivencia), es decir, en las experiencias y expectativas de los individuos ante la muerte y en su consecuente proceso de duelo (Pascual Blanco, s.a).



### **5.1.1 Perspectiva histórica de la muerte:**

Si bien la muerte es un hecho biológico indiscutible, el significado atribuido a ella estará determinado por el contexto social y cultural en el que se encuentren insertos los sujetos. A su vez, dicho contexto va a determinar las respuestas emocionales y las actitudes que el individuo desarrolle frente a ella (Caycedo, 2007).

Por lo tanto, las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos del hombre ante la muerte son fenómenos psicosociales, culturalmente aprendidos y reforzados a lo largo de su vida, que tienen que ver con el lugar que la cultura ha concedido a la muerte (Grau, "et al", 2008).

Junto con entender que el significado de la muerte es una construcción social y cultural, se debe comprender que dichos significados son producciones históricas situadas, y por ende, son, por naturaleza, cambiantes con las épocas. Ello, permite situar temporal y espacialmente los significados asociados a la muerte y, al mismo tiempo, comprender las actuales visiones en torno a ella.

Por lo tanto, asumir una perspectiva histórica de la muerte, implica conocer los distintos papeles sociales que la muerte y el duelo han tenido y tiene en las distintas culturas y en los distintos momentos históricos, acorde con la cosmovisión imperante de cada período (Pérez y Lucena, 2000).

#### **5.1.1.1 La muerte en los pueblos antiguos**

Distintos pueblos de la antigüedad, se explicaban y asumían la muerte con un sentido de trascendencia. Por ejemplo, las momias del antiguo Egipto muestran la preocupación por la preservación del cuerpo, necesario para el pasaje a la próxima vida. En tanto que los aztecas, preparaban a sus muertos para luchar a lo largo de un camino de obstáculos que debían transitar antes de encontrarse con el señor de los muertos, que finalmente decidía sus destinos (Bacci, 2010).

Otra cultura importante fue la griega, durante el período helénico, se creía en una cierta vida después de la muerte y por ello los muertos eran objetos de atenciones durante los primeros días sucesivos a su deceso (Herranz y Lafón, 2008).

Lo característico y común en estas culturas fue que al considerar a la muerte como un estado de transición, o bien, un viaje a otro mundo, se convierte así en un proceso pensado desde y para el fallecido, además de ser un acto colectivo al que nadie debía faltar (Pérez y Lucena, 2000).

En virtud de ello, la muerte no sólo no suponía un fin absoluto de la existencia, sino que podía ser el camino hacia un mundo más puro o perfecto, lo que otorgaba tranquilidad tanto para el individuo que espera su muerte como para el que entierra al difunto. De este modo, “la muerte se consideraba como una condensación de la vida en su totalidad, como una continuidad y no como un corte absoluto entre el antes y el después” (Buro, 2008, pp.389). Por lo tanto, en esta actitud no tenía cabida el pánico y era impensable que la muerte constituyera un tabú, ya que ésta, no era ocultada (Herranz y Lafón, 2008). Al contrario, la muerte era considerada como algo natural, como parte de la vida, como algo lógico, asumible, tolerable y no desesperanzador (Gala “et al”, 2002).

Sin embargo, una cosmovisión importante que influirá de manera crucial en la concepción de la vida y la muerte, será la tradición judeo cristiana. Desde ella, el origen de la muerte es explicado y entendido como un castigo de Dios producto de los pecados (mala conducta) cometidos por el ser humano. Antes del pecado, el ser humano tenía dada la vida eterna en el paraíso, donde viviría

placidamente y sin grandes esfuerzos. Sin embargo, producto del pecado original, ahora la vida no estaría exenta de sufrimientos y esfuerzos (Haindl, 2009). Al mismo tiempo, persiste la creencia de la continuidad de la vida después de la muerte, pero esta vez, el destino es incierto, puede ser un castigo o una bendición, dependiendo de la vida virtuosa o no del fallecido. Esta visión influirá, con distintos matices, las creencias y costumbres de las diferentes sociedades que se desarrollen en los siglos venideros.

#### **5.1.1.2 La muerte en la Edad Media y Renacimiento (siglo V al XVI)**

Al comienzo de la Edad Media, existía una sociedad campesina, con una rica vida comunitaria, en la cual varias tareas y hechos cotidianos eran realizados con el apoyo y en comunidad. La muerte era uno de estas situaciones, que pertenecía al ámbito familiar, doméstico, y comunitario.

La muerte era un acto público, donde la cama o lecho de muerte es el escenario, en el que se desarrolla la escena, mientras el que agoniza, el anfitrión y representa el papel social del moribundo. De modo que, “su habitación privada, a causa de la muerte esperada, se convierte en lugar público, donde la gente entra y sale en su encuentro social. La muerte se vivía en la ligazón comunitaria y tenía la característica de desplegarse en lo familiar y no ser ajena ni extraña” (Bacci, 2010, punto 2, párr 5). Así, la muerte, al igual

que la enfermedad, estaba constantemente presente en la vida de las personas y comunidades.

Por eso, el hombre moría en su casa, rodeado de su familia (incluso niños), amigos y vecinos. El enfermo era el primero en saber que iba a morir, se comunicaba abierta y espontáneamente con los suyos en los últimos momentos. A su vez, la “buena muerte” era aquella avisada, advertida, que permitía preparar los últimos asuntos. La familia se reunía y hasta acompañaba al cadáver expuesto en su última jornada (Gómez Sancho, 1999 citado en Grau “et al”, 2008).

La muerte era un acto tan natural, que incluso los cementerios estaban instalados al interior de los pueblos, siendo enterrados dentro de las iglesias o en los patios de las mismas. Y no solo ello, al mismo tiempo, los cementerios se convirtieron en el centro de la vida social, un lugar de encuentro y de reunión para comercializar, bailar, jugar o simplemente compartir una velada como en una plaza pública (Ariés, 2000).

En este contexto, la muerte era ante todo un acto social, ya que la pérdida de un individuo, muchas veces no era solo un problema del fallecido o su familia, podía afectar la organización y funcionamiento económico de la comunidad, por lo cual, ésta debía hacerse cargo de los efectos de esa muerte,

y, así reconstruir la unidad del colectivo y retomar el funcionamiento cotidiano (Ariés, 2000). Por su parte, esta forma de entender la muerte, respondía al modelo de sociedad comunitaria que caracterizaba a este período, en la que los individuos eran parte de un todo, sea un todo religioso, un todo político o económico, y estaban socializados en los principios de reciprocidad, co-dependencia y co-responsabilidad (Jiménez, 2012).

Sin embargo, durante el Renacimiento (XIV y XVI) comienza un proceso de cambio en el trato a la muerte, donde se pierde el carácter natural, familiar y público que tenía anteriormente; imponiéndose una visión más individual y del mundo de lo privado, dejando de ser un hecho socialmente compartido.

Varios factores pueden estar detrás de estos cambios, destacan entre ellos, las transformaciones socioeconómicas y el surgimiento de las grandes ciudades, que, producto de la aglomeración de la población, acarrearón graves problemas sanitarios, facilitando la aparición de epidemias e infecciones (como la peste negra), con la consecuente pérdida de un gran número de personas (Ariés 2000; Haindl, 2009).

A estas transformaciones, se suman los cambios a nivel religioso, donde el destino de la persona ahora depende de si mismo, de su elección entre el bien y el mal (Jiménez, 2012). Surge, así, la concepción del “Juicio Final”,

donde la persona, en su lecho de muerte, realiza un balance y recapitulación de su vida, contrapesando sus acciones buenas y malas. Si el balance era favorable al bien, la persona se salvaba, en caso contrario, era condenada. Por lo tanto, el momento crucial de la vida se reducía ahora al momento de la muerte. De este modo, “la salvación del alma de una persona se determinaba según su actuación en la batalla espiritual entre el bien y el mal del acto final de su muerte” (Jiménez, 2012, pp. 178). Con ello, se dotó a la muerte de un dramatismo y una carga emocional que antes no tenía (Ariés, 2000).

Asimismo, los cementerios fueron expulsados de las ciudades y puestos en sus alrededores, ya que la muerte ahora no solo era un hecho natural, sino que un riesgo sanitario, necesario de mediar y controlar (Ariés, 2000). De este modo, esta nueva concepción hizo dotar a la muerte de un individualismo que antes no tenía. Así, ya no importaba la muerte del otro sino mi propia muerte, perdiendo, con ello, el interés colectivo que antes poseía.

Por otro lado, a partir del siglo XVI, la ciencia tiene un avance importante e introduce concepciones que vuelven a impactar el imaginario social de la muerte. Se comenzó a ver a la muerte más que como un fenómeno espiritual como un hecho biológico que tiene que ver con el cese de la vida, dejando atrás el sentido de trascendencia que antes la caracterizaba (Jiménez, 2012). En este contexto, la entrada de la ciencia a la vida social transformó, en efecto,

los pensamientos y sentimientos de los sujetos respecto a la comprensión y explicación de la vida y de la muerte, las cuales dejan de ser cuestiones sobrenaturales o mágicas, y pasan a configurarse en una experiencia científica, racional, ordenada y sobretodo susceptible de ser controlada (Ariés, 2000; Jiménez, 2012).

De esta forma, los médicos comenzaron a reemplazar a los sacerdotes en el lecho de muerte, de modo que ésta paso de una dimensión espiritual a un proceso natural supervisado médicamente (Jiménez, 2012). Con ello, la medicina moderna lleva a su fin a la muerte natural.

#### **5.1.1.3 La muerte en la incipiente sociedad moderna y contemporánea.**

Los cambios que nuevamente afectan la concepción de muerte durante este período, se dan en un contexto social caracterizado básicamente por la consolidación de la ciencia como fuente de conocimiento, la Revolución Industrial, el proceso de secularización y a nivel valórico, la interiorización del individualismo, la racionalidad instrumental, el cálculo, la aspiración de éxito, la competencia, entre otros (Tezanos, 2001 citado en Jiménez, 2012). Dichas características comenzarán a determinar todos los aspectos de la vida, incluidos la muerte.



La muerte al constituirse como un hecho biológico, racional y de carácter privado-familiar, hace que las personas empiecen a vivenciarla como un final, como la pérdida de algo, como la inexistencia del ser querido, generando dolor, miedo e incertidumbre (Ariés, 2000). Importante es mencionar que en ello fue determinante la entrada a la vida social, de la familia nuclear, depositaria de un valor social cada vez más apreciado, la privacidad, que modificó el sentido y el objeto del miedo a la muerte. Si antes, el miedo y preocupación era por la muerte propia, ahora éste desplaza a la del ser amado (Ariés, 2000).

Esta nueva percepción de la muerte se materializó en los cambios observados en los rituales de despida, que reflejan precisamente las nuevas relaciones de privacidad entre la persona moribunda y su familia y el entorno. De este modo, dichos rituales se limitaban a los más allegados, en un ambiente de gran explosión de afectos y emociones (de gritos, llantos y rezos) ante lo intolerable que resultaba la separación con el ser querido (Ariés, 2000).

De este modo, el morir y la muerte dejan de ser experiencias personales y sociales importantes y pasan a ser meros sucesos personales, dramáticos y dolorosos para quien muere y sus allegados, pero que sobre todo, absorben el tiempo y la energía de los demás, frenando el discurrir de la vida social. La familiaridad y el enfrentamiento abierto y público de la muerte, dejan paso a las

actitudes vergonzantes, de ocultación y silencio, característicos de los tabúes (Ariés, 2000).

Sin embargo, no se debe dejar de considerar que esta forma de percibir y vivenciar la muerte es solo el reflejo de la sociedad en las que se insertan dichas percepciones y vivencias, por lo tanto, está estrechamente vinculada al nuevo tipo de vida social que la caracteriza. Así, la soledad, el terror, el materialismo, el consumismo, el individualismo, la carencia de vínculos familiares y comunitarios, la ignorancia de la tradición y debilitamiento del sentimiento religioso, entre otros, son signos, síntomas o valores de esta nueva realidad que se impone: una sociedad societaria centrada en la individualización y en la que prima el valor del dinero, la indiferencia, la independencia y la auto-responsabilidad (Ariés, 2000). Todas estas características y valores han ido convirtiendo a la muerte en algo privado, privatizado y mercantilizado, que debe tratarse en la intimidad casi vergonzante, casi sin dolor, sin sufrimiento o llanto visible (Tizón, 2004).

De este modo, los valores e instituciones sociales modernas ya no configuran un sistema de soporte afectivo como el que aportaban los rituales comunitarios de antaño. En ello, influyó no solo el nuevo orden social, sino también los avances científico-técnicos que lo sustentan, que en el caso de la muerte, condujeron a su institucionalización (hospitalización), lo que consolidó

la “indiferencia” social por la pérdida de uno de los miembros del grupo y la percepción de que el enfrentamiento a la muerte es más un problema personal que social (Ariés, 2000). Por otra parte, dicha institucionalización ayudó a enajenarla a quienes estaban próximos a ella, con lo cual, se la margina de la cotidianidad de las personas pero también de la vida pública (Tizón, 2007).

Con lo anterior, el control del proceso de muerte deja de ser de la familia y del sujeto y pasa al cuerpo médico (Ariés, 2000), quienes la esconden en la enfermedad que la encarna, por lo que la muerte deja de ser un fenómeno natural para convertirse en un evento altamente tecnificado (Tizón, 2004). Sin embargo, el sujeto no solo pierde la capacidad de decidir sobre su propia muerte sino además se le oculta la misma. Esto, según Ariés (2000) se produciría para “contribuir a la felicidad colectiva, es una obligación social de evitar a los demás emociones desagradables como las que podían provocar la enfermedad y la agonía” (pp. 231). Por otro lado, el ocultamiento de la muerte se extiende a los propios cercanos, quienes deberán asimismo “evitar la expresión pública de su duelo, ya que están obligados a continuar con sus ocupaciones sin emociones ni obstáculos, y la discreción se convierte en la forma moderna de dignidad” (Ariés, 2000, pp. 234).

Producto de lo anterior, el duelo se ha convertido en la actualidad en una enfermedad insoportable, de la que hay que curarse cuanto antes y se demandan acciones terapéuticas para dominar o eliminar el dolor producido por la muerte. Esto, reforzado por un rasgo sobresaliente de esta sociedad, lo pseudo hedonista, que rechaza todo estado afectivo que conlleve disconfort o sufrimiento, por lo que admitir la muerte sería aceptar un fracaso en el mandato social de ser felices y tener éxito (Ariés, 2000; Buero, 2008; Tizón, 2004).

En efecto, lo resultante de todo esto es una muerte expulsada, negada, oculta y rechazada. Concepción, que se refuerza con los valores del modelo social y económico imperante, centrados en el éxito y la “belleza” física, asociados a estereotipos de juventud (Herranz y Lafón, 2008). A juicio de Herranz y Lafón (2008), con ello:

Se fomenta la ilusión de que las personas van a vivir muchos años, y, al mismo tiempo, se alimenta la negación de la realidad de la muerte. De modo que, la idea es "resistir a la muerte" con tecnologías y prótesis biomédicas, aunque solo logremos mantener vivo a un vegetal, incurriendo en el más cruel encarnizamiento terapéutico. (pp. 34)

En síntesis, el recorrido histórico efectuado ha podido mostrar los diferentes significados y formas de enfrentar la muerte, que las sociedades, en los distintos períodos históricos, han construido en torno a ella. De este modo, fue posible observar que dichos significados no siempre fueron los mismos, porque las sociedades fueron cambiando. En este sentido, importante es considerar que los cambios acaecidos en la percepción y vivencia de la muerte, y, en sus consiguientes rituales de duelo, deben ser necesariamente explicados y contextualizados en función de las características propias de las sociedades, y, de las transformaciones sociales, económicas, religiosas y culturales sufridas en ellas. Por lo tanto, ni la muerte ni el duelo que le sigue pueden dejar de comprenderse “sobre todo y ante todo, como una realidad colectiva, social y cultural” (Luzón, 2004 citado en Jiménez, 2012, pp. 80).

Por otra parte, para no ser indiferentes a la actual percepción que nuestra sociedad tiene respecto a la muerte, se reconoce, como plantea Jiménez (2012), la necesidad de realizar un esfuerzo general por devolver el sentido “natural” a la muerte, y con ello, devolverla a su lugar en la vida social. Puesto que con ello, se evitará su negación, al tiempo que, facilitará su aceptación y sano afrontamiento.

**SEGUNDA PARTE:**  
**EL DUELO COMO PROCESO PSICOLÓGICO**

**5.2 El Duelo**

Esta segunda parte tiene como propósito entregar los elementos teóricos y conceptuales desarrollados por los diferentes autores y modelos en torno a la temática del duelo. Incluye su definición, los procesos que en él se desarrollan, sus manifestaciones, los modelos que lo explican, así como los factores que lo determinan, entre otros; es decir, todos los aspectos que permitan dar el necesario contexto y soporte teórico, para entender el complejo proceso que detrás de él se evidencia.

**5.2.1 El duelo desde el modelo médico-psiquiátrico**

Para dar inicio a la presente revisión teórica, pareció importante comenzar con la definición de duelo que existe desde el modelo médico-psiquiátrico, quizá, porque se reconoce la amplia influencia que ha tenido en su diagnóstico e intervención.

### **5.2.1.1 Duelo desde el DSM IV**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su IV edición (DSM IV) (APA, 1994), el duelo es clasificado en el apartado “problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”, por lo cual, no los considera verdaderamente trastornos mentales, sino problemas que en algún momento hacen que la persona tome contacto con el sistema de salud. Se codifican en el eje I.

De acuerdo al DSM IV (APA, 1994), el diagnóstico de duelo puede emplearse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la pérdida de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos “afligidos” presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (por ejemplo, sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso).

El duelo deja de considerarse como tal para convertirse en un trastorno, cuando la duración de la sintomatología depresiva persiste más allá de dos meses tras la pérdida, o cuando hay presentes síntomas que no son característicos de una reacción normal de duelo, los cuales pueden resultar útiles para diferenciar el duelo de un episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

- La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
- Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
- Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- Inhibición psicomotora acusada.
- Deterioro funcional acusado y prolongado.
- Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

#### **5.2.1.2 Duelo desde el CIE 10**

En la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OPS, 2008) no existe la categoría de duelo. Las reacciones normales de duelo, apropiadas a la cultura del individuo y que no excedan los 6 meses se codificaran como:

- Z63.4, Desaparición o Fallecimiento de un miembro de la familia.
- Z71.9, Consejo.
- Z73.3, Estrés no clasificado en otra parte.



Cuando las reacciones de duelo a causa de su contenido o forma se consideran anormales o cuando exceden los 6 meses, se codificaran como Trastorno de Adaptación (F43.2).

Los Trastornos de Adaptación, de acuerdo al CIE 10 (OPS, 2008), son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado).

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

Si bien para algunos, la clasificación del DSM IV así como la del CIE 10 podrían ser consideradas útiles, sin embargo, también resultan un tanto confusas, rígidas y esquemáticas. Esto básicamente porque se abocan más bien a describir la sintomatología de carácter depresiva, que a profundizar en el proceso de duelo en sí. Además, no queda claro si hablan de duelo propiamente tal o de depresión, lo que genera cierta confusión, que puede llevar a fusionar ambas situaciones. Esto sin duda vuelve difícil la labor de su diagnóstico. Por lo tanto, es importante considerar que ambas definiciones hacen referencia precisamente a los síntomas que acompañan al proceso de adaptación a la nueva situación (tras la pérdida) (Tizón, 2004). Por ello, se debe tener cuidado en el uso que de ellas se haga, a riesgo de caer, por un lado, en una sobre diagnóstico de la depresión, y por otro, en un abordaje que atienda solo a los síntomas del duelo y no a los procesos que de él se puedan derivar. En este sentido, importante es tener claro que estar triste transitoriamente no significa estar deprimido.

### **5.2.2 Aproximación conceptual del duelo**

Uno de los primeros modelos teóricos en abordar la temática del duelo fue el psicoanálisis clásico. Incluso, se atribuye a Freud (1917) la autoría del término (Rando, 2001 citado en Loitegui, 2008). Este autor, en su obra "Duelo y Melancolía", refiere:

El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces, contiene un talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior- en todo lo que nos recuerde al muerto- la pérdida de la capacidad para escoger algún nuevo objeto de amor y el extrañamiento frente a cualquier trabajo productivo. (pp. 242)

Bajo esta perspectiva, el duelo no solo se trataría de la reacción resultante por la muerte de un ser querido, sino que también incluiría la pérdida física o simbólica de importancia significativa para el sujeto. Por lo tanto, desde esta concepción, cada vez que un sujeto vivencie la falta de algo irreversible o no recuperable, o bien, presente algún tipo de cambio que implica una pérdida, entonces se estará frente a la necesidad de un duelo (Freud, 1917).

Asimismo, para Freud (1917), el proceso de la aflicción es acompañado por un retiro gradual de la energía emocional (libido) del objeto amado perdido. Debido a que renunciar a esta unión es emocionalmente doloroso, los síntomas de la aflicción pueden ser un profundo abatimiento, falta de interés por el mundo exterior, menor capacidad de amar, y una inhibición de la actividad, pero en el que se encuentra inalterable el amor propio y la autoconfianza. La persona que experimenta un duelo normal tras la pérdida de su ser querido, siente que el mundo ha quedado pobre y vacío. En este contexto, el proceso de

duelo consistiría en la retirada progresiva de la libido invertida en el objeto perdido y la preparación para reinvertirla en uno nuevo.

Por su parte, Lindemann (1944 citada en Loitegui, 2008) lo define como un proceso psicológico relativamente pasivo y universal, producido cuando sucede algo que la persona no desea, en este caso, la muerte de un ser querido, que produce en los deudos una secuencia de reacciones psicológicas que estos no eligen, pero que serían las que permiten elaborar el duelo. En este contexto, el duelo sería un síndrome que se caracteriza por la presencia de malestar somático; preocupación por la imagen del difunto; culpa; reacciones hostiles y desestructuración de la conducta, todas, reacciones esperables en los sujetos (Worden, 1997).

Bowlby (1980), a su vez, influenciado por la psicología cognitiva y la etología, considera el duelo como el surgimiento de reacciones emocionales intensas, que se presentarían cuando el vínculo afectivo se ve amenazado o roto. Así, cualquier situación que parezca poner en peligro al objeto de amor y al vínculo con éste, provoca una acción destinada a preservarlo, y cuanto mayor es el peligro de sufrir la pérdida más intensas son las acciones para impedir que esto ocurra. Este estado estaría acompañado por llanto, aferramiento, enfado, estrés fisiológico y malestar emocional.

Para entender esta concepción, hay que señalar que para Bowlby (1980), el desarrollo de vínculos de afectos se produce por la necesidad instintiva que tienen las especies de sentirse seguras y protegidas, como forma de supervivencia al medio. De ahí, que las reacciones emocionales ante la amenaza o desaparición de dichos vínculos, sean tan fuertemente intensas. A su vez, el autor da gran importancia a las condicionantes sociales en el duelo y a la redefinición del sí mismo y de su contexto.

Una alternativa a los planteamientos clásicos recién expuestos es la perspectiva constructivista, liderada por Neimeyer (2006). En general, este enfoque argumenta que tradicionalmente hay una insuficiente apreciación de los procesos cognitivos que subyacen al duelo, en desmedro de las teorías psicoanalíticas que enfatizan el papel preponderante de la libido y las pulsiones.

Bajo esta perspectiva, Neimeyer (2006) define duelo como una reconstrucción de significados y destaca lo particular y lo activo en el proceso de duelo, a diferencia de lo universal y pasivo de los autores más tradicionales. La elaboración del duelo estaría determinada no solo por las emociones, sino también por el contexto relacional y los significados únicos del doliente, los que tienen que ser reconstruidos después de la pérdida. La cultura y las creencias

espirituales son factores relevantes del significado particular de la pérdida para cada persona.

Por lo tanto, desde esta concepción, gran parte del sufrimiento, proviene de la disrupción que se produce en el sistema de construcciones del deudo, por ende, las expectativas de poder reconstruir el significado personal sería el corazón del duelo.

En síntesis, a través de esta breve revisión teórica, se ha podido dar cuenta de las definiciones más influyentes desarrolladas en el estudio del trabajo de duelo; al mismo tiempo, se ha podido observar una evolución del concepto, que ha ido desde una definición en términos de mecanismos intrapsíquicos universales a una en la que el duelo es visto como un proceso más activo, en el que se incorporan diferencias individuales y contextuales.

Se podría decir que ningún planteamiento es mejor que otro, y al mismo tiempo, que ninguno puede explicar por si solo la complejidad que reviste un fenómeno de estas características. Por ello, parece más pertinente y enriquecedor, integrar cada una de estas conceptualizaciones en una definición común, que posibilite generar un conocimiento más completo en relación a un proceso determinado por factores de tan diversa índole.

De este modo, y en términos generales, el duelo será entendido como un proceso complejo, en el que influyen e interactúan una variedad de factores personales, situacionales, relacionales y culturales.

Tomando en cuenta esta consideración, el presente estudio comprende al duelo como un proceso esperable en la vida de cualquier persona, producto del fallecimiento de una figura significativa, y que, pasado cierto tiempo y realizadas ciertas acciones, es superado. A su vez, este proceso se encontrará acompañado de múltiples reacciones psicológicas, físicas, sociales y/o conductuales, que pueden aparecer antes, durante y después del fallecimiento (Buro, 2008).

De acuerdo a ello, el duelo no es un “trastorno psíquico”, ni menos una patología o enfermedad, por tanto, “no se cura”, más bien es un proceso normal de adaptación a una nueva realidad. Por su parte, este proceso, según Rojas (2005) es un proceso en movimiento, que tiene cambios y múltiples posibilidades en su expresión, donde los límites rígidos y estáticos no tienen lugar (citado en Gutiérrez, 2009). Por lo tanto, no se trata de un proceso lineal, puede reaparecer y se tendrá que volver a trabajar (Worden, 1997).

Junto a lo anterior, hay que señalar que el duelo si bien es una experiencia personal, única e intransferible, y, por lo tanto, cada sujeto siente y expresa el dolor de una manera diferente, de acuerdo al significado personal y del mundo; esta experiencia subjetiva no solo se encuentra asociada a factores de índole personal, más bien se la debe entender como una experiencia supeditada a procesos de construcción social y cultural (Pascual Blanco, s.a).

Es decir, las vivencias, ritos y ceremonias que ayudan a afrontar la realidad de la pérdida, estarán determinados por los significados del entorno socio-cultural en el que se encuentren insertos los sujetos. En este contexto, los significados “personales” o creencias “particulares” deben tener como telón de fondo la cultura a la que la persona pertenece, sin connotaciones a priori de anormalidad (Guic y Salas, s.a).

Finalmente, es importante entender que el duelo puede ser una oportunidad para el crecimiento significativo de la persona, ya que podría convertirse en una experiencia fortalecedora, que implique poner en marcha, o bien, potenciar sus recursos, que faciliten el restablecimiento a su cotidianidad, ello, a pesar del dolor que se vive (Tizón, 2004). En este sentido, Guic y Salas [s.a], aclaran:



La amplitud en la elaboración del duelo permite incluir el crecimiento. El mundo de la persona queda transformado por la pérdida. La reconstrucción de un nuevo mundo de significados que tenga sentido no necesariamente lleva a la “normalidad” previa a la pérdida, sino que da la oportunidad de llegar a un estado de mayor desarrollo personal. (Punto 3, párr 11)

### **5.2.3 Manifestaciones del duelo**

Si se considera que el duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad, en sus aspectos emocionales, afectivos, sociales, físicos y espirituales (Carmona y Bracho, 2008), y, por tanto, en ella interactúan una variedad de factores, no es de extrañar que el duelo se suela manifestar de variadas maneras.

En este sentido, los diversos autores que ha estudiado esta temática (Bowlby, 1980; Fernández, Robles y Velasco, 2007; Lindemann, 1944; Neimeyer, 2006; Sada, “et al”, s.a; Pascual Blanco, s.a, Worden, 1997), coinciden en señalar una diversidad de reacciones, cada una de las cuales responde justamente a las distintas dimensiones que componen a la persona en su totalidad, y que a modo de resumen, se presentan de la siguiente manera:

- **Reacciones Físicas:** Suspiros, taquicardias, tensión muscular, cambios en el peso y en el apetito, debilidad y fatiga, alteraciones del sueño, dificultad respiratoria, sequedad de la boca, sensación de estómago vacío, disminución del umbral sensorial, opresión en el pecho o en la garganta, hipersensibilidad al ruido, entre otras.

- **Reacciones Emocionales:** Embotamiento, tristeza, desesperanza, confusión, culpa, impotencia, ira, temor, contactos espirituales, euforia, ansiedad, desamparo, amargura, impotencia, anhelo, insensibilidad, sensación de venganza, alucinaciones visuales y auditivas, entre otras.

- **Reacciones conductuales y cognitivas:** Búsqueda, desorientación, falta de concentración, culpabilizar a otros, preocupación, autorreproches, soledad, disminución de actividad, apatía, olvidos frecuentes, llanto, rechazo, negación, reacciones de hostilidad, aislamiento, sensación de despersonalización, incredulidad, confusión, sentido de presencia, entre otras.

Es importante mencionar que la diversidad de sentimientos y de emociones que se desprenden producto de la pérdida de una figura a la que se está vinculado afectivamente, no sólo son esperables sino que son necesarios para una adecuada elaboración y resolución del duelo (Fernández, Robles y Velasco, 2007).

Ahora bien, estas manifestaciones no se dan por sí solas, al contrario, suelen estar presentes durante las diferentes fases o tareas que conducen a la superación del proceso de duelo. Y que a continuación se describe.

#### **5.2.4 Proceso de duelo y/o trabajo de duelo**

El proceso de duelo refiere al proceso de transición durante el cual la persona en duelo debe ajustar la pérdida y el significado de la misma en su vida. A este proceso también se le denomina “trabajo de duelo” o “elaboración del duelo”. Si el resultado de dicho proceso es adecuado, podría permitir que el sujeto emerja de él como persona diferente, consiguiendo adaptarse a la pérdida y volver a vivir en el mundo en el que ese ser querido nunca más estará. Pero, al mismo tiempo, este proceso puede resultar ambivalente, al existir riesgo de cronificación del duelo, por hacerse un duelo incompleto o mal elaborado (Sada, “et al”, s.a).

El proceso de duelo ha sido descrito por diferentes autores, producto de lo cual, algunos llaman a este proceso fases del duelo, quizá la visión más tradicional, mientras que otros, hablan de tareas del lamento. En ambos modelos, el proceso de duelo se resolvería mediante una serie de fases sucesivas o tareas, por las que la persona en duelo va atravesando a lo largo del tiempo, en cada una de las cuales se pueden observar reacciones y

patrones de respuesta característicos, los cuales indicarían que el procesamiento de la muerte del ser querido estaría siendo realizado de la manera esperable.

Ahora bien, el número de etapas varía de un autor a otro, agrupándolas o subdividiéndolas según su criterio descriptivo. Hay autores que hablan de tres y otros que hablan hasta de nueve, pero en definitiva todos los defensores de estos modelos están de acuerdo en su desarrollo temporal. Aún, hoy en día, la mayor parte de la formación e intervención que se diseña está basada en estos modelos (Loitegui, 2008). En definitiva, sea que se opte por una u otra, todas estas fases o tareas permiten visualizar y entender el impacto del duelo en las persona.

#### **5.2.4.1 El enfoque de duelo basado en fases.**

Algunos autores han constatado una serie de fases por la que atravesaría la persona en duelo esperado, aunque no necesariamente toda persona en duelo deba pasar por todas ellas ni seguir una determinada frecuencia. Entre estos autores se encuentran: Bowlby (1980), Kübler- Ross (2006 citado en Loitegui, 2008) y Parkes (1972), quienes establecieron cuatro fases:

**1-. Shock, Embotamiento e Irrealidad:** Tras la muerte de un ser querido se produce un estrés inicial, que dura de pocas horas a una semana después del deceso, éste genera una alteración de la percepción y relación con el mundo externo que tiene que ver con la pérdida. Por ello, la persona en duelo puede sentir como que se le hubiera apartado de la realidad, sintiéndose un espectador de la misma, sensación que puede ir acompañada de negación o incredulidad, no siendo consciente de lo sucedido, mostrando una conducta semiautomática. Durante esta fase, la realidad de la muerte aún no es totalmente conciente, pudiendo aparentar incluso que ha aceptado la pérdida.

De acuerdo a estos autores, esta sensación sería producto de la actuación de los mecanismos de defensa, que se activan ante la amenaza de un dolor psíquico insoportable y aversivo, que amortigua el impacto inmediato y que ayuda a ir asimilando esta dura realidad.

**2-. Anhelos y búsqueda de la figura perdida. También llamada de Confrontación:** Los autores concuerdan en que en esta fase se sienten las emociones más intensas. En ella, aún no se asimila ni acepta la idea de la pérdida, por ello, las rutinas siguen estando relacionadas con el ser querido, así todo lo que rodea a la persona en duelo, le recuerda su presencia. Por lo mismo, es habitual desarrollar el comportamiento de búsqueda del fallecido, siendo común que la persona en duelo vea al fallecido en la calle, acuda a los

sitios favoritos de éstos, con la esperanza de que pueda estar allí, o sueñan con él, entre otras.

Asimismo, aparecen episodios de llanto descontrolado, intercalados con períodos de ansiedad y de tensión, producto de que la persona reconoce que la pérdida es irreversible. Esta fase también puede ir acompañada de cólera hacia aquellos que considera responsables de la pérdida y también ante las frustraciones que surgen tras una búsqueda inútil. Incluso pueden manifestar hostilidad hacia quienes sólo intentan proporcionar ayuda. Esta rabia, a su vez, según Kübler- Ross (2006), no tiene porque ser lógica ni válida, es considerada una etapa necesaria del proceso curativo. Al mismo tiempo, también puede aparecer autorreproche y pérdida de seguridad. Se observan frecuentemente síntomas físicos de enfermedad, pensamientos obsesivos, crisis de pánico o hiperventilación (citada en Loitegui, 2008).

**3-. Desorganización y desesperación:** Esta etapa coincide con el término de los rituales de despedida, lo que produce la desesperación cuando la persona en duelo dimensiona que la persona fallecida no volverá, y por tanto, no se podrá volver a compartir con ella. Esto, da como resultado una disminución de las energías, apatía, desesperanza y una sensación de abatimiento. Una tristeza profunda e intensa resulta común, junto a una sensación de soledad,

en la que la ayuda de los demás disminuye o no resulta tan efectiva. En general, la persona tiene la sensación de que la vida ha perdido sentido.

De modo que aparece la sintomatología similar a la depresión, como baja de peso, disminución de la capacidad de concentración y memoria, tristeza y anhedonia. La persona se siente desmotivada ante la vida, así, las actividades que antes le provocaban interés, ahora le son indiferentes e incluso odiosas. Incluso el quehacer cotidiano le produce no sólo indiferencia, sino también displacer. Es decir, existe una tendencia al abandono personal y a no responder a los esquemas del estilo de vida personal. Asimismo, la falta de ira, pérdida de concentración, culpa e irritabilidad también suelen acompañar esta fase. Y desde el punto de vista físico, el insomnio, las cefaleas, ansiedad, tensión y la fatiga son muy comunes.

Los autores concuerdan en señalar que esta etapa representa la progresión a una fase adaptativa más realista, y por lo tanto, confirma que el proceso del duelo se está llevando a cabo de forma adecuada.

**4-. Reorganización y recuperación:** Durante esta etapa, la persona ha aceptado que la pérdida es permanente, lo que implica renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida; así, comienza a ser capaz de recordar al difunto sin ser sorprendido por la tristeza u

otras emociones. Esta resolución, lleva a la persona a recupera el sentido de sí mismo, por lo que se produce una reorganización de la propia existencia, que da como resultado la reconstrucción del mundo, recuperando la esperanza en el futuro. Producto de esto, disminuyen los síntomas mentales y somáticos presentados en la etapa previa.

A su vez, Kübler- Ross (2006) señala que durante esta etapa, el individuo comprende que su mundo se ha modificado de una manera permanente y que se debe readaptar en consecuencia, reasignando nuevos roles a otras personas y adoptando nuevos él mismo. Esta fase es una gradual declinación del duelo, marcando el inicio de la reinserción emocional y social al mundo cotidiano. El individuo empieza a examinar su nueva situación y a considerar las posibles maneras de enfrentarla (citada en Loitegui, 2008).

#### **5.2.4.2 El enfoque de duelo basado en tareas.**

A diferencia del enfoque anterior, Worden (1997), representante de esta perspectiva, no considera que el proceso de duelo implique etapas bien definidas y sucesivas, pues eso supondría cierta pasividad del sujeto a la hora de elaborar el proceso de duelo. Por ello, habla de tareas, pues éstas implican que la persona ha de ser activa y pueda hacer algo. Es decir, da a la persona cierta sensación de fuerza y la esperanza de que puede hacer algo para activo



para salir de esta situación. Además, eso contempla las influencias en el duelo que provienen de intervenciones del exterior.

De acuerdo a lo anterior, las tareas necesitan realizarse para alcanzar restablecer el equilibrio y completar el proceso de duelo. A su vez, estas tareas que requieren un esfuerzo, no siguen necesariamente un orden específico y concreto, porque, de acuerdo al autor, el duelo es un proceso y no un estado.

De este modo, según Worden (1997) la elaboración supone cuatro tareas: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor consiguiente, adaptarse a un medio en el que está ausente el fallecido, al que se debe recolocar emocionalmente y continuar viviendo.

**1-. Aceptar la realidad de la pérdida:** Es el primer paso para iniciar el proceso de duelo, y por lo mismo, el más difícil. De acuerdo a Worden (1997), se trata de “enfrentar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida” (pp. 4). Producto de ello, es habitual que aparezcan las resistencias ante la irreversibilidad de la pérdida, aunque menciona el autor, éstas serán diferentes según se trate de las circunstancias de la muerte (repentina o esperada). Y, dado que la persona en

duelo debe aceptar que la persona se ha ido y no volverá, las conductas de búsqueda y esperanza de reunión se relacionan directamente con esta tarea.

Sin embargo, es una tarea difícil y de largo tiempo, pues, aceptar la realidad de la pérdida implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. De ahí que la creencia y la incredulidad son intermitentes mientras se intenta resolver esta tarea. Para facilitar este proceso, Worden (1997) señala que es de mucha utilidad preparar el cuerpo para el entierro o bien los ritos funerarios, entre otros. Así la persona en duelo se va dando cuenta de la pérdida y podría empezar el proceso de duelo como tal.

**2-. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida:** Esta tarea consiste en que la persona en duelo logre reconocer y manifestar el dolor, ya que de lo contrario, si el dolor no se siente, puede volver posteriormente en forma más crítica. Al respecto, Worden (1997), señala, “éste se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional. Cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua este dolor es probable que prolongue el curso del duelo” (pp. 6). Por ello, se trata de facilitar la expresión del dolor para evitar, de ese modo, una cronificación innecesaria del mismo a lo largo de la vida.

Un aspecto muy importante que refiere Worden (1997) es que habitualmente la sociedad hace difícil llevar a cabo esta tarea, al sentir incomodidad con los sentimientos que el “doliente” pueda manifestar, y por lo tanto, puede entregar mensajes respecto a lo innecesario que resulta para la persona en duelo, elaborar dicho dolor. Lo dañino de esto, es que interfiere con las propias defensas de la persona, llevándole a negar la necesidad de elaborar los aspectos emocionales que conlleva esta situación.

Para llevar a cabo esta negación, es frecuente que la persona bloquee sus sentimientos, por medio del consumo de alcohol o drogas, absteniéndose, de esa manera, de cumplir esta segunda tarea.

**3-. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente:** Esta tarea consiste en adaptarse al mundo que rodea al sujeto pero sin el fallecido. De modo que la persona en duelo tendrá que aprender a hacer cosas que antes no hacía y a relacionarse socialmente de otra manera. En ello, dependerá la relación que existía con el fallecido así como los roles que éste desempeñaba.

Importante es considerar, a juicio de Worden (1997) que en un principio esta tarea puede suponer una regresión, en la que las personas se perciben a sí mismas como inútiles e incapaces para llevar a cabo nuevas actividades y roles. Incluso, pueden sentir una sensación de baja autoestima o de fracaso

tras los intentos de cumplir con los roles del fallecido. Sin embargo, con el tiempo estas imágenes negativas dan paso a otras más positivas y las personas en duelo son capaces de continuar con sus tareas y aprender nuevas formas de enfrentarse al mundo. Con ello, la persona decide que debe asumir los roles a los que no está acostumbrada, desarrollar habilidades que nunca había tenido y seguir adelante con un nuevo sentido del mundo. Y es aquí cuando el duelo puede convertirse en una oportunidad de aprendizaje y crecimiento personal.

**4-. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo:** De acuerdo a Worden (1997), esta es la última tarea del proceso de duelo, y consiste en tener claridad de que nunca se podrá eliminar de la propia existencia, a aquellos que han fallecido. Por lo tanto, para llevar a cabo esta tarea es necesario reorientar la energía superando el temor a olvidar al fallecido.

En este sentido, “la disponibilidad de un superviviente para empezar nuevas relaciones depende no de “renunciar” al cónyuge muerto sino de encontrarle un lugar apropiado en su vida psicológica, un lugar que es importante pero que deja un espacio para los demás” (Worden, 1997, pp. 8). Por lo tanto, se trata de encontrar un lugar adecuado para él en su vida

emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

El duelo acabaría cuando se han completado las cuatro tareas. En este sentido, de acuerdo a Worden (1997), el punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin tanto dolor y sin manifestaciones físicas (llanto intenso, opresión en el pecho) como si sucedía previamente. Así, si bien, siempre hay una sensación de tristeza cuando se piensa en él, ésta es un tipo de tristeza distinta, más bien evocadora pero no avasalladora. Además, el duelo acaba cuando una persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos. Cuando la persona recupera el interés por la vida, cuando se siente más esperanzada, cuando experimenta gratificación de nuevo y se adapta a nuevos roles.

Los modelos recién expuestos (etapas y tareas) son los que habitualmente se utilizan para abordar la temática del duelo. Se puede decir que ninguno es mejor que otro. Pero sí, que cada cual aporta distintos componentes. En este contexto, hablar de fases podría resultar útil y descriptivo para los profesionales de la salud. Sin embargo, la realidad es muy diferente, pues el dolor por la pérdida de un ser querido es una experiencia muy subjetiva, de una enorme variabilidad, y que responde a múltiples factores (circunstancias de la pérdida, vínculo, entorno cultural, etc.); la cual hace que

no necesariamente puede responder a los patrones de comportamiento que dichas etapas formulan, y que se constituyen como “lo característico” del proceso. Es decir, no necesariamente las personas en duelo deben atravesar por todas ellas ni seguir una determinada secuencia (Pascual Blanco, s.a).

En este sentido, es importante, si se opta por este modelo, tener siempre en cuenta como punto de partida, la subjetividad de la persona más que las fases mismas del duelo. Esto, porque muchas veces se pierde de vista el sentir del sujeto, por tratar de hacerlo calzar a dichas etapas. Al respecto, “el proceso de elaboración del duelo es lento, si se cumple a través de etapas, no tienen porque ser consecutivas, pueden superponerse, reaparecer o predominar alguna de ellas” (Bracho, 1997, citado en Carmona y Bracho, 2008, pp. 18). De tal forma que el sujeto podría omitir, o repetir una etapa una y otra vez, especialmente cuando el lapso de tiempo es muy largo.

Por otra parte, el modelo de Worden (1997) podría resultar bastante pertinente sobre todo cuando habla de rescatar el papel protagónico que los sujetos tendrían a la hora de elaborar el duelo. Por ello, se concuerda con el autor cuando menciona que abordar el duelo desde el modelo de las etapas es visualizar a la persona en duelo como un ente pasivo a dicho proceso incluso a su elaboración. Dejar el trabajo en manos del tiempo, que cada una de estas etapas conlleva, implica que la persona deba esperar pasivamente que el

tiempo pase, sin desarrollar ninguna acción de su parte. Pero el duelo no es un proceso que se resuelva solo con el transcurrir del tiempo, es un proceso activo, que requiere poner en marcha los recursos de las personas afectadas, y que implica tomar decisiones desde su inicio (Pascual Blanco, s.a). Y es ahí, cuando puede transformarse en un proceso de aprendizaje y en una experiencia potencializadora de las capacidades del sujeto.

#### **5.2.5 Factores condicionantes de la respuesta de duelo**

Tal como fue posible observar en los párrafos anteriores, el proceso de elaboración del duelo es un proceso muy subjetivo e individual (cada persona lo vive de manera distinta), cuya resolución se encontrará mediatizado por la interacción de múltiples determinantes, cada uno de los cuales va a pesar de manera diferente en cada caso particular (Carmona y Bracho, 2008; Neimeyer, 2006; Pascual Blanco, s.a; Ripoll, 1997 citado en Carmona y Bracho, 2008; Worden, 1997)

De acuerdo a lo anterior, el duelo se encontraría asociado a una serie de factores o circunstancias, que actúan como predictores, los cuales pueden ser considerados como normales, en el sentido de que no añaden por sí mismas dificultades a las ya propias del duelo, o por el contrario, pueden complicarlo

enormemente (Landa y García, 2007), de ahí, lo complejo de este proceso. Entre los factores determinantes, destacan:

**a) Causa y entorno de la muerte:** Este factor se relaciona con las circunstancias específicas de la muerte. De modo que la forma de morir influye en la respuesta de duelo. Al respecto, se señala que resultaría más difícil aceptar la muerte cuando ésta es repentina e imprevista, es decir, cuando no se previno o anticipó, por ejemplo, accidentes, suicidios, muertes múltiples y e inciertas, entre otras. Todas ellas incrementarían la probabilidad de una salida dificultosa del duelo debido a que no dan tiempo a que aparezcan mecanismos adaptativos, por lo cual, tienden a producir un gran impacto emocional (Neimeyer, 2006; Sada, “et al”, s.a; Worden, 1997). Por el contrario, cuando el suceso es anticipado por el individuo (fallecimiento por enfermedad terminal conocida) existe una tendencia a realizar un proceso de duelo que facilitaría la resolución (Ripoll, 1997 citado en Carmona y Bracho, 2008).

**b) Personalidad y recursos psicoemocionales del doliente:** La personalidad del sujeto va a determinar el impacto que un suceso determinado le produce y que será diferente al que producirá en otras personas. De este modo, este factor incluye: la edad, el sexo, la expresión de sentimientos, el manejo de la ansiedad y cómo afronta las situaciones estresantes. Así, por ejemplo, importante es saber si la persona es muy dependiente o ha tenido relaciones



tempranas complicadas, o bien, es autónoma y con buena salud mental, pues ello va a determinar el manejo por el dolor de la pérdida (Ripoll, 1997 citado en Carmona y Bracho, 2008; Worden, 1997).

En este sentido, las personas diagnosticadas con ciertos trastornos de personalidad pueden pasar momentos difíciles al manejar la pérdida (especialmente cierto en personas con trastornos de personalidad límite o narcisista) (Worden, 1997). Por su parte, Ripoll (1997), agrega el nivel de madurez e inteligencia, las experiencias previas de duelos, la coexistencia de otras situaciones de crisis, el sentido que tenga de la existencia y de sus principios religiosos/espirituales, filosóficos, culturales y sociales, así como también la autoestima, la fuerza del yo o sus experiencias infantiles (citado en Carmona y Bracho, 2008). Mientras que Neimeyer (2006) menciona además la existencia de antecedentes psiquiátricos, los cuales pueden repercutir negativamente en el trabajo de duelo. Por lo que insiste en conocer la historia de salud mental previa de la persona.

**c) Ambiente sociofamiliar:** La red de apoyo familiar y social suele tener una influencia capital en el trabajo de duelo. Al respecto, se menciona que una persona con buen apoyo social puede tolerar o amortiguar las situaciones de estrés de mejor manera, que aquellas que no cuentan con dicha red. Es decir, el apoyo externo puede facilitar o interferir en la elaboración del mismo (Ripoll,

1997 citado en Carmona y Bracho, 2008). Por lo tanto, el grado de apoyo emocional y social percibido que se recibe de los demás, tanto familiar como social, es significativo. Incluso las personas que tienen una mascota muestran menos síntomas que las personas que no tienen su compañía (Worden, 1997).

Un aspecto muy importante que destaca Worden (1997) es conocer los antecedentes sociales, económicos, culturales étnicos y religiosos de la persona en duelo, ya que esta información permite saber la forma que dicha cultura enfrenta la muerte, y, por tanto, el proceso de duelo (ritos).

**d) El tipo de relación con el fallecido:** La percepción de la pérdida estará también determinada por el sentido, calidad e inversión emocional que representó para la persona en duelo la relación con el fallecido. Se señala que cuanto más cercano afectivamente sea el familiar fallecido mayor es el impacto (García, 2011; Sada, "et al", s.a).

Al respecto, Worden (1997) señala que las respuestas de duelos más intensas y difíciles, dependerán de la fuerza del apego o la intensidad del afecto. De modo que la reacción emocional aumentará su gravedad proporcionalmente a la intensidad de la relación afectiva. Otro elemento importante será la seguridad del apego, es decir, si el fallecido era necesario para la sensación de bienestar del superviviente. Si así hubiese sido, entonces

esto comunicará una reacción emocional difícil. A su vez, la ambivalencia en la relación es otro factor que se reconoce vital para la resolución favorable o desfavorable del proceso de duelo. En este sentido, si existía una relación muy ambivalente en la que los sentimientos negativos coexisten en una proporción casi igual, habrá una reacción emocional más difícil en el duelo. Normalmente en una relación altamente ambivalente existe una cantidad tremenda de culpa, unida a una rabia intensa por el hecho de que el fallecido le haya dejado solo/a.

En este sentido, si las relaciones con el ser querido fueron conflictivas, el dolor no solo es por la pérdida; sino también por la culpa de no haber tenido mejores relaciones con el fallecido; y la imposibilidad de no poder cambiar esa situación. Finalmente, Worden (1997) señala la historia de conflictos con el fallecido como elemento igualmente determinante en la respuesta de duelo, merecen particular atención los conflictos que provienen de abuso sexual y/o físico a una edad temprana.

A su vez, Ripoll (1997) agrega que resulta importante conocer la cantidad y calidad de los asuntos sin resolver entre el doliente y el fallecido, las características del fallecido, (edad, sexo, personalidad), así como de la percepción del doliente acerca de la realización y las satisfacciones que la vida ha deparado al fallecido. También del rol y las funciones que tenía el fallecido

dentro de su núcleo familiar y del sistema social en el que se movía, pues esto implicaría una reorganización del sistema (citado en Carmona y Bracho, 2008).

Por otra parte, García (2011) señala que son muertes de mayor impacto la del hijo y la del cónyuge, porque la de los padres la mayoría de las veces ha sido anticipada por el sujeto como algo esperable y porque la mayoría de las veces es un tipo de muerte que exige muchos menos reajustes cotidianos.

## **5.2.6 Tipos de duelo**

### **5.2.6.1 Definición de Duelo Complicado**

Existe unanimidad en aceptar el duelo como un proceso esperable y adaptativo que se desarrolla frente a la pérdida de una figura significativa y que, pasado cierto tiempo o realizadas ciertas acciones es superado (Loitegui, 2008). No obstante, en muchos casos, este proceso esperado se ve alterado o interferido por algunos factores, que no permiten la adecuada resolución del duelo, rompiéndose, así, el equilibrio psicofísico, que puede llevar a consecuencias poco sanas, tanto en el área de la salud física como psíquica. Cuando ello ocurre, se está frente a lo que se llama duelos “complicados” con gran impacto en la vida cotidiana de la persona afectada y muchas veces en sus familias (Espina, 1999 citado en Fernández, Robles y Velasco, 2007).

Sin embargo, definir cuándo se está frente a un duelo complicado no es una tarea fácil de realizar, básicamente porque con frecuencia se realiza bajo términos muy genéricos e imprecisos. Esto, por ser un fenómeno muy particular, y como tal, puede aparecer un abanico de respuestas adaptativas para un individuo en una circunstancia, y, la misma muy distinta para otro, en otro contexto (Echeburúa y Herrán, 2007). De ahí que se reconozca al “duelo complicado” como un diagnóstico “fronterizo”, entendiendo como tal, “aquella situación clínica que se encuentra en el límite entre lo “normal” y lo “patológico” (García, 2011, pp.3). Pero además, porque su sintomatología y diagnóstico es impreciso, y, como tal se enmascara con otros cuadros, y presentan escasa validez y fiabilidad, porque la subjetividad del médico constituye un factor importante en el diagnóstico (García, 2011).

Para enfrentar dicha dificultad, la mayoría de los autores (Dollenz, 2003; Echeburúa y Herrán, 2007; Espina, 1999; García, 2011; Tizón, 2004; Worden, 1997, entre otros) reconoce que el duelo complicado se presenta cuando:

- El proceso de adaptación y elaboración del dolor de la pérdida es insuficiente o inadecuado;
- El proceso de elaboración del duelo no se realiza; producto de que las variables intervinientes dificultan algunas de las tareas o fases.
- Al negar de manera prolongada la pérdida del fallecido.

- Las reacciones psicológicas, físicas, conductuales y sociales son de tan alta intensidad que dificulta notablemente la realización de la mayor parte de las tareas cotidianas, esto porque dichas reacciones no pueden ser manejadas por la persona que las siente, a riesgo de caer en dependencia de fármacos, drogas, aislamiento social y conductas autodestructivas (Neimeyer, 2006; Rojas, 2005 citado en Gutiérrez, 2009; Worden, 1997).
- La duración de dichas reacciones superan el tiempo usualmente establecido (por lo general, más de un año).

En esta línea de comprensión, Worden (1997) refiere que el duelo complicado sería la intensificación del duelo (esperado) a nivel que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la sanación.

Por su parte, para Freud (1917) el duelo complicado se representa en el sujeto “melancólico”, aquel que rechaza la idea de la pérdida, se identifica con el objeto y retira su deseo del mundo. Lo que sucede concretamente es que la libido no se desplazada sobre el objeto perdido sino que se autodirige, de manera que los reproches que debían ir hacia el objeto se convierten ahora en

autorreproches, ocasionando que la pérdida se produzca en el propio yo. Con ello, el yo pierde su autoestima y autoconfianza, por lo que se empobrece y vacía. En efecto, lo que se internaliza es un objeto con cargas negativas, lo que explica la existencia de sentimientos depresivos, pérdida de autoestima e incluso sentimiento y expectativas de castigo.

Por otra parte, las escuelas de corte cognitivista, se explican la evolución desfavorable de los procesos de duelo como producto de una sucesión de pensamientos erróneos que deben ser modificados a través de técnicas de reestructuración cognitiva (Pascual Blanco, s.a).

#### **5.2.6.2 Reacciones del Duelo Complicado**

De acuerdo a los autores revisados (Dollenz, 2003; Echeburúa y Herrán, 2007; Espina, 1999; García, 2011; Parkes, 1972; Tizón, 2004; Worden, 1997), algunas de las posibles manifestaciones de duelo complicado son:

##### **Reacciones Psicológicas:**

- Falta de respuesta o respuesta débil durante las semanas que siguen a la pérdida. Prolongación del embotamiento afectivo (negación de la pérdida).

- Tras las primeras semanas persisten emociones muy intensas de rabia, resentimiento, tristeza o culpa.
- Intensa reacción emocional frente a acontecimientos relativamente poco importantes.
- La persona en duelo no hace ninguna referencia a la pérdida, evitando cualquier circunstancia que pudiera recordarle.
- Ausencia de sentimientos, que se produce para no afrontar el impacto del duelo. Así, la persona experimentaría insensibilidad para no hacer aflorar dichos sentimientos y no desbordarse emocionalmente.
- Miedo desmesurado a la enfermedad y a la muerte, hipocondría, consultas frecuentes al médico.
- Si la persona presenta una larga historia de depresión subclínica, marcada por la culpa persistente y baja autoestima.
- Autorreproches (por ejemplo, por no haber hecho lo suficiente por el difunto)

### **Reacciones Físicas:**

- Desarrollo de síntomas físicos similares a los que experimentaba el fallecido antes de la muerte.
- En las fases iniciales son frecuente los trastornos del sueño y del apetito, fatiga, dolores musculares, conductas hipocondríacas, estreñimiento, cefaleas, entre otros, los cuales llevan al sujeto a consultar a los centros de atención de



salud. Sin embargo, con el transcurso de los meses estos síntomas pueden declinar y hacerse más frecuentes los síntomas psicológicos.

- Exacerbación de respuestas somáticas o psicósomáticas.

### **Reacciones Conductuales y Cognitivas:**

- La persona que ha sufrido la pérdida no quiere desprenderse de ninguna pertenencia material que pertenecía al difunto, o, por el contrario, se deshace precipitadamente de todos los objetos (evitación fóbica).
- La persona en duelo realiza cambios radicales en su estilo de vida después de la muerte de su ser querido.
- Impulsos destructivos y autodestructivos con abuso del tabaco, alcohol y drogas. Los casos extremos incluyen intentos de suicidio.
- Distorsiones cognitivas, enojo y amargura acerca del fallecido, negativa para continuar con la vida propia.
- Pensamientos de muerte persistentes.
- Una irritabilidad inhabitual contra terceras personas
- Desarrollo de conductas bizarras como: visitas diarias al cementerio durante años; mantener la habitación exactamente igual como la dejó el fallecido; mantener sus cenizas en el domicilio. Así como alucinaciones, referidas a visiones o voces del fallecido, ideas delirantes.

- Cuando tras el primer año desde que falleció el ser querido, no hay ningún signo de recuperación.
- Cuando a los 2 ó 3 años de la pérdida no hay una clara evolución satisfactoria. Es decir, duelo excesivamente duradero.

Importante es considerar que si bien la intensidad o duración de estas reacciones son las que permiten identificar un duelo complicado, no hay que olvidar que el duelo complicado es producto de un proceso no resuelto, que incide notablemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo, incluso, su salud. En este sentido, el abordaje del duelo complicado tendría que estar enfocado a dicho proceso más que a la simple presencia o ausencia de estas reacciones (Worden, 1997).

En este sentido, la función de estas reacciones es ocultar la falta de elaboración de la pérdida del ser querido y las emociones que dicha pérdida ha provocado. De acuerdo a Echeburúa y Herrán (2007), esta situación se vuelve más compleja al considerar que:

Las primeras reacciones no marcan necesariamente la evolución del duelo. Algunas personas, en las primeras semanas, tienen una respuesta emocional ligera y, sin embargo, experimentan una intensificación y cronificación del duelo posterior. Otras, en cambio, se expresan con un

sufrimiento intenso inicial, para luego ir superando el duelo más fácilmente, lo que suele ser la reacción más frecuente. (pp. 35)

En este contexto, de acuerdo a Echeburúa y Herrán (2007) las personas con mayor riesgo de sufrir un duelo complicado son aquellas que:

- Presentan antecedentes de depresión o trastornos de ansiedad, con estilos de afrontamiento inadecuados o con características “problemáticas” de personalidad (p. ej. dependientes emocionalmente), pues corren mayor riesgo de desbordarse emocionalmente.
- Han experimentado muchas o recientes pérdidas y cuando la reacción ante las anteriores ha sido particularmente intensa o duradera.
- Presentan una situación económica precaria, no cuentan con una familia muy reducida, o bien, están carentes de una red social de apoyo.

Por su parte, Worden (1997) agrega:

- Factores relacionales: Es decir, el tipo de relación entre la persona en duelo y el fallecido. Destacan las relaciones de ambivalencia con hostilidad no expresada; la narcisista, la dependiente y aquellos que tienen baja autoestima y estilos atribucionales autoculpadores.

- Factores circunstanciales: Es decir, cuando la pérdida es incierta (p. ej. Detenidos Desaparecidos), o bien, cuando hay pérdidas múltiples (p. ej. en los terremotos, incendios etc.).
- Factores sociales: Refiere al contexto social en el que se encuentra inserto el sujeto. En este sentido, las situaciones que pueden influir en el curso desfavorable del duelo es no tener el espacio social para hablar de la pérdida (sobre todo en suicidios).

### 5.2.6.3 Tipos de Duelo Complicado

De acuerdo a Worden (1997) y Dollenz (2003) hay varias maneras de hacer un perfil del duelo complicado, el que incluiría:

- **Duelo Crónico:** Es aquel que tiene una duración muy prolongada y nunca llega a un desenlace satisfactorio. Determinante en él, es que la persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo. Va acompañado de una respuesta emocional intensa (ansiedad, desesperanza, ira, autorreproches) y de sentimientos de culpa igualmente intensos. El duelo se detiene en la segunda fase.

- **Duelo Retrasado:** Se llaman a veces inhibidos, suprimidos o pospuestos. Y refieren a la ausencia de la expresión de duelo cuando habitualmente habría de esperarse. Se produce una “anestesia emocional”, con dificultad para expresar las emociones asociadas a la pérdida. Es un duelo negado, ya que la persona que sufre la pérdida intenta evitar la realidad, con la esperanza injustificada de retorno del fallecido. Se detiene la evolución del duelo en la primera fase.

- **Duelo Exagerado:** Producto de la sensación de desborde emocional, la persona recurre a una conducta desadaptativa. Es consciente de que los síntomas y las conductas que está experimentando están relacionadas con la pérdida y busca terapia porque su experiencia es excesiva e incapacitante.

- **Duelo Enmascarado:** Personas que experimentan síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida. Puede aparecer como síntoma físico o psiquiátrico, y a través de alguna conducta desadaptativa.

- **Duelo psiquiátrico:** En él se produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico, como efecto reactivo del duelo, cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico.

- **Psicosis del duelo:** La persona en duelo manifiesta características extremadamente “anormales” y cercanas a un episodio psicótico, por lo que los síntomas son propiamente los de un cuadro psicótico reactivo.

- **Duelo sintomático:** Reacción de duelo con sintomatología de nueva aparición o bien, exacerbación de situaciones sintomáticas previas.

En conclusión, abordar el duelo como una experiencia singular y cargada de subjetividad, implica visualizarlo como un proceso de curso variable y múltiple, por lo que exige enfrentarlo en todas sus posibles expresiones, pero por sobre todo, en función de las personas y del contexto social del que forman parte. Dado que esta labor no es fácil, en la actualidad se plantea la necesidad de que los profesionales de la salud posean una exhaustiva preparación y entrenamiento en esta temática, a riesgo de caer en diagnósticos precipitados y erróneos (Tizón, 2004). Pero, al mismo tiempo, reclama para quienes se encuentren estudiando esta materia, abordarlo de manera clara, concreta y precisa, que permita amortiguar las dificultades antes descritas.

## **5.2.7 Abordaje clínico del duelo**

De acuerdo a varios autores, entre ellos Neimeyer (2006), el duelo es un proceso complejo, pues se experimenta de muchas y variadas formas y en él intervienen una variedad de aspectos que condicionan su elaboración. Esto hace que abordarlo no sea una tarea fácil de realizar. Por ello, el objetivo de esta sección es entregar los fundamentos teóricos y elementos prácticos que permitan enfrentar el duelo de manera clara y adecuada. En este sentido, tratará de responder al cuándo, cómo, quién y para qué intervenir.

### **5.2.7.1 ¿Cuándo intervenir?**

El duelo al ser una experiencia subjetiva y con características específicas, que, a su vez, depende de una serie de factores concomitantes que pueden determinar su curso, hace que se vuelva un proceso complejo de abordar. En este contexto, resulta importante tener claridad respecto al abordaje clínico del duelo, especialmente a la hora de determinar qué tipo de intervenciones desarrollar, y, por sobre todo, cuáles y cuándo resultan eficaces y oportunas de practicar.

En este sentido, entre los distintos autores que han estudiado el duelo (Echeburúa y Herrán, 2007; García, 2011; Landa y García, 2007; Neimeyer, 2006; Tizón, 2004; Worden, 1997) existe total acuerdo en que no todo duelo necesita de ayuda profesional formal, incluso intervenciones tempranas interfieren en el proceso natural del mismo, por lo que no son aconsejables. El argumento tras esta conclusión, es que las personas que viven un proceso de duelo esperable, aceptan sus reacciones y sus conductas como “normales”, por lo que rara vez solicitan atención (Landa y García, 2007), de modo que, el duelo se elabora de una manera natural con los propios recursos de afrontamiento de la persona y con el apoyo de su entorno social.

Bajo este contexto, si se interviene tempranamente una situación percibida como normal, se corre el riesgo probable de “desnaturalizarla”, patologizarla o etiquetarla en función de los síntomas, con el consecuente efecto de condicionar el actuar del consultante y predisponer a la persona a responder a dicha clasificación. Lo anterior, sobre todo considerando que a nivel de imaginario social, los profesionales de la salud se convierten en la autoridad máxima del saber, por lo que su palabra se configura para la persona como “la” verdad“, como una realidad incuestionable, sin que aquel tenga necesariamente la intención para producir dicho efecto.



Por lo tanto, en este contexto, el profesional de Atención Primaria no debe intervenir tempranamente un proceso de duelo, ni recomendar necesariamente que la persona en duelo consulte con un psicólogo o psiquiatra (Echeburúa y Herrán, 2007; García, 2011; Landa y García, 2007; Neimeyer, 2006; Tizón, 2004; Worden, 1997). Entonces, ¿cuándo se debe intervenir?

Los autores citados (Echeburúa y Herrán, 2007; García, 2011; Landa y García, 2007; Neimeyer, 2006; Tizón, 2004; Worden, 1997) también coinciden en plantear que solo se debe intervenir en el caso que se observen reacciones claramente divergentes con el proceso normal. Por lo tanto, se inclinan por ofrecerla sólo a aquellas personas que reúnen condiciones de riesgo (factores condicionantes del proceso de duelo). O bien, sólo a aquellas personas que lo solicitan espontáneamente, o las que muestran dificultades manifiestas para realizar alguna de las tareas o etapas de dicho proceso.

Al respecto, Worden (1997) considera útil para esclarecer esta situación, distinguir entre asesoramiento y terapia de duelo. El primero, sería un tipo de intervención que deberían ser capaces de realizar los profesionales de la salud en general y se aplicaría a personas que están atravesando un proceso de duelo esperado. Puede aplicarse en el contexto habitual en el que trabajan las personas que la llevan a cabo (consultorios, CESFAM o en el domicilio de los pacientes visitados por ellos) ya que no requiere de un encuadre especial.

Mientras que la segunda modalidad de intervención, la terapia de duelo propiamente tal, de acuerdo a Worden (1997) estaría indicada bajo dos circunstancias: cuando las dificultades en el proceso de duelo haya dado lugar a problemas de salud mental graves, que requerirían esta intervención, independientemente de su origen (un cuadro psicótico, un cuadro depresivo, más aun si presenta ideas de suicidio reiteradas). Y, cuando la intervención de los otros profesionales de la salud (a nivel de asesoramiento) no ha conseguido mejorar el problema o ha desencadenado reacciones inesperadas. En dichas circunstancias, la terapia se realiza por profesionales de salud mental con un encuadre semejante al de otras terapias psicológicas. Según esta concepción, los otros profesionales de la salud (médicos, asistentes sociales, entre otros) deberían de ser capaces de detectar los casos de duelo complicado para derivarlos al escalón especializado.

Particularmente, para el caso del duelo complicado, de acuerdo a Worden (1997), la psicoterapia específica se debe aplicar en los casos siguientes: a) El duelo complicado se manifiesta como un duelo prolongado; b) El duelo se manifiesta a través de algún síntoma somático o conductual enmascarado y c) El duelo se manifiesta con una reacción exagerada.

En esta misma línea de comprensión, Landa y García (2007), señalan que hay grupos de personas que requerirán actuaciones puntuales (una sesión), y otros, una atención más continuada y con una estructura temporal definida. Todo dependerá de cómo se esté vivenciando la situación de duelo y de cómo estén actuando los factores que lo condicionan. Por lo mismo, Landa y García (2007) plantean que no hay evidencia como para hacer ninguna recomendación definitiva sobre qué tipo de intervención específica en duelo resulta más eficaz.

De acuerdo a lo planteado, una persona en duelo necesita ayuda profesional cuando:

- Pide ayuda expresa para su proceso.
- El profesional valora que la ayuda es necesaria
- Existan varios predictores de riesgo asociados.
- Se detecten pistas que lleven a pensar hacia un posible duelo complicado.

En este sentido, importante será evaluar los factores de riesgo y el momento o etapa de duelo en la que se encuentran las personas en duelo, pues ello permitirá decidir las estrategias o técnicas de facilitación (Pascual Blanco, s.a; Servicio Andaluz de Salud, 2011).

### **5.2.7.2 ¿Para qué intervenir?**

Una vez que se ha logrado tener claridad respecto a cuándo resulta pertinente introducir acciones en un proceso de duelo, entonces el profesional de la salud está en condiciones de establecer los objetivos generales y específicos de las mismas. En términos generales, según algunos autores (Echeburúa y Herrán, 2007; Landa y García, 2007), cuando el profesional de salud se enfrenta a una situación de duelo, deberá ser capaz de:

- Diferenciar el duelo esperable y desfavorable.
- Acompañar el duelo de los pacientes que lo soliciten o pidan ayuda.
- Estar alerta a la evolución desfavorable del duelo e intentar intervenir para prevenirla, si es previsible; o reencauzarla, si ello es posible.
- Asumir el seguimiento de personas con duelos crónicos.
- Valorar adecuadamente la posible aparición de psicopatología que precise de la ayuda especializada de los equipos de salud mental.

En lo que respecta al abordaje del duelo esperado propiamente tal, los autores que han investigado el tema (García, 2011; Landa y García, 2007; Neimeyer, 2006; Rodríguez y Fernández, 2002; Tizón, 2004; Worden, 1997) concuerdan nuevamente y señalan como objetivos para favorecer el trabajo de duelo:

- Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida de la manera más natural y saludable posible. En este sentido, se debe explicar a la persona en duelo que sus reacciones esperables y que desaparecerán con el paso del tiempo. Pero que no se trata de un proceso lineal. Puede reaparecer y se tendrá que volver a trabajar. Junto a ello, se debe facilitar que la persona hable sobre el fallecido y las circunstancias de su muerte.
- Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos asociados a ella (Ej. Culpa, rabia, tristeza, etc.);
- Facilitar la resolución de los problemas prácticos producidos por la falta de la persona fallecida, y en este sentido, facilitar la superación de los diferentes obstáculos para reajustarse después de la pérdida;
- Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.

Por su parte, Margaret Stroebe (2007), considera el duelo como un proceso dual, es decir, fluctuante y dinámico en el que es necesario una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento, una de ellas, está orientada a la pérdida, donde el sujeto puede conectar con el dolor, expresando sus sentimientos, y, otra, orientada hacia la reconstrucción, donde la persona se centra en los múltiples ajustes externos requeridos a partir de la pérdida, y, por tanto, se concentra en todo lo que favorece la reorganización (citada en Pascual Blanco, s.a).

Desde este modelo, el objetivo de la intervención es poner en marcha los recursos de la persona en duelo, que faciliten el restablecimiento del contacto, tanto interno como externo.

Hasta acá se han descrito los objetivos respecto a un proceso de duelo esperado, por lo que es menester conocer los objetivos que respectan al duelo complicado, y, en el cual, de acuerdo a Worden (1997) se hace necesaria una terapia de duelo. De acuerdo a Worden (1997), el objetivo de la misma será identificar y resolver los conflictos de separación que imposibilitan la realización de las tareas correspondientes en personas cuyo duelo no aparece, se retrasa, es excesivo o prolongado. En ellas, se deberá:

- Descartar enfermedades físicas: No se debería empezar nunca una terapia de duelo en el que el síntoma físico sea el factor más destacado a no ser que se pueda excluir plenamente que hay una enfermedad física detrás del síntoma.

- Establecer el contrato y la alianza terapéutica. La idea es que la persona en duelo complicado se encuentre de acuerdo con explorar su relación con la persona o personas implicadas en la pérdida previa, por su parte, el terapeuta debe reforzar la creencia de que esto será beneficioso, y coincide con él en que ésta es una área que vale la pena explorar. Las relaciones pasadas se exploran sólo si afectan directamente a la respuesta al duelo actual.

- Revivir recuerdos del fallecido y reconstruir su imagen. Es importante empezar a construir un entramado preliminar de recuerdos positivos que ayuden a la persona en duelo. Gradualmente se anima a la persona a comentar recuerdos más dolorosos, de rabia y desilusión.

- Si hay múltiples pérdidas, se ha de trabajar con cada una separadamente. En general, es mejor explorar primero la pérdida que se cree que tiene menos factores que la complican.

- Evaluar cuáles de las cuatro tareas del proceso de duelo no se han completado. En este sentido, si no se ha completado la tarea I (aceptar la realidad de la pérdida), la terapia se centra en confrontarla con el hecho de la muerte. Si la dificultad se produce en la tarea II (no expresa sus sentimientos), la terapia se centra en el hecho de que es normal sentir emociones positivas y negativas respecto al fallecido, y que se puede llegar a un equilibrio entre ambas.

Una de las intervenciones clave necesarias para realizar la tarea II es redefinir la relación del paciente con el fallecido. Ahora bien, si la dificultad está en la tarea III (reorganizarse ante la pérdida), la parte más importante de la terapia es la solución de problemas. Finalmente, si la tarea sin completar es la IV, el terapeuta ayuda al paciente a emanciparse de un apego agobiante con el

fallecido y, por lo tanto, a sentirse libre para cultivar nuevas relaciones y continuar con la vida.

- Explorar y desactivar objetos de vinculación. Objetos simbólicos que guarda el superviviente y le permiten mantener externamente la relación con el fallecido. Los objetos pueden dificultar la realización satisfactoria del proceso del duelo.

- Reconocer la finalidad de la pérdida. Es importante ayudar a dicho pacientes a evaluar por qué no pueden reconocer el final de su pérdida.

- Tratar la fantasía de acabar el duelo. Es útil hacer que los pacientes exploren sus fantasías sobre cómo sería acabar el duelo o qué implicaría para ellos.

- Ayudar a la persona en duelo complicado a decir un adiós final. Se trata de decir adiós al deseo de que el fallecido esté vivo, y adiós a la fantasía de que puede recuperar alguna vez a la persona perdida. Este proceso sitúa al fallecido en un lugar menos central en la vida del superviviente, de manera que éste puede continuar su vida.

- Deshabitación ante conductas de duelo bizarras. A veces, y en relación a circunstancias culturales, algunos individuos muestran una serie de conductas bizarras respecto a la muerte. Las más frecuentes son las visitas diarias al



cementerio durante años, pero otras conductas incluyen mantener la habitación exactamente igual que como la dejó el difunto, mantener sus cenizas en el domicilio, “hablar” periódicamente con el difunto. En estos casos, se debe comparar con las conductas de otros individuos que han sufrido duelos y confirmar que se desvían de lo habitual.

Para finalizar, es importante mencionar que independientemente del tipo de duelo que se trate, el profesional de la salud debe comprender que el duelo es una experiencia única e irrepetible, dinámica y cambiante momento a momento; de persona a persona, de familia en familias, de cultura en cultura y de sociedad en sociedad. En virtud de ello, los objetivos específicos que orienten su intervención deberán responder a las necesidades y características propias del consultante y de su medio familiar, social, cultural, religioso, étnico y económico.

### **5.2.7.3      ¿Cómo intervenir?**

El duelo al ser una experiencia muy singular, que responde a cada “caso” en particular, obliga a los profesionales de la salud a desarrollar intervenciones en la misma línea. Ello, supone entonces que las técnicas, procedimientos, estrategias, etc., que se ponen en acción deban ser

consideradas como instrumentos al servicio de la persona y no recetas a las que se deben someter y adecuar los mismos.

La técnica más habitual para comenzar a indagar en el proceso de duelo es la Exploratoria, cuyo fin es recoger los datos básicos para la intervención. De forma más precisa, Landa y García (2007) señalan que tienen como objetivo, “conocer todos los datos que pueden ser determinantes en la evolución del duelo. Estos datos proporcionan un “mapa” del duelo, que servirá para orientar nuestra intervención, priorizando los problemas detectados y nos ayudará a saber si estamos ante un duelo aparentemente normal o de riesgo” (pp. 5).

De esta manera se incluye datos personales y sociofamiliares, información respecto a la evolución del proceso del duelo y el apoyo de la red social del consultante (Landa y García, 2007). En este sentido, Worden (1997) señala que este momento de la intervención sirve además para explorar las defensas y estilos de afrontamiento para prevenir complicaciones, a la vez de identificar patologías posibles.

Landa y García (2007), para abordar el proceso de duelo propiamente tal, utilizan la técnica que llaman REFINO, y refiere a la actitud que debe asumir el profesional para lograr dicho cometido. En general, las actitudes que

esta técnica incluye, son la que los otros autores de duelo también sugieren (García, 2011; Tizón, 2004), por lo que se transforman en una especie de “compendio” bastante completo e integrador.

REFINO, concretamente es: R: Relación E: Escucha F: Facilitación I: Informar N: Normalizar O: Orientar, y está centrada en:

- Construir una adecuada relación con la persona en duelo, siendo, ésta, el fundamento y el principio de toda la intervención;
- La escucha activa. La escucha activa es atenta, centrada e intensa; es una escucha del otro y de uno mismo. Es también una escucha empática.
- Facilitar es favorecer la comunicación, esperar, tener paciencia, es también hacerle un espacio al otro (al doliente) y darle “permiso” con nuestra actitud y ese clima “seguro” que hemos creado, para que cuente lo que se le ocurra o exprese sus emociones más profundas.
- Informar al consultante sobre el constructor cultural y psicológico del duelo y orientar sobre las dudas más habituales.
- Normalizar la situación de duelo (reacciones y sentimientos) para devolver la sensación de control.
- Orientar sugerir o incluso prescribir mediante instrucciones concretas determinadas conductas o rituales, y a veces lo contrario (Ej.: limitar las actividades que refuercen una cronificación del proceso adaptativo).

En esta misma línea, García (2011) señala a modo más concreto, que la actitud que el profesional debe asumir es una postura abierta y una expresión facial complementaria a los sentimientos que expresa la persona. Junto a ello, es útil el uso de facilitadores verbales o no verbales, acompañado de preguntas abiertas y frases de repetición.

Por su parte, Worden (1997) enumera una serie de técnicas útiles para la etapa de asesoramiento en duelos esperados (etapa exploratoria para Refino), entre ellas destacan:

- El lenguaje evocador de sentimientos.
- El uso de símbolos, como fotografías, cartas, vídeos, artículos de ropa y joyas.
- Escribir. Hacer que la persona en duelo escriba una o varias cartas al fallecido expresando sus pensamientos y sentimientos.
- Dibujar. Los dibujos pueden ayudar a reflejen los propios sentimientos y experiencias con el fallecido.
- Rol Playing. Se trata de que la persona pueda representar diferentes situaciones (que teme o le causan rabia) como una manera de desarrollar habilidades.

- Reestructuración cognitiva. La idea es ayudar al consultante a identificar aquellos pensamientos encubiertos que influyen en su mente, y contrastarlos con la realidad, para ver su precisión y sobre generalización.
- El libro de recuerdos sobre el fallecido. Puede incluir historias, cosas memorables, fotografías, poemas, dibujos, entre otros. Esta actividad puede ayudar a elaborar la pérdida de manera más realista.
- Imaginación guiada. Ayudar a la persona a imaginar al fallecido e instarla a decirle cosas que siente necesarias es una técnica muy poderosa.

Por otra parte, otra modalidad de intervención que día a día tiene más adeptos es el trabajo grupal. El grupo, se convierte en una alternativa bastante eficaz y oportuna, pues, por un lado, facilita trabajar con varias personas a la vez (lo que resulta favorable dada la alta demanda existente), y, por otra, facilita ventajas de aprendizajes (Gutiérrez, 2009). Y en el caso del duelo, puede ser una manera efectiva de ofrecer el apoyo emocional que la persona está buscando (Worden, 1997).

A nivel terapéutico, las ventajas del proceso grupal, según González (1999) es que en ellos las personas están en constante interrelación con otras, por lo que tienen la posibilidad de crear una red de apoyo social que, desde el punto de vista terapéutico, constituye una fortaleza para el proceso de cambio (citado en Gutiérrez, 2009). En este sentido, Corey (1995) argumenta que la

modalidad grupal permite a los participantes y las participantes, practicar nuevas habilidades dentro del grupo y sus interacciones diarias fuera del mismo, además de ejercitar el modelo y aprender a manejar los problemas observando a los otros asistentes. Por lo tanto, se centran en el crecimiento, en el descubrimiento de los recursos internos, proporcionando empatía y apoyo para crear un espacio de confianza a fin de explorar los problemas (citado en Gutiérrez, 2009).

Al respecto, Worden (1997) entrega algunas recomendaciones para crear un grupo de trabajo en duelo, y para hacer que funcione de manera eficaz:

- Elegir el formato del grupo. Esta decisión dependerá de los propósitos del mismo (apoyo emocional, educación o fines sociales, etc.). Así como de la estructura (cerrados o abiertos) y por último de la logística (N° de sesiones, duración, el tamaño del grupo, su localización y el costo de los encuentros).

- Los participantes. Es favorable reunir a personas que han tenido pérdidas similares. En este sentido, hay que considerar dos aspectos importantes: lo reciente que sea la pérdida. (No es recomendable incluir personas cuya pérdida se ha producido hace seis semanas o menos); y el tipo de pérdidas (múltiples, suicidio o VIH), en cuyos casos se debe considerar cuidadosamente

si se les incluye en el grupo, tal vez mejor sería crear grupos específicos para cada tipo de pérdida.

- Definir expectativas para evitar cualquier equivocación poco realista sobre la pertenencia al grupo.

- Establecer reglas básicas. Éstas proporcionan estructura, pueden aumentar la sensación de apoyo y ayudan al control. Destacan la puntualidad, confidencialidad, libertad para hablar sobre la pérdida, respeto por los tiempos, no dar consejos ni emitir juicios.

- Determinar el enfoque del facilitador. Y entender las dinámicas interpersonales y grupales.

Finalmente, para terminar esta sección, parece oportuno referirse a un tipo de intervención bastante utilizada en salud y que por lo general es causal de polémica: el empleo de fármacos para abordar el duelo. Este tipo de recurso no solo forma parte de la estrategia de intervención del profesional de la salud, sino también de la demanda del consultante y su familia.

Al respecto, existe consenso general (García, 2011; Neimeyer, 2006; Rodríguez y Fernández, 2002; Tizón 2004; Worden, 1997) en plantear el uso de fármacos de forma puntual, con moderación o en períodos cortos de tiempo, esencialmente para aliviar el insomnio o la ansiedad (síntomas más molestos), pero no para combatir la sintomatología depresiva, salvo en el caso de que aparezca como complicación, una depresión clínica. Especial cuidado merece la administración de fármacos a personas con duelos agudos por el riesgo que esto pueda ocasionar. Asimismo, cuando existen síntomas psicóticos se hace necesario administrar neurolepticos. Si estos síntomas son graves o hay ideas de suicidio puede requerir ingreso psiquiátrico.

En efecto, no es aconsejable dar medicación antidepresiva, pues, este tipo de fármacos tardan tiempo en hacer efecto, y, en raras ocasiones alivian los síntomas propios del duelo, por lo que resultan ineficaces. Además, se podría correr el riesgo de preparar el terreno para el desarrollo de una evolución desfavorable del mismo.

Al mismo tiempo, medicalizar el proceso de duelo y abordarlo solamente en base a fármacos, supondría connotarlo como una enfermedad, lo cual además de no ser adecuado, podría tener importantes repercusiones en su elaboración (“anestesia emocional” o drogodependencia) tanto para la persona en duelo como para su familia. Pero además, con ello, se estaría fomentando la



ideología social en la que resultan intolerantes las pérdidas afectivas y sobre todo la ansiedad (Tizón, 2004).

#### **5.2.7.4 ¿A quién incluir en la intervención?**

De acuerdo a Worden (1997), la mayoría de pérdidas significativas se producen en el contexto de una unidad familiar, por lo que es importante considerar el impacto de una muerte en todo el sistema.

Para abordar este aspecto, se vuelve muy pertinente acudir a los planteamientos de la teoría sistémica. Esto porque desde este pensamiento, la muerte se entiende como un proceso que, al mismo tiempo que implica a la persona que muere, también implica a los supervivientes, por lo que se produce una alteración en el equilibrio familiar y los patrones de interacción establecidos (Rodríguez y Fernández, 2002).

En este contexto, el cómo la familia enfrenta este proceso, se considera un factor crucial para la respuesta y elaboración individual y del grupo familiar. Básicamente porque la pérdida modifica la estructura familiar, y, la respuesta de cada miembro estará modelada por el sistema de creencias familiar, que a su vez, es modificado por la experiencia individual de la pérdida (Rodríguez y Fernández, 2002).

De acuerdo a ello, según Rodríguez y Fernández (2002), las dos tareas básicas que la familia debe asumir en este proceso, por un lado, es el reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y la experiencia compartida de la pérdida; y por otro, la reorganización del sistema familiar para recuperar su funcionamiento y continuar con la vida familiar. En este sentido, el proceso de duelo también implica intentos compartidos para colocar la pérdida en una perspectiva significativa que encaje coherentemente con el resto de la experiencia familiar y sistema de creencias (Worden, 1997).

Junto con incluir al sistema familiar, es importante identificar la red social del consultante, que permita apoyar y dar un soporte adecuado al proceso de duelo llevado a cabo por la persona.

**TERCERA PARTE:**  
**CENTROS DE SALUD FAMILIAR**

**5.3.1 El contexto: La Atención Primaria de Salud**

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) ya en 1948 comienza a referirse y enfatizar la importancia de abandonar el enfoque biomédico de la salud, para comenzar a entenderla desde una dimensión que abarque las distintas aristas de la vida de los sujetos y no simplemente como la ausencia de enfermedad. Para ello, propone una nueva definición, en la cual se considera la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1978, pp. 28). Al introducir esta nueva concepción, se asume con ello, una visión biopsicosocial de la salud, que facilita una comprensión integral del sujeto y donde las características particulares del mismo son relevantes para entender la patología y la forma de mejorarla (Saffie, 2011).

Por otro lado, según Saffie (2011), a nivel internacional, durante la década del 70 surge el modelo de Atención Primaria de Salud como forma de garantizar el acceso a la salud de los grupos sociales empobrecidos y marginados de los países.

Específicamente, en 1978 la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) asume este principio como una tarea fundamental, para cumplir con la meta establecida, y, otorgar salud a todos los ciudadanos por igual.

La OMS establece que la APS debe formar parte del sistema nacional de salud, y que además se configura como la puerta de entrada al sistema sanitario, ya que conformaría el primer nivel de contacto y atención de los individuos. Por ello, se establece de vital importancia que los centros de atención estén insertos geográficamente en las comunidades, de manera de asegurar un acceso directo y cercano (OMS, 2007). En este contexto, dentro de las principales funciones establecidas para los centros de APS están la realización de acciones preventivas y de promoción de salud, las cuales son definidas en función de las necesidades locales de las familias y las comunidades (OMS, 2007).

Posteriormente, de acuerdo a Saffie (2011), en la década del noventa, Chile implementa una gran reforma de salud acorde con estos lineamientos internacionales, la cual se caracteriza por intencionar mayores procesos de descentralización, de coordinación intersectorial y de priorización de los problemas de salud a nivel familiar y comunitario.

De esta forma, se comenzó a reemplazar el modelo basado en consultorios, con una clara política biomédica de carácter curativa, por los centros de salud, que buscan reemplazar el enfoque biomédico por el biopsicosocial. Esto último, con la clara orientación de dotar a los servicios de una atención más integral, que tenga como foco central la familia y la prevención como acción fundamental (MINSAL, 2008).

En este contexto, por medio de la ley 19.378, promulgada en el año 1995, se reguló el funcionamiento de la APS. De acuerdo a esta ley, son considerados establecimientos de salud los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otro tipo de institución que sea administrado por las municipalidades o por instituciones privadas, siempre que éstas últimas hayan realizado un convenio con las municipalidades (MINSAL, 2008).

Particularmente, en 1998 comienzan aparecer los primeros Centros de Salud Familiar, aunque oficialmente en el año 2001, con la reglamentación sectorial y el enfoque familiar comunitario, se establecen definitivamente como forma de atención oficial de la red de Atención Primaria de Salud (MINSAL, 2008).

### **5.3.2 Centros de Salud Familiar (CESFAM)**

De acuerdo al Ministerio de Salud (2008), tanto los Centros de Salud (CES) como los Centros de Salud Familiar (CESFAM) tienen entre sus funciones los cuidados básicos en salud, priorizando la implementación de acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidado de pacientes en domicilios y rehabilitación. Tiene un radio aproximado de cobertura de 20-25 mil habitantes, sirviendo de referencia para los consultorios menores. El servicio que ofrecen es de carácter ambulatorio.

Estos establecimientos buscan ser el eje central de la nueva red de atención primaria, razón por la cual han ido creciendo en número durante los últimos años. Esto explica el objetivo del Ministerio de Salud de transformar los CES a CESFAM, ya que la diferencia es que estos últimos trabajan un modelo de salud integral con un enfoque familiar y comunitario (MINSAL, 2008).

De acuerdo al Ministerio de Salud (2008), los Centros de Salud Familiar se presentan en el actual Sistema de Salud como instituciones cuyo objetivo es fomentar una visión “biopsicosocial” de los pacientes, donde se incluya un análisis de las características familiares, sociales y psicológicas de la comunidad a la que prestan servicio.

Particularmente, el enfoque “Biopsicosocial y Familiar” ha sido operacionalizado en el método clínico centrado en la persona, a través de los siguientes elementos descritos por Stewart y Mc Whinney (1994):

- Explorar la situación (“síntomas y signos” del problema) y el padecimiento o malestar (la experiencia personal de la situación)
- Comprender al paciente como una persona única, con sus emociones y con una historia personal también única.
- Convenir con la persona la explicación y el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
- Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona.
- Reforzar el aspecto relacional, de manera autocrítica y reflexiva.
- Usar de manera realista el tiempo y los recursos” (citados en MINSAL, 2008, pp. 25).

Ahora bien, para implementar este enfoque, el profesional de salud que trabaje desde este modelo, debe tener una importante formación o especialización en salud familiar. En este sentido, es un profesional con un fuerte componente social y comunitario, con destrezas para el trabajo en equipo. Es decir, un profesional especialista en personas, comprometido con la

salud y no con la enfermedad, que no sólo conoce a su paciente sino a su contexto familiar, social y cultural (MINSAL, 2008).

Desde esta perspectiva, ¿cuáles son los valores, actitudes, habilidades y destrezas que caracterizan a los integrantes del equipo de salud? De acuerdo al MINSAL (2008), son:

- Respeto, honestidad
- Aceptación de los propios límites
- Capacidad de comprometerse
- Actitud empática
- Incorporar la práctica reflexiva para mejorar los propios procesos comunicacionales y técnicos.
- Saber hacer entrevistas relacionales
- Utilizar correctamente las etapas del cambio
- Manejar las etapas del duelo
- Manejar la incertidumbre propia del enfoque biopsicosocial
- Utilizar correctamente los instrumentos para evaluar familias
- Nunca dañar (pp. 32).



Un aspecto fundamental que diferencia este modelo con el biomédico, es que no funciona con la idea de alta médica, ya que trabaja desde la concepción de la atención continua, donde se proyecta un estilo de vida saludable, fortaleciendo la autorresponsabilidad familiar y comunitaria para fomentar una actitud preventiva y mejorar las condiciones de salud. Es por ello, que los CESFAM, a través de sus equipos de salud familiar, acompañan a su comunidad durante todo el ciclo vital (MINSAL, 2008). Esto incluye entonces la multiactorialidad en sus acciones, recuperando y/o promoviendo la presencia de otros actores comunitarios en acciones preventivas y de promoción. Esto remite a la idea de participación social, considerada por la APS como uno de sus pilares fundamentales.

Para ello, cada CESFAM es responsable del cuidado continuo de su población beneficiaria, a través de un conjunto de prestaciones, denominado Plan de Salud Familiar, que además de las prestaciones tradicionales, incorpora otras en este mismo ámbito pero con carácter preventivo. Por eso, el equipo de salud necesita introducirse en el contexto social, comunitario y familiar (organizaciones sociales, educativas, deportivas), para, de esa forma, mejorar la comprensión de las distintas dimensiones en que ocurre la vida de la población. Y, desde allí, identificar factores protectores y de riesgo; promover la vida saludable; prevenir la enfermedad o enfrentarla tempranamente, en la perspectiva de una mejor utilización de los recursos existentes a nivel familiar,

comunitario y social (MINSAL, 2008). Además, cuentan con unidades de apoyo donde se realizan toma de exámenes generales, cirugía menor, vacunatorio, farmacia y entrega de leche. Estas acciones forman parte del objetivo de trabajo en red social y comunitaria (MINSAL, 2008).

Por otra parte, la perspectiva biopsicosocial de la salud (mental), difícilmente puede ser abordada desde otro tipo de atención que no sea la interdisciplinar. En este contexto, y para dar respuesta a las complejas demandas que justamente se reciben en esta área, surge el trabajo interdisciplinar, el cual aparece entonces no sólo como una necesidad, sino como una forma organizada de dar respuestas más coherentes y coordinadas a esas demandas (MINSAL, 2008). Este tipo de trabajo, supone la participación de diferentes saberes y también de diferentes profesiones, es decir, la comunicación, interacción dinámica y coordinación entre los miembros de las diferentes disciplinas, lo que garantiza una eficaz intervención. De acuerdo a García (2004), la interdisciplinariedad hace referencia a:

Al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada. No es una suma de saberes, ni un conglomerado de actuaciones de un grupo. Esta forma de trabajo supone una apertura recíproca, una

comunicación entre los distintos campos, donde no caben los totalitarismos ni las imposiciones, pero tampoco los reduccionismos que limiten la propia complejidad de cualquier campo científico. (pp.278)

Por lo tanto, desde esta perspectiva, la interdisciplinariedad no se constituye por la suma aritmética de saberes o de actuaciones, lo que sería el trabajo multidisciplinar, sino que se crea con la intersección de los conocimientos en la creación de un nuevo saber. Supone interactuar sobre una realidad determinada con la idea de que una sola disciplina es insuficiente para abordarla (García, 2004).

Tomando en consideración esta perspectiva, el equipo de salud familiar que integra los CESFAM está organizado por equipos de salud pequeños, conformado como mínimo por: uno o dos médicos, enfermera, técnico paramédico, matrona y asistente social. Los profesionales de apoyo transversal no están asignados a los equipos de cabecera, pero apoyan su trabajo, entre ellos destacan nutricionista, odontólogos, kinesiólogo y psicólogo, entre otros profesionales. Con esta conformación, se trata de superar la idea del médico de cabecera, dado que permite desarrollar un concepto interdisciplinario, apuntando a una visión integral saludable y no sólo a curar la enfermedad (MINSAL, 2008).

Para el logro de lo anterior, los usuarios inscritos en el CESFAM se subdividen según criterios geográficos en sectores identificados con distintos colores (no más de 5.000 personas por sector). Cada uno otorga atención familiar y actividades con la comunidad. La sectorización es un modo de ordenar la forma de trabajar para entregar servicios a la población (MINSAL, 2008).

### **5.3.3 Equipos de Salud Mental de los CESFAM**

En general, los programas de Salud Mental de los CESFAM siguen las mismas orientaciones establecidas por el Ministerio de Salud (2008), por lo que sus objetivos están centrados en:

- La detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, con un marcado acento en la prevención y promoción de la salud mental.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales de larga evolución, y de sus familias.
- Apoyar a la persona y familias en el proceso de fortalecer y desarrollar la capacidad y responsabilidad en sus propios procesos de sanación. Para ello, se busca identificar los factores protectores.
- Promover la formación y apoyar el funcionamiento de grupos de autoayuda y de asociaciones de usuarios y familiares.

En este contexto, los problemas de salud abordados por estos programas son: Alcohol y Drogas, Depresión, Esquizofrenia, Violencia Intrafamiliar, Maltrato y abuso de menores, Síndrome déficit atencional, otros trastornos y problemas de salud mental, como duelos o trastornos de ansiedad.

Las intervenciones se desarrollan a nivel individual, grupal y comunitario. En este últimos dos niveles, se desarrollan talleres, visitas domiciliarias, y trabajo en red con otras organizaciones o programas (juntas de vecinos, jardines infantiles, colegios, entre otros).

Generalmente, el equipo de salud mental de los CESFAM se encuentra conformado por un médico, un psicólogo y un trabajador social, de un mismo sector; los cuales se reúnen periódicamente (generalmente en forma mensual) para evaluar casos de difícil resolución, coordinar actividades comunitarias y focalizar los objetivos, metas y el trabajo de esta unidad. Además, existe un espacio mayor, que lo conforman estos mismos profesionales pero de todos los sectores de un mismo CESFAM, se trata de las Consultorías, donde un psiquiatra (del COSAM o del Hospital) realiza charlas sobre temáticas demandadas por los equipos de salud.

#### **5.3.4 Características generales de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Maipú<sup>1</sup>.**

La comuna de Maipú se encuentra ubicada en el sector poniente de la Región Metropolitana, limitando con las comunas de Pudahuel (al norte), Estación Central y Cerrillos (Nororiente), con San Bernardo y Calera de Tango (al Sur) y con Padre Hurtado y Curacaví (al Poniente).

La población de la comuna, según estimaciones del último CENSO nacional realizado en el año 2002<sup>2</sup> entregado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), es de 568.363. De éstos, 275.656 son hombres (48,5%) y 292.707 mujeres (51,5%). Dentro de estos datos, importante es señalar las estadísticas vitales para la comuna. La tasa de natalidad es de 9,7 por 1000 habitantes, menor que la tasa nacional, que es de 15 por 1000 habitantes. Mientras que la tasa de mortalidad general es de 2,3 por 1000 habitantes, siendo la nacional de 5,4 por 1000 habitantes. Dentro de las causas principales de fallecimiento están las cardiovasculares (le siguen los cánceres de diversos tipos), por lo que las causas de mortalidad en esta comuna, son patologías crónicas no transmisibles, que se denominan habitualmente crónicas, situación semejante a la realidad nacional.

---

<sup>1</sup> Este apartado fue desarrollado en base al documento "Plan de Salud Comunal Maipú 2011", elaborado por la Ilustre Municipalidad de Maipú, correspondiente al período 2009-2011.

<sup>2</sup> Se utilizaron los datos del CENSO 2002 debido a que las cifras del último CENSO nacional realizado el año 2012, se encuentran en proceso de auditoría interna, por la presencia de importantes irregularidades, producto de lo cual se ha suspendido esta información.

La composición socioeconómica de sus 21 barrios, está distribuida primordialmente por familias de nivel socio económico medio a medio-bajo, las que en conjunto reúnen entre el 55 y 60% de la población. En el segmento de población pobre, se encuentra aproximadamente 1 de cada 3 personas en la comuna y en el más pobre, 1 de cada 10. El segmento medio alto es muy minoritario: sólo 1 de cada 30 personas puede ser clasificado en él.

En cuanto al sistema previsional, según el Atlas Comunal 2012 de Maipú, la mayoría de sus habitantes pertenece al sistema público de salud, alcanzando el 71%, siendo los grupos B y C donde se encuentra el mayor porcentaje de gente (un 18,4% cada uno). Poco menos de un cuarto de la población, pertenece a Isapre, representando el 23,1%.

En proporciones considerablemente menores se encuentran quienes se atienden de manera particular y quienes tienen previsión de las Fuerzas Armadas, con un 3,5% y 2,3% respectivamente. Referido a los tipos de establecimientos donde la población de Maipú acude a realizarse controles de Salud, se aprecia que la mayoría (56%) se controla en consultorios, mientras que poco menos de un tercio (32,5%), lo hace en centros médicos o consultas privadas.

En este contexto, la Atención Primaria de Salud en Maipú, se ofrece en la Red Pública través de establecimientos tanto dependientes directamente del Servicio de Salud Metropolitano Central (5 Centros de Salud, 2 SAPU y 2 CECOSF), como de la administración municipal, los 5 CESFAM y 3 CECOSF, los que están en plena actividad e integrados a la Red SSMC. En tanto, el Centro de Referencia de Salud (CRS) y el Complejo de Salud San Borja Arriarán (Hospital Base) concentran la oferta de atención especializada ambulatoria de la red. A su vez, durante el año 2009, la comuna se adjudicó la construcción del Hospital de Maipú, establecimiento de complejidad intermedia, que debiese estar en su etapa de construcción final.

Se cuenta también con una red de urgencia, con atención especializada en la asistencia pública (urgencias para adultos) y en el Complejo de Salud San Borja Arriarán (urgencia ginecológica e infantil); y al interior de la comuna, el Servicio de urgencia CRS y SAPU de los centros Maipú y Dra. Ana María Juricic. Mientras que en el ámbito de la atención especializada de salud mental, la comuna de Maipú cuenta con un Centro de Salud Mental (COSAM).

Dicha infraestructura, se enmarca en el Plan de Salud Comunal, un instrumento de planificación para mejorar el diseño e implementación de estrategias en la salud de Maipú, en las cuales los equipos de salud despliegan sus esfuerzos para mejorar la oferta de salud a las familias de la comuna. Se



orienta en los seis pilares estratégicos de la gestión municipal, de los cuales cuatro marcan la gestión de salud. Éstos son:

- “Maipú justo y próspero”, orientado a la equidad de los diferentes grupos sociales para reducir la pobreza, la falta de acceso a la salud y a los aspectos sociales que la determinan.
- “Maipú 2.0”, que se refiere a habilitar un nuevo Sistema Computacional de Gestión de Salud en todos nuestros centros “Consultorios sin Papel”.
- “Maipú espiritual”, en la que los equipos de salud acompañan y ayudan a las personas y sus familias en su crecimiento, en su recuperación y en su búsqueda de bienestar.
- “Maipú joven”, consiste en el apoyo a los jóvenes en sus procesos de salud física y mental y en los inicio de su vida sexual y reproductiva.

En efecto, este Plan Estratégico en Salud se orienta a entregar a los vecinos y vecinas en tanto personas individuales y en tanto familias y comunidad, elementos para el cuidado de la salud, dando respuesta de forma integral, integrada y oportuna. Junto a ello, dicho Plan busca disminuir la brecha existente y mejorar la oferta de los ciudadanos a las prestaciones de salud, garantizando ciertos estándares tendientes a mejorar la calidad de vida de todos los vecinos.

Para dar cuenta de estos objetivos, surgen los Centros de Salud Familiar (CESFAM) en la comuna de Maipú, durante el año 2007, asumiendo un modelo de atención de carácter integral, familiar y comunitario (al igual que todo CESFAM), es decir, un modelo que entiende la atención de salud como un proceso continuo de cuidado integral de las personas y sus familias, el que, por una parte, se anticipa a la aparición de enfermedad y entrega herramientas para el autocuidado, y por otra, frente a un problema de salud, permite a la red sanitaria responder de manera oportuna, eficiente y eficaz para recuperar el estado de bienestar. De este modo, se pone énfasis en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar y mantener la salud. Así también, se procura acoger, rehabilitar y ayudar a las personas a su reinserción en la comunidad y sociedad.

Cada Centro de Salud es responsable del cuidado continuo de su población adscrita, a través de un conjunto de prestaciones, denominado Plan de Salud Familiar, que además de las actividades tradicionales incorpora otras en el ámbito de la salud de las familias. Con esto, el equipo de salud otorga respuesta ambulatoria continua, integral e integrada, a las necesidades de salud de las personas y familias, cubriendo, por lo tanto, los ámbitos de fomento, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados domiciliarios de la salud.

Respecto a la certificación de los Centros de Salud de Familiar de Maipú como tal, ésta comenzó en Diciembre de 2008, un año después de la apertura de los CESFAM Clotario Blest, Dr. Iván Insunza y Dr. Carlos Godoy. Continuó en el año 2009, con la elaboración del Plan de Salud Familiar; y finalizó en el año 2010, al ser certificados dichos CESFAM con desarrollo medio- superior.

Este proceso implicó un trabajo de coordinación, de reflexión interna sobre el quehacer diario y de integración de información por parte de todos los equipos y funcionarios de cada Centro. Parte importante de esta etapa, fue lograr conocer la cultura de la organización, los objetivos estratégicos que movilizan la praxis diaria y, por sobre todo, tomar mayor conciencia de lo que implica tener una visión integral del usuario en sus ámbitos *biopsicosociales*, desde el modelo de salud familiar, esto último se ha basado principalmente en capacitaciones, orientadas a que los equipos de cabecera logren desarrollar un lenguaje colectivo, que permita aproximarse y comprender la realidad de las familias con las que se interviene. En esta labor, ha sido básica la socialización y el conocimiento de los instrumentos de salud familiar, que permitan distinguir el grado de vulnerabilidad o riesgo en ámbitos biopsicosociales, lo que lleva al diseño conjunto de planes de intervención en pro del bienestar.

A pesar de la cobertura que estos tres CESFAM estaban otorgando a los vecinos de Maipú, aún se evidenciaba una brecha no cubierta, lo que constituyó un desafío en términos de equidad en la accesibilidad a prestaciones sanitarias. Para dar respuesta a esta brecha, en junio del año 2011 se abren dos nuevos centros de atención en salud primaria: CESFAM Presidenta Michel Bachelet y CESFAM Dr. Luis Ferrada, con una población inscrita al 30 de septiembre de 2012 de 12.738 y 13.298 usuarios respectivamente, los cuales actualmente están en vías de ser certificados en el nivel medio-superior.

Respecto a la población inscrita en los CESFAM municipales de la comuna, ésta muestra una marcada tendencia al alza, que se manifiesta en un incremento de un 8% en comparación con el año 2010, esto es un total de 6.718 personas nuevas para la Atención Primaria Municipal, haciendo un total de 299.824 inscritos validados (incluyendo los dos últimos CESFAM implementados).

Dentro de estas inscripciones, destaca en los cinco Centros de Salud Familiar, la marcada presencia de población femenina, la que se ha mantenido estable en el tiempo, destacando el CESFAM Dr. Insunza y Dr. Godoy, quienes concentran la mayor diferencia entre hombres y mujeres. Respecto a los grupos etáreos, en estos cinco Centros predomina el grupo de edad que va

entre los 20 a 64 años, le sigue el de 0 a 19 años y el grupo de adultos mayor (65 Y más).

En lo que respecta al perfil de las consultas, los motivos de consulta son variados, y se presentan distintos escenarios, que van a depender del CESFAM a analizar, e incluso del sector dentro de cada centro de salud. No obstante a ello, es posible observa que el principal motivo de consulta son las infecciones respiratorias, principalmente de etiología viral. Dentro del grupo de otras patologías, destacan las consultas por problemas traumatológicos, oftalmológicos, genitourinarios, gastrointestinales y dermatológicos. Mención especial merecen las consultas por salud mental, las cuales representan un común motivo de consulta, siendo relevante el subdiagnóstico existente a la fecha, pues en gran medida problemas gastrointestinales, o alteraciones del sueño, son debidos a cuadros psiquiátricos no detectados.

Ahora bien, los servicios otorgados no solo se limitan a las prestaciones de morbilidad, sino que incluyen también los diversos programas implementados, entre los que destacan: los programas asociados al adulto y adulto mayor, programa de salud sexual y reproductiva, controles de salud infantil, consulta de salud mental, además de la gran magnitud de prestaciones dentales, como se podrá observar al término de este punto.

Sumado a lo anterior, se encuentran las prestaciones adicionales, como la realización de exámenes de laboratorio (de sangre y orina), muestras tomadas por personal de los sectores transversales de cada centro, formados por enfermeras y técnicos de enfermería, las que posteriormente son trasladadas al Centro de referencia de Salud (CRS). Otras de las prestaciones adicionales es la realización de Electrocardiograma e imágenes diagnósticas, estas últimas, en convenio con un centro radiológico de la comuna, que ha permitido la realización de exámenes, especialmente en situaciones que ameritan un diagnóstico precoz.

En el caso de que el paciente deba realizarse un examen no disponible en la red pública, y que no esté dentro del convenio actual, existe la opción de que se pueda realizar a través de un financiamiento a través de asistencia social municipal. En general, esto ocurre para los exámenes más complejos, como Resonancia Magnética y Escáner, que son solicitados por indicación de especialista.

Dentro de las prestaciones entregadas, las prestaciones familiares son asumidas como de gran importancia, dado que durante los últimos años, el número de familias inscritas en los CESFAM de Maipú ha ido en aumento, al igual que el número de familias evaluadas. De ahí, que el Plan de Salud Familiar actual tenga como objetivo establecer y consolidar el Modelo de Salud

Familiar, basado en una atención biopsicosocial, integral y de calidad en salud, que permita la generación de espacios de participación comunitaria en pos del desarrollo de acciones y hábitos de autocuidado en las familias.

Producto de lo anterior, se ha podido identificar a las familias pertenecientes a los distintos equipos de salud, así como sus factores protectores, recursos y áreas por fortalecer, entre otros; de modo de programar y ejecutar acciones de promoción y prevención pertinentes con las necesidades, tanto sentidas como evaluadas en los usuarios. Para ello, los equipos de salud han implementado como estrategia los cuidados domiciliarios y en especial la Visita Domiciliaria Integral, las cuales les permite establecer una relación de ayuda con las familias, valorizando el uso de consentimiento informado, teniendo claridad de los objetivos de la visita y un plan de trabajo consensuado con la familia, visión propia del modelo.

Por otra parte, en lo que respecta a las prestaciones que los CESFAM de la comuna de Maipú entregan por grupo etáreo, se pueden señalar las siguientes:

1-. El Programa Infantil, que tiene como objetivo entregar atención y apoyo al desarrollo integral y armónico del niño (a), considerando sus relaciones y condiciones familiares a través de actividades de promoción, protección y recuperación de la salud que permitan la plena expresión de su potencial y una mejor calidad de vida.

Para el cumplimiento de este objetivo, las prestaciones son: Programa Ampliado de inmunizaciones (vacunas); Controles de Salud hasta los 6 años; Consulta nutricional a niños con alteraciones nutricionales; Clínica de lactancia materna (Nutricionista o Enfermera); Evaluación del desarrollo psicomotor; Evaluación de la relación vincular (madre-hijo); Evaluación depresión post parto a la madre; Salud odontológica (control sano, consultas de odontología general y urgencias, además de actividades de promoción, prevención y recuperativas de la salud dental) y, Talleres: realizados por equipo de salud multidisciplinario, para fomentar habilidades de crianza, de buen trato, apego seguro, entre otros. Prestaciones que se complementan con el Programa IRA (Patologías crónicas respiratorias) para niños y adolescentes; el Programa Nacional de alimentación complementaria, que otorga apoyo alimentario y nutricional (leche, cereales y otros alimentos) de manera mensual, a niños menores de 6 años, embarazadas y nodrizas, y, el Programa Chile Crece Contigo.



2-. El Programa para Adolescencia: Maipú tiene una marcada población juvenil y adulto-juvenil, dada esta realidad, este grupo social es una de las principales preocupaciones de los centros de salud de la comuna. Por ello, la finalidad de este programa es implementar espacios asequibles para atención de salud de adolescentes y jóvenes, como un modelo de intervención eficaz para resolver las necesidades de salud de adolescentes en el nivel primario de salud. De este modo, el énfasis está puesto en la consejería, el control de regulación de la fertilidad según las normas nacionales vigentes, control prenatal en base al Modelo de Atención, que incluya el cuidado de la salud bucal y nutricional; la detección de la violencia sexual y de género; de otros riesgos psicosociales y en el control ginecológico, para detectar tempranamente el cáncer de cuello de útero y de mama. Así como incorporar acciones orientadas a la corresponsabilidad en el proceso reproductivo y el respeto por las diferencias culturales.

Producto de lo anterior, los componentes principales de este programa son: Salud Sexual y Reproductiva; Salud Mental; Salud Física y Fomento de Entorno Saludable. Dentro de las áreas en las que se observan problemas de salud (con tendencia creciente) en los adolescentes, destacan: Consulta nutricional; Ingreso a control de embarazo; Ingreso Regulación de fecundidad (Todos los métodos); Consulta ginecológica; Consulta Dental de Urgencia; Ingreso a tratamiento Dental; Ingreso a tratamiento por violencia de género;

Ingreso a tratamiento por trastornos del humor (Depresión); Ingreso a tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas (Alcohol y Policonsumo); Ingreso a tratamiento por trastornos de ansiedad.

Concientes de esta realidad, los equipos de salud de la comuna han asumido el desafío de realizar más acciones de promoción y prevención en estos aspectos, como también integrar al quehacer habitual en el trabajo comunitario, a los jóvenes de la comuna. En este sentido, dentro de los principales desafíos en la Atención Primaria de Salud, es aumentar la pesquisa de vulnerabilidad en esta etapa de ciclo vital, con el objetivo de realizar intervenciones integrales y de calidad, que logren abarcar las áreas de educación, nutrición, salud sexual y reproductiva, violencia y consumo de sustancias, con el fin ejecutar medidas anticipatorias al daño.

3-. Programa para la población adulta y adulta mayor. Tiene como objetivo, “Contribuir a mejorar la calidad de vida de los hombres y mujeres de la comuna de Maipú, enfatizando el aspecto promocional y prevención de los factores de riesgo, en todas las etapas del ciclo de vida, sustentado en los aspectos de equidad, respeto y solidaridad, cuidando la igualdad de oportunidades”.

Para ello, las principales áreas de intervención son: la Detección de patologías prevalentes; Salud cardiovascular; Proceso reproductivo y salud integral de la mujer; Salud bucal; Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y Tuberculosis; Prevención del cáncer de mamas y cervicouterino; Salud mental y Atención de postrados. Todas ellas, bajo estrategias con un fuerte enfoque familiar, intersectorial, complementadas con educación y capacitación continua, participación comunitaria, entre otras.

En virtud de lo anterior, las prestaciones del Programa del Adulto incluyen: Consultas Médicas de Morbilidad (para tratar patologías agudas); Control Crónico destinado para pacientes con patologías crónicas (cardiovascular, Osteomuscular, Endocrinopatías, Sistema Nervioso Central, Broncopulmonar, Oncología y pacientes postrados); Control de Patologías GES; Programa de Salud Sexual y Reproductiva (Ingreso precoz a control prenatal; postparto, post aborto, Cobertura de PAP; control ginecológico, regulación de fecundidad, Consulta anticoncepción de emergencia; Consulta por Infección de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, a lo que se suman las Consejerías en estos dos últimos temas); Programa de Salud Oral (urgencia dental, atención dental general y actividades de promoción en salud dental individual y comunitarias); Controles grupales (control simultáneo de varios pacientes); Visitas Domiciliarias; Actividades de Enfermería (curaciones avanzadas de pie diabético, atenciones en domicilio y actividades de educación

en salud); Programas Complementarios (vacunación, entrega de alimentos para adultos mayores, entrega de medicamentos de patologías crónicas y agudas, y entrega de ortesis o ayudas técnicas para adultos mayores). Y el programa de Salud Mental, donde se realizan actividades como Grupos Psicoeducativos familiares, destinado para personas con diagnósticos leves/moderadas y sus familias; Grupo de Autoayuda; Intervención Psicosocial Grupal (generalmente sobre VIF) de manera individual y comunitaria.

Para finalizar, es importante mencionar que en la presente década, si bien se ha superado la brecha de médicos vista en períodos anteriores, a los prestadores municipales les cuesta contar con el 100% de la dotación médica contratada y en funciones. Los CESFAM de la comuna han contado, en particular este año, con algunas vacantes médicas que ha sido difícil cubrir y con un importante ausentismo médico.

### **5.3.5 Política de Salud Mental de la comuna de Maipú<sup>3</sup>**

Respondiendo al Modelo de Salud Familiar que orienta el quehacer de cada CESFAM y teniendo como referente la Estrategia Nacional de Salud Mental 2011, la presencia de la Salud Mental se vuelve un factor transversal

---

<sup>3</sup> Este apartado fue desarrollado en base al documento “Plan de Salud Comunal” elaborado por la Ilustre Municipalidad de Maipú, correspondiente al período 2009-2011. Ítem V: Programa de actividades a través del ciclo vital. Punto 5 (Salud Mental).

relevante en la comprensión y abordaje de las diversas problemáticas familiares. De acuerdo a ello, su atención debe ser realizada transversalmente por todos los integrantes del equipo de salud y de los distintos estamentos institucionales, sin ubicarla en un lugar programático específico, de modo de integrar una comprensión y atención coherentes con una mirada familiar y comunitaria.

A través del primer año de funcionamiento, se recogen importantes reflexiones y aprendizajes que dan cuenta de la complejidad del tema, relevando la necesidad de estructurar acciones coordinadas y organizadas en un modelo y plan de acción en Salud Mental. Desde ahí, se comienza a replantear la decisión inicial, dando cabida al área de Salud Mental como una relevante en las decisiones programáticas de los CESFAM.

El objetivo general de esta área, es aumentar la resolutiveidad en el abordaje de las problemáticas de Salud Mental presentes en la comunidad. Por lo que busca, mejorar su eficiencia y calidad, organizando acciones coordinadas entre los diversos profesionales del CESFAM, la comunidad y redes institucionales de la comuna.

Para dar cumplimiento a lo anterior, los objetivos específicos están orientados a: Pesquisar, diagnosticar el nivel de complejidad y entregar atención terapéutica para patologías de salud mental a usuarios; Desarrollar flujos de atención coordinados entre el equipo médico de cada sector, que permita desarrollar seguimiento y monitoreo de estrategias terapéuticas acordes a las necesidades de los usuarios de salud mental; Generar y actualizar protocolos de atención conforme a las demandas de atención, de prestaciones y estrategias programáticas y Diseñar y ejecutar estrategias clínico-comunitarias que permita prevenir factores de riesgo y fortalecer factores protectores a nivel personal, familiar y comunitario.

Por otra parte, en lo que respecta al flujo de atención, es decir, los procedimientos desarrollados una vez que la persona ingresa al programa de salud mental, son:

1-. El paciente puede ingresar al programa de salud mental, a través de tres vías:

1.1 Pesquisa realizada por el equipo de salud de cada sector: Se asigna hora con Asistente Social, quien evalúa la derivación a psicólogo, considerando los factores de riesgo, problemática psicosocial y/o nivel de compromiso biopsicosocial.

1.2 Pesquisa en consulta de morbilidad y/u otra prestación médica: El médico de cada sector, agenda directamente a psicólogo/a. La hora se asigna en los tres primeros bloques de atención, quienes realizarán la evaluación según solicitud consignada en ficha clínica.

1.3 Consultas por demandas espontáneas, deben ser filtradas por Asistente social.

2-. Una vez realizada la atención psicológica y la evaluación del nivel de complejidad (bio-psico-social), se evalúa asignar hora de control de salud mental en la agenda médica (cada médico cuenta con dos horas semanales de 20 minutos de atención, que equivalen a seis prestaciones por sector). Esta prestación se realiza en conjunto con un psicólogo/a (atención en dupla) y tiene por objetivo realizar las siguientes acciones:

2.1 Mantener una coordinación en los flujos de atención a usuarios que ingresen al programa de salud mental, entre el médico, el equipo psico-social y el equipo de salud de cada sector.

2.2 Prescripción de psicofármaco y/ medicamentos por médico de sector.

2.3 Evaluar y elaborar (según corresponda) un Plan de Disminución Paulatina de benzodiacepinas, dirigido a pacientes que presentan un consumo dependiente o que presenten un nuevo diagnóstico clínico.

2.4 Realizar notificación de GES en caso de diagnóstico de depresión.

2.5 Actualizar cartola de pacientes en bajo control correspondiente al programa de salud mental.

2.6 Evaluación y seguimiento del compromiso bio-psico-social, factores de riesgo y diagnóstico diferencial de cada paciente que ingrese al programa de salud mental.

2.7 Evaluar y unificar criterios clínicos en casos que requieran derivación a la red secundaria y terciaria, según complejidad.

2.8 Además, se garantiza mantener la información adecuada de los ingresos, egresos e intervenciones que deben ser consignadas en el Registro REM, actualización de metas, etc.



3-. Una vez que el paciente ingresa a través de la hora de salud mental, se asigna nueva hora con psicólogo/a, de manera tal de realizar el proceso terapéutico, según el plan de intervención. Este plan, debe contemplar aspectos preventivos y/o promocionales, que permitan un tratamiento integral en salud mental.

4-. Los pacientes que presenten un compromiso bio-psico-social de mediana a alta complejidad y/o con tratamiento de psicofármacos, mantendrán un control periódico con médico en hora de salud mental (tiempo a definir).

Todas estas estrategias deben estar orientadas a un trabajo integral en los equipos médicos de cada sector, bajo el modelo bio-psico-social, que potencie la prevención y la promoción en salud. Por lo tanto, estas intervenciones deben ser asumidas desde un enfoque sistémico, con abordaje individual y familiar. A su vez, deben implementarse acciones coordinadas de orientación y derivación vincular a centros de referencia, que trabajen con usuarios que presentan problemáticas de mayor dificultad.

Por lo anterior, las áreas de intervención desarrolladas están asociadas a espacios de trabajo individual, familiar, y, a su vez, espacios de encuentro y trabajo grupal, que busquen prevenir la aparición de problemáticas específicas, así como promover el autocuidado integral y el cuidado de los integrantes de

cada familia, fortaleciendo los recursos y factores protectores presentes en la comunidad. En este sentido, los CESFAM implementan diversas estrategias de intervención, entre ellas, destacan:

a) Grupos Psicoeducativos familiares: Destinados a personas con diagnóstico leves/moderados y sus familias y cuya duración no sobre pasa las seis sesiones (de dos horas c/u), siendo su frecuencia, una vez por semana. También se trabaja con un profesional coordinador, cuya labor es el seguimiento de las familias que ingresen, de modo de fortalecer la adherencia y continuidad de la atención.

b) Grupo de Autoayuda: Tienen como finalidad el bienestar integral de los participantes, por lo que no se constituyen por temáticas. Son guiados por profesionales.

c) Intervención Psicosocial Grupal: Destinada a personas en las que no se observan mayores contraindicaciones para el trabajo grupal. Son sesiones semanales de dos horas, con la posibilidad que se realicen grupos en paralelo. Este tipo de intervención integra elementos psicoeducativos, así como abordajes psicoterapéuticos que integren una mirada social, familiar e integral.

Un aspecto importante de señalar es que para trabajar temáticas de salud mental, la Política de la comuna, en este ámbito, y aplicada a cada CESFAM, indica que se debe otorgar especial importancia a la apertura de espacios de reflexión y análisis de su quehacer, conformándose equipos interdisciplinarios de trabajo que integren la participación y el aporte de distintas experticias, para nutrir la construcción de abordajes integrales y efectivos para las personas y sus familias. En esa línea, se insta a la co-construcción de estrategias de intervención, estructuradas a partir de las principales necesidades de abordaje de la comunidad, que integre los recursos internos de los CESFAM y su relación con las diversas redes de apoyo en las cuales se inserta. El espacio para ejecutar dicha acción, lo constituyen las reuniones semanales de equipos de cabecera y las consultorías mensuales de salud mental.

Por otra parte, entre las temáticas de especial relevancia (durante el período 2009 a junio de 2011) que fueron abordadas en el área de salud mental, destacan: Violencia intrafamiliar, maltrato infantil, consumo de alcohol y drogas, los trastornos emocionales en niños/as y jóvenes y los trastornos del ánimo en adultos.

En lo que respecta a los ingresos por violencia intrafamiliar, éstos han ido en aumento en los CESFAM de Maipú, dato que es concordante con la prevalencia nacional, pues 50.3% de las mujeres en Chile, es decir, la mitad de las mujeres chilenas han experimentado situaciones de violencia.

En cuanto a la depresión, y también semejante con la realidad nacional, el rango etéreo que presenta mayor cantidad de consultas, y, por lo tanto, ingresos al programa, corresponde a mujeres entre 20 y 64 años, seguidos por el adulto mayor.

En lo concerniente al consumo de alcohol y drogas, se puede señalar que la población que se encuentra entre los 15-45 años presentan policonsumo, es decir, conductas de dependencia al alcohol y otras drogas como marihuana, pasta base y cocaína, en cambio el grupo etéreo entre los 45 y 64 años se diagnostica solamente con consumo de alcohol.

Por otra parte, las temáticas de salud mental de la población infantojuvenil han registrado aumento en sus ingresos, por ende, los CESFAM han centrado sus acciones no solo en la detección y tratamiento, sino también en su promoción y prevención, incorporando al grupo familiar, pues se considera la fuente principal de contención y apoyo en la continuidad de los tratamientos. Entre las temáticas abordadas en este grupo etéreo, y con mayor

prevalencia, destacan los problemas de comportamiento y de las emociones, los trastornos hipercinéticos, los trastornos de aprendizaje. Por su parte, en la etapa de desarrollo, que constituye el paso de la niñez a la adolescencia, las temáticas más frecuentes son los Trastornos Ansiosos, Trastorno del Ánimo, Trastorno Adaptativo, Trastornos Alimentarios y consumo problemático de Alcohol y Drogas.

En consideración de lo expuesto, los CESFAM de Maipú han implementado las siguientes prestaciones en Salud Mental:

- Tratamiento a mujeres que viven violencia intrafamiliar (VIF) ingresadas.
- Conformación de agrupaciones de autoayuda, orientado a entregar apoyo técnico para constituirse en red de apoyo psicosocial de mujeres que viven VIF.
- Intervenciones en organizaciones comunitarias, destinadas a sensibilizar y prevenir la violencia intrafamiliar (adolescentes y adultos).
- Intervenciones terapéuticas.
- Conformación de agrupaciones de autoayuda, orientadas a entregar apoyo técnico para constituirse en red de apoyo psicosocial para seguimiento y tratamiento de personas con consumo de alcohol y drogas.
- Intervenciones con padres y/u organizaciones comunitarias, de carácter preventivo en problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes.

- Capacitación para profesores de los distintos establecimientos educacionales, en promoción de salud mental y prevención de problemas y trastornos de niños y niñas en esta área.
- Intervención con niños, niñas y adolescentes con Trastorno Hipercinético, diagnosticadas e ingresadas a tratamiento.
- Intervención con niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato, diagnosticadas e ingresadas a tratamiento, con los adultos responsables de su cuidado.
- Abuso Sexual Infantil
- Intervención con niños, niñas y adolescentes con otros problemas o trastornos de salud mental, diagnosticados e ingresados a tratamiento.
- Intervenciones en estilos de crianza (normas y límites), de buen trato, de comunicación efectiva, para padres y apoderados de nivel preescolar.



## **VI. MARCO METODOLÓGICO**

### **6.1 Enfoque de investigación**

Para responder a las exigencias de la temática de estudio, y, a la vez, de acuerdo con el carácter y el tipo de conocimiento que se quiso alcanzar, en la presente investigación se decidió utilizar un enfoque cualitativo, acorde con los objetivos que ésta persiguió, centrados en conocer y rescatar las experiencias e intervenciones que los equipos de Salud Mental, de los CESFAM de Maipú, desarrollan para abordar los procesos de duelo.

Para tal cometido, la metodología cualitativa resulta oportuna ya que asume como mirada epistemológica que la realidad social se encuentra determinada por su contexto sociocultural e histórico, por lo tanto, es producto de una construcción subjetiva e intersubjetiva, a cargo de los actores sociales. Es decir, “la realidad está construida sobre los marcos de referencias de los actores” (Briones, 1999, pp. 133). De ahí, que sea particularmente importante profundizar en la comprensión subjetiva de los sujetos, pues, es un modo de acceder justamente a los significados y sentidos sociales que están detrás (es el soporte) de ese proceso de construcción social.



Por lo anterior, el análisis remite a “una comprensión del sentido de la acción social desde la perspectiva de los actores sociales, y de sus relaciones intersubjetivas, que reconoce su capacidad para crear significados” (Bolsegui, 2006, pp. 2). Por ello, la metodología cualitativa enfatiza la comprensión fenomenológica de las personas, es decir, el marco de referencia de ellas mismas y dentro de su propio contexto, lo que permite una aproximación más eficiente a las ideas centrales de su discurso (Taylor y Bogdan, 1996). De este modo, para los investigadores cualitativos es esencial experimentar la realidad tal y como otros la experimentan (Taylor y Bogdan, 1996).

En este sentido, la función principal que se asocia a la investigación cualitativa es comprender las conductas verbales y físicas de las personas estudiadas, lo cual se logra cuando “se puede captar el significado que ellas le dan a los acontecimientos que se dan en su medio, a su propia conducta y a la conducta de otras personas que interactúan con ella” (Briones, 1999, pp. 133/134). Por lo tanto, desde esta perspectiva, lo que importa es la producción de datos descriptivos, que surjan de las propias palabras de las personas o de sus conductas observables (Taylor y Bogdan, 1996). De ahí, que resulta relevante la perspectiva que los informantes van construyendo, poniendo énfasis en el entendimiento de relaciones y procesos y sin pretensión de extraer de ellas la verdad o la moralidad (Delgado y Gutiérrez, 1994).

## **6.2 Diseño y Tipo de Investigación**

Dado que el fenómeno social del presente estudio existe como tal, el diseño elegido fue de tipo no experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Por otro lado, de acuerdo a los objetivos establecidos en este estudio, y, en base al nivel de conocimiento que se quiso alcanzar, esta investigación fue de tipo exploratoria, debido a que el tema en cuestión ha sido poco estudiado y abordado hasta el momento, por lo que mismo, se intentó conocer con mayor profundidad la temática del duelo, con el fin de apreciar las concepciones, vivencias y experiencias que los equipos de Salud Mental de los CESFAM tienen respecto a él.

Junto a ello, intentó ser una investigación de tipo descriptiva, ya que buscó caracterizar el fenómeno antes enunciado, examinando e indicando sus particularidades o rasgos más diferenciadores (Radrigán, s.a). Por lo que esta investigación, tuvo la intención de entregar una visión general del tema, de tipo aproximativo, que permitió generar mayor conocimiento sobre el mismo y abrir nuevas líneas de investigación al respecto.

Respecto al alcance temporal del presente estudio, éste fue de tipo transversal, dado que este estudio se realizó en un sólo momento en el tiempo (Hernández, “et al”, 1998).

### **6.3 Muestreo**

La muestra de este estudio fue no probabilística, por lo que los criterios de representatividad dependen de una cuidadosa y controlada elección de los sujetos (Hernández, “et al”, 1998). Estas características constituyen los criterios de inclusión, que a continuación se describen:

- Profesionales que integren los equipos de Salud Mental de los CESFAM de Maipú, o bien, que sean los encargados de atender las consultas de salud mental del centro (Ej.: médico, asistente social o psicólogo).
- Antigüedad laboral mínima de un año en los Centros de Salud Familiar seleccionados. Este criterio, por un lado, supuso cierto grado de inducción, conocimiento y consolidación con el enfoque de salud familiar y biopsicosocial, y por otro, una conformación más sólida como equipo de trabajo, que permitió observar el tipo de trabajo que realizan en conjunto.

- CESFAM de la comuna de Maipú. Este criterio geográfico respondió a la facilidad de contacto para acceder a la muestra, y, como una forma de acotar la investigación.
- Que estén dispuestos a dar su testimonio de manera voluntaria. Para asegurar este criterio, se recurrió a la carta de confidencialidad y consentimiento, en la cual, el entrevistado autoriza su voluntad de participar voluntariamente en este estudio, y donde queda expresamente claro que la información proporcionada por el entrevistado es anónima y solo para fines investigativo (ver anexo).

Respecto a la forma a través de la cual se contactó a la muestra, este proceso se realizó bajo la técnica “Bola de Nieve”, que según Taylor y Bogdan (1996) consiste en conocer algunos informantes y lograr que ellos presenten a otros. En el inicio se pueden ubicar informantes potenciales a través de las mismas fuentes de las que se sirven los observadores participantes para lograr acceso a escenarios privados: la averiguación con contactos personales.

En consecuencia, a través de esta modalidad, se logró acceder a un informante clave por cada Centro de Salud Familiar de Maipú, quienes tuvieron la misión de contactar a los profesionales que requería este estudio. Esto, a su vez, fue realizado a través de contactos personales que cada uno de estos

informantes poseía en dichos centros. De este modo, se logró contactar a nueve profesionales:

- a) 1 psicólogo, 1 médico y 1 trabajador social del CESFAM Dr. Carlos Godoy.
- b) 1 psicólogo, 1 médico y 1 trabajador social del CESFAM Dr. Iván Insunza.
- c) 1 psicólogo, 1 médico y 1 trabajador social del CESFAM Dr. Luis Ferrada.

A continuación se realiza una contextualización de estos profesionales.

### **6.3.1 Contextualización de los sujetos de investigación**

Los sujetos de investigación fueron nueve profesionales, 2 hombres y 7 mujeres. Sus edades fluctúan entre los 31 y 50 años, siendo el promedio de edad, 40 años aproximadamente. Se desconoce lugar de residencia (comuna).

Respecto a los años de ejercicio profesional, éste oscila de los 4 a los 25 años, siendo el promedio 13. Tres realizaron su formación profesional en universidades tradicionales, mientras que cuatro, la efectuaron en universidades privadas. De los otros tres sujetos, no se pudo obtener esta información.

En cuanto a la formación de post egreso, tres profesionales a lo largo de estos años, ha realizado un diplomado, en materias de Salud Familiar (2 asistentes sociales) y en Psiquiatría (1 médico). Solo un participante (psicóloga), ha realizado un Magíster en Salud Sexual, además de un Postítulo de Drogas y Alcohol y Diplomado en Salud Mental en Atención Primaria de Salud. Mientras que el resto de los entrevistados (5) no han efectuado ninguna formación post egreso, no especificando los motivos de ello. Ahora bien, todos los entrevistados, participaron de capacitación en Salud Familiar, como inducción a la implementación de este enfoque.

En lo que refiere a la experiencia previa en Atención Primaria de Salud, la mayoría de los profesionales entrevistados poseen dicha experiencia, con un promedio de 7 años. De hecho, antes de trabajar en su actual centro, se desempeñaban en los Centros de Salud (CES), correspondiente a la Atención Primaria de Salud, algunos de los cuales, posteriormente pasaron a ser CESFAM. Solo dos participantes (psicólogos) no poseen experiencia previa en Atención Primaria de Salud, uno de ellos viene del sector secundario y terciario de la salud, mientras que el otro, del ámbito privado.

Los motivos que llevaron a estos profesionales a trabajar en los Centros de Salud Familiar son variados, algunos manifiestan interés por el enfoque familiar y comunitario de salud, así como inquietud por trabajar en esta comuna, mientras que otros, por obtener mayor estabilidad laboral, o bien, por querer trabajar particularmente en este sector (después de algunos años trabajando a nivel secundario y terciario).

La mayoría de estos profesionales ejecutan labores habitualmente asociadas a su profesión, salvo en algunos casos, donde a dichas labores, se suma la coordinación de algunos programas, como por ejemplo, el de Salud Mental (psicóloga), Participación con la Comunidad (asistente social), Promoción con la Comunidad (asistente social) y de la Familia (asistente social).

En lo que refiere al tiempo que llevan trabajando en los actuales Centros de Salud Familiar, es bastante variado, pues oscila entre uno a cinco años, siendo el promedio de tiempo de 2.38 años. Se observa que los profesionales con mayor permanencia en estos centros son los asistentes sociales, le siguen los psicólogos y finalmente los médicos.

Todos estos profesionales forman parte de los equipos de salud mental de su CESFAM respectivo, los cuales se encuentran conformados habitualmente por un asistente social, un médico y un psicólogo, de cada sector. Es decir, cada sector tiene su propio equipo de salud mental, cada uno de los cuales se reúne (cuando el tiempo lo permite o la situación lo exige) para evaluar la orientación de los programas que están bajo su responsabilidad (VIF, Depresión o Alcohol y Drogas) y para discutir algunos casos puntuales.

Ahora bien, todos los equipos de salud mental de un mismo CESFAM (habitualmente tres, dependiendo del número de sectores) se juntan, generalmente, una vez por mes, en reuniones o consultorías (a cargo de profesionales, habitualmente psiquiatras, del COSAM y del Hospital San Borja), para trabajar algunas temáticas demandadas por los propios equipos o coordinación de objetivos y planes anuales.



### **6.3.2 Contextualización de los Centros de Salud Familiar de Maipú<sup>1</sup>**

Los profesionales entrevistados desempeñan su labor en un contexto geográfico e institucional específico, por lo que para contextualizar su práctica, se estimó necesario describir, en términos generales, los Centros de Salud Familiar en los que trabajan. Ello, es lo que a continuación se presenta:

#### **6.3.2.1 CESFAM DR. Carlos Godoy**

Este Centro de Salud es denominado “Dr. Carlos Godoy”, en homenaje a Carlos Enrique Godoy Lagarrigue, médico con gran compromiso social y político, a favor de los más necesitados. Fue víctima de la violencia política de estado cometida en Chile, durante el periodo comprendido entre 1973-1990.

Este CESFAM nace como tal, en el año 2007 y obtiene su certificación oficial en el año 2008. Mientras que en el año 2012, fue distinguido como de “Excelencia”, por el Ministerio de Salud, debido al grado de satisfacción de sus usuarios respecto al trato y atención que reciben del personal.

---

<sup>1</sup> Este apartado fue desarrollado en base a la información del Anexo 1 (Diagnóstico Participativo CESFAM Godoy), Anexo 3 (Diagnóstico Participativo CESFAM Insunza) e ítem 3 (Nuestros CESFAM y CECOSF) del documento “Plan de Salud Comunal”, elaborado por la Ilustre Municipalidad de Maipú, durante los años 2009-2011.

Se encuentra ubicado en Av. El Conquistador N° 01565, Villa Pehuén VII, sector poniente de la comuna. Su Directora es la Sra. Marina Garrido Cornejo. La población inscrita y validada hasta el año 2012 es de 32.404. Las fronteras físicas que delimitan este barrio son: por el norte, la Avenida Nueva San Martín y la calle Alfredo Silva Carvallo; por el oriente, calle Leopoldo Infante y deslinde oriente del Estadio Good Year; por el sur, Camino Melipilla; por el poniente, la Avenida Cuatro Poniente. Mientras que los barrios que lo rodean son: Templo Votivo, Pajaritos Sur, Industrial, El Abrazo de Maipú, Los Bosquinos, Pehuén y Parque Tres Poniente.

El barrio conforma un conglomerado urbano de perfil residencial homogéneo, conformado mayoritariamente por viviendas de subsidio tradicional (desde 1.500 UF), aunque también existen conjuntos habitacionales de viviendas sociales (Villa San Carlos V) y casas de un programa especial para trabajadores (PET) en villa Arturo Prat.

En efecto, el barrio está conformado por dos zonas de uso preferentemente habitacional, tres zonas especiales destinadas a Equipamiento Comunitario, ocupadas por tres escuela municipales; y dos zonas destinadas a Parque Intercomunal, en la sección centro-sur del Parque Tres Poniente.

Por otra parte, la dotación de funcionarios de este CESFAM es de un total de 73 aproximadamente. Todos los sectores (rojo, verde y azul) cuentan con un equipo de cabecera multidisciplinario conformado por Médico, Matrón(a), Trabajadora Social, Psicólogo(a), Enfermera, Nutricionista, Kinesiólogo, Odontólogo, Asistente Dental, Técnicos Paramédicos y Personal Administrativo. Además se cuenta con un área transversal: sector amarillo, destinado a procedimientos clínicos, vacunatorio, bodega de leche, farmacia, sala IRA y ERA, modulo de facilitadora intercultural, OIRS (Oficina de información reclamos, sugerencias y felicitaciones), unidad de registros estadísticos, secretaria y Dirección, conformado por Directora, Subdirectora, técnicos paramédicos, técnicos de farmacia, higienista dental, educadora de párvulos, facilitadora intercultural, ginecólogo-ecografista, matrona y administrativos.

A nivel institucional, este CESFAM tiene como MISIÓN: “Inspirados en el deseo de lograr condiciones de mayor justicia social y equidad, nos disponemos a entregar a todos y cada uno de los integrantes de nuestra comunidad, una atención de salud oportuna, de excelencia e integral, cálida en el trato, respetuosa de nuestra diversidad cultural y basada en el modelo de salud familiar”.

En lo que respecta a su VISIÓN, ésta se enmarca en “Ser un CESFAM de excelencia, trabajando en equipo con nuestra comunidad, buscando su autocuidado, contribuyendo con esto a mejorar su calidad de vida y desarrollo con equidad”. Por ello, sus principales valores se orientan a la responsabilidad, justicia social, solidaridad, tolerancia, equidad y respeto.

En base a lo anterior, sus propuestas de intervención se encuentran orientadas a lograr un impacto sanitario, adecuando las políticas y planes nacionales a la realidad de la Comuna de Maipú, específicamente al área circunscrita a dicho centro y promover la Satisfacción Usuaría, instaurando el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural, generar espacios de Participación Social en la toma de decisiones relacionadas con la situación de salud de la propia comunidad y mantener y desarrollar los niveles de Motivación y Competencias del personal, que garanticen el éxito en la aplicación de los cambios que el entorno exige, entre otros.

#### **6.3.2.2 CESFAM DR. Luis Ferrada**

Este CESFAM está ubicado en Tierra Fértil 5161, Barrio Longitudinal, Maipú, y abrió sus puertas a la comunidad el 3 de junio de 2011, siendo inaugurado oficialmente el día 29 de Agosto del 2011. Su Directora es la señora Silvana Spencer Núñez.

El Barrio Longitudinal, al norte limita con la avenida Callejón de los Perros y, por lo tanto, con la comuna de Pudahuel; al oriente, con la Avenida Los Pajaritos; al poniente, con la Avenida Américo Vespucio. Su conformación urbana ha sido progresiva y relativamente reciente, producida mediante el poblamiento experimentado por la comuna desde mediados de los años '80, a partir de proyectos habitacionales de subsidio tradicional (con aspecto de condominio, sobre UF 2000), por lo que esta zona carece de asentamientos precarios y viviendas sociales. En definitiva, el Barrio Longitudinal se ubica en un rango relativamente homogéneo de estratos medios.

Por otra parte, los usuarios (alrededor de 14.000) se distribuyen en 3 sectores: rojo, verde y azul, según lugar de residencia. En lo que respecta a la dotación de personal, esta consta de aproximadamente 71 funcionarios. Al igual que el resto de los CESFAM de la comuna, todos los sectores cuentan con un equipo de cabecera multidisciplinario conformado por Médico, Matrona, Enfermera, Odontólogo, Asistente Dental, Técnicos Paramédicos y Personal Administrativo. Existen además profesionales que entregan prestaciones a usuarios de todos los sectores: nutricionista, trabajador social. Además se cuenta con un equipo transversal conformado por técnicos de farmacia, vacunatorio, técnicos paramédicos en toma de muestra y curaciones, entrega de leche, ginecólogo-ecografista, OIRS, personal de SIGGES, secretaria, Dirección y Subdirección, y calificadora de derecho.

A nivel institucional, este CESFAM tiene como MISIÓN, “Ser un centro de salud familiar y comunitario con vocación de servicio, con un equipo multidisciplinario, comprometido con una atención de calidad que logre el bienestar integral de la familia y la comunidad”.

Por su parte, su VISIÓN consiste en “Ser un centro de salud familiar y comunitario de nivel superior, ser reconocido como un centro de excelencia y ser referente a nivel nacional del modelo de salud familiar y comunitario”

Para dar cuenta de lo anterior, sus objetivos estratégicos se encuentran orientados a la consolidación del modelo de salud familiar, potenciando en éste, el impacto de las políticas sanitarias; desarrollar un trabajo con la comunidad efectiva y participativa, con incidencia en las estrategias comunitarias del centro y el establecimiento de políticas y lineamientos locales, que permitan el desarrollo de actividades preventivas y promocionales de salud, entre otros.

### **6.3.2.3 CESFAM Dr. Iván Insunza**

Este Centro de Salud Familiar, lleva el nombre en homenaje al Doctor Iván Insunza Bascuñan, médico de profesión (gastroenterólogo), quien trabajó en el Hospital San Borja Arriarán, donde realizó investigación y docencia, además de trabajar con los enfermos con adicción al alcohol. En 1976 fue

detenido por agentes de seguridad del Estado, sumándose al listado de detenidos desaparecidos durante la dictadura militar.

Este centro comienza a funcionar en agosto del año 2007, sin embargo, su inauguración oficial fue en diciembre de 2012. Funciona con el total de prestaciones requeridas, como por ejemplo, medicina general, kinesiología, enfermería y administrativas, y, con la necesaria dotación de funcionarios para satisfacer los requerimientos de la comunidad, contando hasta la fecha con 83 funcionarios para la población inscrita y validada de 27.134 personas, aproximadamente.

Por su parte, el Centro de Salud Familiar Dr. Iván Insunza, se encuentra ubicado en la calle El Mar de Chile N° 491 y su director es el señor Esteban Barra Navarro. Se inserta en el Barrio La Farfana y presta servicios también al Barrio Rural “La Farfana”, antiguo asiento de fundos agrícolas, hasta fines de los años '80. Sólo con el poblamiento generado con soluciones habitacionales de subsidio tradicional, se ha generado una zona residencial que hoy cubre aproximadamente el 90% de la superficie total, teniendo una población actual de 54.273 habitantes.

Este barrio comprende hasta el límite urbano comunal, a pesar que históricamente su nombre también denomina al tradicional pueblito de La Farfana, que hoy forma parte del Barrio Rural de Maipú. Delimitan el barrio, las avenidas Américo Vespucio, por el norte; el Zanjón de la Aguada, por el sur y el límite urbano, por el poniente. Se encuentra además rodeado por los barrios El Descanso, Rural, El Porvenir, El Hospital, Maipú Centro y Riesco-Central.

Cabe destacar que el Barrio La Farfana muestra un nivel socioeconómico que oscila entre una mixtura de estratos nivel medio-bajo hasta el estrato medio. Podría catalogarse este barrio como el de mayor heterogeneidad socioeconómica relativa, de entre aquellos situados al norte de la comuna, más propiamente al norte del Zanjón de la Aguada. Esto es así por la presencia, en el mismo territorio, de poblaciones como El Molino por una parte (de origen principalmente obrero y campesino), Villa Miami y Villa Manuel Rojas, y, por otra, de villas con viviendas de alto valor, como Alto Jahuel y Santa María de Maipú. Es decir, con homogeneidad al interior de los conjuntos residenciales, pero con mayor diferenciación entre villas.

A partir de lo anterior, la MISIÓN de este centro se orienta a posesionarse como: “Un Centro de Salud Familiar organizado, con liderazgo efectivo, que trabaja en forma coordinada y en equipo, que se compromete con una comunidad participativa, donde todos se sienten integrados y reconocidos.



Contamos con infraestructura y tecnología adecuada, con una organización abierta a una comunidad informada, y con procesos de liderazgos participativos orientados a potenciar a los usuarios internos y externos”

En este contexto, su VISIÓN pretende “Ser un Centro de Salud Familiar destacado a nivel Nacional, con funcionarios altamente motivados y comprometidos, que en un marco del respeto y tolerancia, contribuyamos a mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad usuaria. El Centro realizará acciones biopsicosociales sustentadas en el Modelo de Salud Familiar, con eficiencia y calidad de los procesos clínicos y administrativos; con énfasis en la promoción y prevención de la salud, abierto a la participación Ciudadana”.

En virtud de ello, sus objetivos estratégicos actuales se encuentran enfocados a contar con mayor financiamiento para el sector salud Municipal; Mantención de la Infraestructura del CESFAM y su equipamiento; Continuar con el trabajo comunitario y de promoción de la salud y Mejorar procesos de gestión para adquisiciones de medicamentos y otros insumos que se requieran en el CESFAM. De especial significación para este Centro, se constituye la capacitación continua del equipo gestor y la evaluación periódica de los programas y estrategias desarrolladas.

#### **6.4 Técnica de construcción de la información: Entrevista Semiestructurada.**

La entrevista semiestructurada es una técnica de construcción de la información, que permite indagar y profundizar en los aspectos subjetivos e intersubjetivos de las personas, por lo cual, fue una herramienta acorde a los objetivos planteados en esta investigación. En este sentido, Taylor y Bogdan (1996) señalan que este método de estudio es especialmente adecuado cuando se quiere aclarar la experiencia humana subjetiva, ya que apunta a “la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus propias vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (pp. 101).

Básicamente, la técnica consiste en obtener información verbal mediante la interacción o comunicación fluida, entre el investigador y entrevistado. Por ello, una característica principal de la entrevista semiestructurada es la necesaria interacción flexible y dinámica, cara a cara entre entrevistado y entrevistador, donde éste último va realizando algunas preguntas guías sobre cierto tema, a partir de las cuales espera que el entrevistado se exprese, volviendo a preguntar, si es necesario, acorde a la profundización que el entrevistador vaya evaluando, pero de una manera más flexible y espontánea que las entrevistas más directivas (Taylor y Bogdan, 1996).

De ahí, que esta técnica siga un modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Esto, implica, a su vez, un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente (Ruiz, 1996).

De cierta manera, según Taylor y Bogdan (1996), la entrevista semiestructurada a pesar de estar acotada a cierto guión, acorde a los aspectos que interesan investigar, busca recrear las situaciones naturales de conversación entre las personas, en las que se construyen e intercambian significados. A pesar que el guión es una guía de temas a explorar, en la entrevista semiestructurada, el entrevistador tiene un margen o espacio para profundizar, complementar o enriquecer la información recopilada con otros comentarios, opiniones o visiones del entrevistado y que agreguen valor cualitativo a la investigación. Este dinamismo tiene la utilidad de que los temas claves sean explorados, pero no de una manera rígida ya que el investigador no es un mero recolector de respuestas a preguntas idénticamente formuladas a todos los informantes, sino que va adaptando el guión, escogiendo qué preguntas hacer y cómo hacerlas, de acuerdo al flujo de la conversación.

En síntesis, la entrevista semiestructurada deja una mayor libertad a la iniciativa de la persona entrevistada y al entrevistador. Por lo general, se tratan de preguntas abiertas que son realizadas y respondidas dentro de un proceso de conversación, teniendo como característica principal la ausencia de una estandarización formal.

#### **6.4.1 Instrumento: Pauta de Entrevista Semiestructurada**

Para la realización del proceso de construcción de la información, se diseñó un instrumento llamado: "pauta de entrevista"<sup>2</sup>, que constó de aproximadamente 40 preguntas, las que abordaron los temas pertinentes a esta investigación. En este sentido, esta pauta se ordenó acorde a ciertos ejes temáticos, relacionados con los objetivos específicos que persiguió este estudio, centrados en conocer la forma en que abordan las situaciones de duelo los equipos de Salud Mental de los CESFAM de la comuna de Maipú. Sin embargo, esto no cerró la posibilidad de que en el transcurso de la entrevista surgieran otros temas de relevancia para este estudio.

El proceso de elaboración de este instrumento también se basó en la revisión bibliográfica efectuada respecto a los temas que comprendió esta investigación (sobre modelos teóricos y forma de intervención del duelo), de

---

<sup>2</sup> Ver anexo N° 2.

modo de asegurar que el fenómeno de estudio fuera abordado adecuadamente, y, por tanto, de lograr identificar las categorías de interés al respecto.

Respecto a la forma de probar si los ítems incluidos en la pauta de entrevista abordaban de manera adecuada el fenómeno de estudio, se realizó una aplicación piloto a un profesional del equipo de salud mental de un CESFAM de Maipú, representativo de la muestra de esta investigación. Junto a ello, el diseño y aplicación de este instrumento fue supervisado por dos profesionales, ambos Licenciados en Psicología. El primero corresponde al profesor guía del presente estudio, y, el otro, a un experto colaborador.

El resultado de dicho ejercicio, contribuyó a la modificación, y en otros casos, a la incorporación de otras preguntas. De esta aplicación piloto surge la pauta de entrevista definitiva.

Antes de dar a conocer las temáticas que esta pauta incorporó, es importante señalar que se decidió aplicar la misma pauta de entrevista para los tres profesionales que integran el equipo de salud mental de cada CESFAM respectivo, y no una que respondiera a la singularidad de cada profesión. De acuerdo a ello, se aplicó la misma pauta de entrevista al médico, al trabajador social y al psicólogo/a. Esto, básicamente porque al ser una investigación de tipo exploratoria, se pretendió realizar una aproximación general al fenómeno

del duelo, sin detenerse en particularidades, de modo que facilitara ampliar el nivel de familiaridad con esta realidad escasamente estudiada. En este sentido, a través de esta investigación, se intentó generar un conocimiento que permitiera un incremento a futuro en las investigaciones en el tema.

Junto a ello, de acuerdo a la bibliografía consultada, el duelo no requiere intervenciones específicas a la hora de abordarlo, salvo cuando el curso de este proceso se vuelve complicado.

Por otra parte, la presente investigación supuso que estos profesionales realizan un trabajo interdisciplinario, dado que esta labor forma parte de las bases que dan sustento al actual modelo de salud familiar, que debiese operar en los Centros de Salud Familiar.

Aclarado este punto, se procede a continuación a señalar las dimensiones y temas generales que este instrumento incluyó. Para indagar en el cuestionario propiamente tal, ver anexos.

**I. Datos generales**

**II. Conocimiento teórico del duelo**

- Definición de duelo

**II. Evaluación diagnóstica del duelo**

- Valoración que se otorga al curso del duelo
- Prevención del duelo complicado
- Diferenciar las tipologías del duelo
- Diferenciar entre duelo complicado y depresión mayor

**III. Estrategias para abordar el duelo**

- Caracterización del tipo de abordaje

**6.5 Análisis y Tratamiento de los Datos: Análisis de Contenido.**

El presente estudio, al poseer un carácter cualitativo, facilitó la utilización de técnicas de análisis de la información que privilegien al lenguaje como el mecanismo a través del cual se manifiesta la subjetividad de las personas y el sentido de sus acciones. Esto, porque cuando el lenguaje entra en acción, según Anderson y Goolishian (1988):

Nos sumerge en un proceso de creación social de realidades intersubjetivas, realidades que compartimos con otros, en donde se generan significados y sentidos, los cuales evolucionan a través de un proceso social dinámico de diálogo y conversación. Al conversar el mundo, el mundo se hace presente, se nos hace “real”. (pp.87)

En este contexto, el presente estudio optó por el análisis de contenido, una técnica que permite estudiar procesos psicosociales que se producen en situaciones de interacción cara a cara y donde el lenguaje es su principal protagonista; lo cual fue muy atinente y apropiado con la pregunta de investigación de este estudio y con los objetivos que éste persiguió.

El análisis de contenido es definido como “cualquier técnica de investigación que sirva para hacer inferencias mediante la investigación sistemática y objetiva de características específicas dentro de un texto” (Holsti citado en López-Aranguren, 1994, pp. 462). En este sentido, Krippendorff (1980) considera esta técnica como una herramienta útil y eficiente a través de la cual se pueden hacer inferencias reproducibles y válidas de los datos al contexto de los mismos (citado en López Aranguren, 1994).



Al respecto, López Aranguren (1994) refiere que normalmente los receptores de los mensajes no pueden observar directamente ciertos fenómenos propios de la comunicación que no son explícitos en el mensaje, y, es ésta característica lo que obliga al receptor del mensaje a hacer inferencias específicas a partir de los datos que observa a partes del contexto de tales datos.

En este sentido, Miguel Ángel Gómez (2000) menciona que el análisis de contenido es un método que permite clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías, con lo cual se logra hacer aparecer o develar el sentido del mensaje literal. Por lo tanto, de acuerdo a lo anterior, el análisis de contenido puede considerarse como un proceso que tiene un fin tanto descriptivo como analítico-inferencial, por ende, el análisis no está limitado al contenido manifiesto de los mensajes sino que puede extenderse a su contenido latente (López Aranguren, 1994). En este contexto, Miguel Ángel Gómez (2000) señala que el análisis de contenido es un método que busca descubrir la significación de un mensaje.

De acuerdo a las características y objetivos de la presente investigación, y, a la naturaleza del tipo de estudio, se optó por trabajar con un análisis de contenido cualitativo de tipo exploratorio, esto fundamentalmente porque el tema a investigar ha sido un área poco abordada en Chile. El objetivo de este

tipo de análisis es lograr “una aproximación (...) generalmente se desarrollan para testar por primera vez un material de estudio, de modo que se pueda realizar una simple identificación y catalogación de la realidad empírica de los textos o documentos, mediante la definición de categorías o clases de sus elementos” (Piñuel, 2002, pp. 8/9).

Según Gómez (2000), para lograr los objetivos anteriores, el análisis de contenido debe ejecutarse en virtud de distintas etapas, entre las que el autor destaca:

1-. El análisis previo o la lectura de documentos: En esta etapa el investigador debe leer varias veces y atentamente el material de las transcripciones o de los documentos a estudiar. Este proceso tiene como objeto que el investigador tenga una necesaria familiarización con el contenido de los temas a investigar dejando nacer las impresiones y las orientaciones sobre el tema. También es conocido como «lectura flotante». Progresivamente esta la lectura se hace más precisa, con ello pueden aparecer hipótesis, el investigador puede identificar teorías aplicables al material y el uso posible de técnicas empleadas sobre materiales análogos.

2-. La preparación del material: El trabajo sistemático sobre los textos, lleva que los documentos se desglosen en unidades de significación, las cuales son agrupadas y clasificadas en categorías bien definidas. En esta etapa es importante determinar la unidad de registro, que puede ser un tema, una palabra, un concepto, una frase, una idea o una frecuencia de aparición de palabras o de frases.

3. La selección de la unidad de análisis. La unidad de análisis refiere al espacio y el tiempo en los cuales se retendrá la recurrencia de los elementos de investigación. En cuanto a la definición de las unidades de análisis, según Landry (1998) está se hace habitualmente según uno u otro de los siguientes métodos:

a) De manera inductiva a partir de las similitudes de sentido del material de análisis; b) De manera deductiva derivándolas de una teoría existente; c) Siguiendo una fórmula mixta, donde una parte de las categorías es derivada de una teoría mientras que la otra parte es inducida en el curso del análisis (citado en Gómez, 2000, pp.7). Ésta última es la que optó la presente investigación, por considerar que es más completa y flexible, y por lo tanto, enriquece el análisis de la información obtenida.

4. La construcción de categorías: Esta etapa además coincide con la explotación de los resultados. Pinto y Grawitz (1967) refieren que las categorías deben provenir de dos fuentes principales: “del documento mismo y de un cierto conocimiento general del campo de donde provienen” (citados en Gómez, 2000, pp.8).

También existen otros modelos para poder abordar esta etapa de categorización. Autores como Landry (1998) y L'Écuyer (1987) toman tres modelos: El modelo abierto, donde no hay categorías preestablecidas, las categorías son entonces inducidas de los textos analizados. El modelo cerrado, donde las categorías están predeterminadas por el investigador desde el comienzo y desde una teoría de la cual se quiere testar las predicciones (o las hipótesis) y finalmente, el modelo mixto, donde una parte de las categorías preexistentes desde el comienzo y el investigador deja lugar a la posibilidad que cierto número de hipótesis sean inducidas en el curso del análisis (citados en Gómez, 2000). Éste estudio adoptó esta última forma, debido a su carácter cualitativo, que entre otras cosas significa ser flexible y dinámico en el encuentro con la realidad en estudio.

A su vez, esta etapa también supone la descomposición del material de trabajo en elementos de análisis. Estos elementos, según L'Écuyer, (1987), deben ser “clasificados en categorías, y reagrupados en categorías o temas

más amplios (citado en Gómez, 2000, pp.9). En general este proceso es definido como, “el proceso en virtud del cual las características relevantes de un contenido son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso” (Hernández, “et al”, 1998, pp.296).

En resumen, los resultados posibles del análisis de contenido serían tres: La descripción, precisa y sistemática, de las características de una comunicación; la formulación de inferencias sobre asuntos exteriores al contenido de la comunicación y la prueba de hipótesis, para su verificación o rechazo (Hernández, “et al”, 1998).

## **6.6 Validez y Confiabilidad**

En la investigación cualitativa un elemento central del diseño de investigación es la verificación de la confiabilidad de la información recopilada, lo que aumenta y garantiza la calidad de la misma. De ahí, “que la validez de los estudios cualitativos busque dar cuenta de los procedimientos efectuados para demostrar cómo se llegó a lo que se llegó. En definitiva, cómo y bajo qué procedimientos podemos llegar a establecer la objetivación del proceso investigativo” (Cortés y Toledo, 2005, pp.51), sin duda, esto estará determinado por el rigor metodológico utilizado.

Sin embargo, un punto relevante a destacar en esta investigación es que su meta metodológica no estuvo centrada en la objetivación del proceso investigativo como tal, sino más bien en la subjetividad del mismo. Esto, porque el presente estudio estuvo basado en una perspectiva cualitativa, lo que implicó asumir que la expresión de los fenómenos investigados se manifiestan de manera única e irrepetible para cada escenario o población, por lo que no es la generalización del resultado el principio fundamental del estudio, sino más bien la fidelidad con que los resultados de la investigación transmiten las visiones e interpretaciones propias de las y los sujetos participantes, por tanto, se centra en la subjetividad de las personas o situaciones. Como señalan Taylor y Bogdan (1996) al mencionar que “el investigador cualitativo no está interesado en la verdad per se, sino en perspectivas” (pp. 126).

De acuerdo a lo anterior, el primer criterio a emplear fue el de credibilidad, que refiere a “cómo los resultados de la investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han estado en contacto con el fenómeno investigado” (Castillo y Vásquez, 2003, pp. 165). Este criterio se cumple a través del registro grabado de la información recopilada (previa autorización), lo que permitió, por un lado, respaldar la información, y por otro, acudir las veces que se quiera, a la reproducción fiel de la misma. A través de este recurso, es posible acceder a las conversaciones

con los participantes del estudio, lo que facilitó aproximarse de forma verdadera a lo que ellos pensaron y sintieron respecto del tema en cuestión.

El segundo criterio, igual de relevante que el anterior, fue el de auditabilidad, que refiere a que cualquier otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares (Castillo y Vásquez, 2003). Para ello, se hace necesario llevar un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador vaya teniendo en el proceso del estudio. Es por este motivo, que en esta investigación, este registro escrito corresponde al punto “Procedimiento de Investigación”, en el que se describen los pasos o etapas del estudio, además de las decisiones, dificultades y/o aciertos del mismo. Es decir, se trata de un proceso descriptivo acerca de las circunstancias en que se llevó a cabo la investigación. A su vez, el criterio de auditabilidad también se cumple al describir y registrar en forma detallada el lugar y/o las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Dicho registro corresponde al apartado “Contextualización de la población de estudio”.

## **6.7 Procedimiento de investigación**

En este apartado se describirá el proceso a través del cual se llevó a cabo el trabajo de campo propiamente tal.

Como punto de partida, se solicitó al director o subdirector de cada CESFAM, por medio de comunicación telefónica y correo electrónico, la autorización para la realización de las entrevistas a los profesionales que este estudio requería. A cada uno de ellos, se explicó los objetivos del presente estudio y la necesidad de contar con profesionales que cumplieran las características específicas que éste precisaba. Favorablemente, todos tuvieron muy buena disposición a colaborar con esta etapa.

Una vez obtenida la autorización respectiva, se procedió a seleccionar a los sujetos de investigación, proceso que se realizó por medio de la técnica “Bola de Nieve”. De este modo, se logró tomar contacto con un informante clave por cada CESFAM, a quienes se les expuso nuevamente el objetivo de esta investigación y las características particulares que estos profesionales debían presentar.



Es así, como a través de esta técnica se pudo contactar a trece profesionales, sin embargo, algunos no contaban con la disposición de tiempo para la realización de las entrevistas, mientras que otros, rechazaron la grabación de la misma (dos asistentes sociales), sin dar mayor explicación al respecto. De ahí, que de estos trece informantes solo diez pudieron participar del estudio. De estos diez, uno participó de la aplicación piloto del instrumento de investigación (Pauta de entrevista), mientras que los nueve restantes de las entrevistas propiamente tal.

En este contexto, es importante mencionar que la selección de los sujetos de investigación no fue una etapa fácil de cumplir, fundamentalmente por el escaso tiempo que disponían los profesionales para otorgar la entrevista. En este sentido, inicialmente se mostraron colaborativos, sin embargo, con el paso del tiempo se fueron presentando distintos obstáculos, principalmente para entrevistar a los médicos, debido a lo copado de su agenda laboral, no mostrando buena disposición para realizar la entrevista después de su jornada laboral.

Esta situación dificultó llevar a cabo esta actividad como estaba pensada originalmente, de modo que solo se pudo concretar entrevistas con los profesionales de tres de los cinco CESFAM pertenecientes a la comuna de Maipú. Y, a su vez, dentro de cada uno de estos centros, a tres profesionales

de un solo sector (equipo de tríada), por lo que la selección del sector, solo respondió a la disponibilidad de tiempo de dichos profesionales.

Las circunstancias experimentadas (dificultad de tiempo), produjeron un cierto atraso en la realización de esta etapa de investigación. Producto de ello, este proceso demoró aproximadamente cuatro semanas, tiempo que permitió concretar el contacto con los sujetos de investigación. No obstante a ello, esta etapa significó un gran aprendizaje, pues exigió replantear los tiempos con los que se contaban, además, de la necesidad de ser flexible y comprender que muchas veces el investigador/a se tiene que adaptar y tomar en cuenta las condiciones de las que dispone.

En efecto, a pesar de esta dificultad y gracias a la buena gestión de los informantes claves, finalmente se logró llevar a cabo esta primera etapa de selección de los sujetos de estudio y se posibilitó la participación voluntaria de los mismos, coordinando en forma presencial la hora, fecha y lugar para la realización de las entrevistas.

Una vez seleccionados los sujetos de investigación, se procedió a la segunda etapa, correspondiente a la realización de las entrevistas, proceso que demoró cerca de dos semanas. Dado que los profesionales no disponían de tiempo para esta actividad, solo se pudo realizar una sola sesión de entrevista

por cada entrevistado; de una hora aproximada de duración. Para el registro de la información, se utilizó una grabadora, con la respectiva autorización de estos informantes, garantizando explícitamente, por parte del investigador, el anonimato y confiabilidad de sus identidades; de la información aparecida en las entrevistas, además de aclarar que la utilización de la información era sólo para fines académicos, para lo cual se explicitaron los objetivos de estudio.

Respecto al espacio físico donde se llevaron a cabo las entrevistas, todas fueron realizadas en los lugares de trabajo donde desempeñan su labor estos profesionales, es decir, en los CESFAM Dr. Iván Insunza, Dr. Carlos Godoy y Dr. Luis Ferrada. Particularmente, en el box de cada profesional, en condiciones ambientales adecuadas, con buena temperatura y sin contaminación acústica, lo que generó un ambiente propicio para tal efecto.

En lo que refiere al clima de la entrevista, dado que previamente a los entrevistados se les había explicado los objetivos de la presente investigación, ello contribuyó a que no se sintieran “examinados”. Al contrario, cómodos e interesados por la temática a tratar y por compartir sus experiencias al respecto, especialmente los psicólogos y asistentes sociales. Situación contraria se evidenció en los médicos, quienes demostraron inquietud y premura por el término de la entrevista, lo cual no contribuyó a que se pudieran explayar sobre la temática de estudio. Esto, porque para otorgar tiempo a la realización de las

entrevistas, tuvieron que bloquear sus agendas, o bien, utilizar su horario de almuerzo, lo cual dificultó la concentración y atención que la situación exigía, lo que generó incomodidad en él y en el propio investigador. Por ello, a futuro se recomienda idealmente consensuar en conjunto con el entrevistado, un lugar de entrevista óptimo, donde ambos se sientan cómodos y tranquilos, de modo de no afectar el clima de tranquilidad, espontaneidad y fluidez, que tanto importa en las entrevistas de tipo cualitativo.

Esta fase culmina con la transcripción de las entrevistas, proceso que demoró cerca de una semana. Por lo que el total de duración de esta etapa (realización de entrevista y transcripción) fue de tres semanas.

Un aspecto que precisa consideración en esta segunda etapa, es respecto al criterio de saturación de los contenidos de la entrevista. Si bien, por el escaso tiempo que disponían estos profesionales, solo se pudo realizar una sesión de entrevista, esto no fue obstáculo a la hora de lograr el punto de saturación, el cual se obtuvo en esta única sesión. Esto se produjo principalmente por la repetición de la información por parte de los profesionales entrevistados, de modo que cada vez que se les preguntaba por determinados temas, y en forma reiterada, aludían al mismo punto, no entregando información nueva, por lo que ya no aparecían elementos novedosos que indagar. Ello marcó el fin de esta etapa y el comienzo de la etapa de análisis propiamente tal.

El proceso de análisis propiamente tal, comenzó con la lectura de la información transcrita. Posteriormente, se seleccionó la información en base a la distinción entre la información de utilidad y aquella que era desechable, con el objeto de trabajar los tópicos de interés para esta investigación. El primer criterio guía para esta acción fue el de pertinencia, que se expresa en la acción de sólo tomar en cuenta aquello que efectivamente se relaciona con la temática de estudio, lo que permitió, además, incorporar los elementos emergentes, tan propios de la investigación cualitativa. A continuación, se procedió a encontrar en las respuestas pertinentes, aquellos elementos que cumplieran con el segundo criterio, que fue el de relevancia, lo que se devela, ya sea por su recurrencia o por su asertividad en relación con el tema que se pregunta.

Nuevamente se lee la información y a partir de la información obtenida se inició el proceso de construcción de categorías y subcategorías. Esta construcción surgió a partir de los temas más recurrentes (unidad de registro) en el discurso de los entrevistados. Realizado esto, se procedió a revisar las citas (unidad de contexto o frases textuales) que permitieron posteriormente contextualizar y dar sustento a las categorías de estudio, dando origen a la elaboración de un documento, en el cual se registran y describen los principales resultados del estudio. Este proceso demoró aproximadamente una semana.

Finalmente, a partir del análisis realizado, se procedió al desarrollo de las principales discusiones y conclusiones de esta investigación, las que fueron elaboradas en base a un ejercicio de integración, asociación y síntesis crítica de la información obtenida.

## **6.8 Conflictos Éticos**

Para poder realizar las entrevistas a los profesionales de estudio, en primera instancia se solicitó autorización al director, o en su defecto, subdirector, de cada Centro de Salud Familiar, a los cuales se presentó el objetivo de investigación y se explicó las características que éstos debían poseer para poder participar del estudio. Además, se prometió, una vez finalizada la investigación y elaborado el informe final, realizar una devolución general de los resultados obtenidos.

Posteriormente, se solicitó a los profesionales que participaron del presente estudio, sus consentimientos<sup>3</sup>, el cual brindaron de manera voluntaria. Además, se les informó sobre las características de la investigación, sus alcances y condiciones. En consideración de los aspectos éticos, se garantizó el anonimato del sector del CESFAM en el que trabajan, así como de sus identidades.

---

<sup>3</sup> Ver anexo N° 1.

Junto a ello, se explicó la libertad que poseían de retirarse en el momento que lo desearan. De igual modo, se solicitó permiso para grabar las entrevistas y se les informó que las mismas iban a ser transcritas posteriormente para su análisis, solo con fines académicos.

## **VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **7.1 Introducción**

El análisis de los resultados corresponde a la etapa en que la información recopilada, en este caso, a través de las entrevistas efectuadas y su triangulación con el marco teórico, es organizada y trabajada en temas principales, abordados desde la perspectiva de los actores involucrados, lo que permite realizar un primer acercamiento a los objetivos de la investigación.

Al respecto, Latorre y González (1987) mencionan:

El análisis de datos es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos. Constituye uno de los elementos más importantes del proceso de investigación e implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, buscar regularidades o modelos entre ellos, descubrir qué es importante y qué va a aportar a la investigación. (Citados en Pérez Serrano, 2000, pp. 102).



En efecto, el discurso de los profesionales entrevistados fue analizado por medio de la técnica Análisis de Contenido, técnica que como ya se expuso en el capítulo anterior, permitió identificar ejes temáticos o temas más recurrentes en los relatos de los sujetos de investigación.

Desde esta lógica de análisis, se distinguieron tres etapas consecutivas y recursivas: La primera, llamada “pre-análisis”, en la cual se revisó de forma rigurosa las transcripciones correspondientes a la producción de información, con el fin de establecer los temas más recurrentes. La segunda, llamada “codificación”, que correspondió al análisis del *corpus*; estableciendo relaciones iniciales entre los códigos obtenidos en la etapa anterior. Y finalmente, la etapa de “categorización”, la cual consistió en organizar y clasificar las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, con el fin de poder obtener una visión condensada de los datos, complejizando las relaciones producidas luego de la codificación, obteniendo las categorías de los resultados (Vásquez, 1996).

En base a este proceso, fue posible identificar tres ejes temáticos, a saber: manejo teórico del concepto de duelo, evaluación diagnóstica del duelo y estrategias y/o herramientas de intervención para abordar el duelo; los que a su vez, se corresponden con los objetivos específicos que guiaron la presente investigación.

Posteriormente dichos ejes temáticos fueron reagrupados en categorías y subcategorías de análisis, cada una de ellas con códigos particulares que se presentan a continuación, en forma esquematizada:

**I. Manejo teórico del concepto de duelo**

1.1 Definición de duelo

**II. Evaluación diagnóstica del duelo**

2.1 Distinción entre los distintos tipos de duelo

2.2 Distinción entre duelo complicado y depresión mayor

2.3 Valoración del curso del duelo

**III. Estrategias de intervención para abordar el duelo.**

3.1 Estrategia de intervención durante el primer acercamiento a la persona en duelo.

3.2 Estrategia de intervención frente al duelo complicado

3.3 Destinatario de intervención frente al duelo

3.4 Estrategia de trabajo del equipo frente al duelo

Respecto a estas categorías, se estima preciso delimitar su definición, de modo de entregar mayor claridad y comprensión al lector. Para ello, se organizará a modo de glosario, que es lo que a continuación se presenta:

**I. Manejo teórico del concepto de duelo:** Primera dimensión de estudio, que alude al conocimiento teórico (“científico”) que los sujetos de investigación poseen o no respecto del duelo, vale decir, de todos o algunos de los marcos de referencias teóricos y conceptuales que se han desarrollado en torno a esta temática. Por lo tanto, desde esta dimensión, interesó conocer el manejo que los sujetos de estudio tenían respecto a las definiciones de duelos existentes, las teorías que lo explican, las manifestaciones y efectos que en el duelo se producen, los diversos enfoques (autores) que describen los procesos y elementos que lo componen, o bien, los factores que en él intervienen, entre otros. Esta dimensión, a su vez, se encuentra integrada por la siguiente categoría:

**1.1 Definición de duelo:** Esta categoría refiere a la delimitación conceptual que los sujetos de estudio realizan para definir duelo, lo cual, supone precisar el significado o la comprensión de las cualidades o atributos esenciales de esta realidad. Por lo que esta categoría se puede observar cada vez que en el texto aparezcan párrafos, frases o temas donde se defina qué es duelo, y por tanto, se delimite con precisión las etapas, procesos, reacciones (físicas, psicológicas, conductuales y sociales) y condicionamientos culturales que en él intervienen.

**II. Evaluación diagnóstica del duelo:** Segunda dimensión de estudio, que corresponde a la valoración e identificación que los sujetos de investigación realizan, de todos aquellos elementos, dificultades y posibilidades que puedan determinar la respuesta de duelo, y por lo tanto, el curso favorable o desfavorable del mismo. Por lo tanto, este proceso implica la integración y la valoración de la información recogida, para poder llegar a tomar decisiones concretas con respecto a este proceso.

En este contexto, concretamente interesó saber si logran diferenciar los tipos de duelo, cuáles son los procedimientos que desarrollan para evaluar el tipo de duelo que presenta el consultante así como la etapa del duelo en la que se encuentra. Igualmente, incluye la evaluación, valoración e identificación de las reacciones esperadas y su curso; de los factores predictores del duelo y el diagnóstico diferencial entre duelo complicado y depresión mayor. Esta dimensión, se encuentra integrada por las siguientes tres categorías:

**2.1 Distinción entre los distintos tipos de duelo:** Esta categoría alude al conocimiento que los sujetos de investigación tienen o no de la/s diferencia/s esencial/es, que existe entre duelo esperado y duelo complicado, y, las distintas tipologías que este último incluye. Por lo que esta categoría se evidencia cada vez que en el texto aparezcan párrafos, frases o temas que den cuenta de los procedimientos o criterios que se utilizan, para determinar las diferencias entre

los distintos tipos de duelo, así como, de los procesos y características de las cualidades esenciales de cada uno de éstos.

**2.2 Distinción entre duelo complicado y depresión mayor:** Esta categoría alude al conocimiento que los sujetos de investigación tienen o no, de la diferencia esencial, que existe entre duelo complicado y depresión mayor. Por lo tanto, esta categoría se expresa, cada vez que en el texto se haga referencia a los procedimientos o criterios que se utilizan, para determinar las diferencias esenciales entre ambos “cuadros”; lo que incluye procesos y características de las cualidades esenciales de cada uno de ellos.

**2.3 Valoración del curso del duelo:** Esta categoría hace referencia a la valoración, significación o importancia, que los sujetos de investigación otorgan al curso del duelo (si está dentro de lo esperado o en un cause de complicación) y a los factores predictivos del mismo; valoración que, a su vez, les permitirá definir estrategias de intervención para su pronóstico o prevención.

**III. Estrategias de intervención para abordar el duelo:** Tercera y última dimensión de estudio, que corresponde al conjunto de acciones que los sujetos de investigación llevan a cabo para abordar el duelo. Esto, a su vez, incluye la toma de decisiones respecto al establecimiento de metas o resultados esperados, selección de técnicas, recursos, actividades, entre otros, con el fin de lograr los objetivos establecidos para el abordaje de este proceso. Esta dimensión, a su vez, se encuentra integrada por las siguientes categorías:

**3.1 Estrategia de intervención durante el primer acercamiento a la persona en duelo:** Esta categoría alude a las primeras acciones y decisiones que los profesionales desarrollan cuando reciben por primera vez a la persona en situación de duelo. Por lo tanto, cada vez que en el texto aparezca una frase, tema o idea haga alusión a dichas acciones y decisiones, esta categoría estará apareciendo.

**3.2 Estrategia de intervención frente al duelo complicado:** Esta categoría se refiere a las acciones y decisiones que los profesionales desarrollan cuando estiman que la persona presenta un duelo complicado. Siendo así, esta categoría estará evidenciándose, cada vez que en el texto se haga referencia a dichas acciones, decisiones, procedimientos o criterios para abordar este tipo de duelo.

**3.3 Destinatarios de intervención frente al duelo:** Esta categoría corresponde a la/s persona/s, grupos (familiares o sociales) o instituciones, a los cuales van dirigidas las acciones desarrolladas por los profesionales, para abordar la situación de duelo. Por lo tanto, esta categoría se expresa, cada vez que un párrafo, tema o idea haga referencia a dichos destinatarios.

**3.4 Estrategia de trabajo del equipo frente al duelo:** Categoría que da cuenta de las formas de trabajo, es decir, acciones, decisiones, coordinación, reflexión, entre otras, que los equipos de salud mental asumen frente al duelo. De acuerdo a esto, esta categoría se evidencia toda vez que algún párrafo o tema, haga alusión a la forma que tienen los equipos para trabajar el duelo.

En síntesis, 8 fueron las categorías que emergieron del análisis realizado, las que se corresponden a las 3 dimensiones establecidas inicialmente, en base a los objetivos de investigación.

Una vez aclarado en lo que consiste cada dimensión y categoría, se procede a la presentación de los resultados, la cual se realizará, por medio de la descripción, que en términos metodológicos es entendida como “un proceso que nos lleva al examen de todos los segmentos de cada categoría con el fin de establecer patrones en los datos, lo que implica un nivel de reducción de los mismos” (Pérez, 2000a, p.107).

Por lo tanto, los resultados emergentes serán descritos y acompañados de una sutil aproximación interpretativa, sin recurrir aún al marco teórico, ello, se efectuará en el apartado siguiente, denominado “Discusión y Conclusiones”, el que intentará integrar o conjugar los resultados emergentes con lo revisado en el marco teórico, de modo de otorgar mayor solidez y consistencia a este proceso.

## **7.2 Análisis descriptivo de los resultados**

### **7.2.1 Manejo teórico del concepto de duelo**

#### **7.2.1.1 Definición de duelo**

En primer término, aparece una definición de duelo bastante genérica e imprecisa, que no logra dar cuenta del conjunto de procesos psicológicos y psicosociales (reacciones, consecuencias, etapas) que se producen en la persona, tras el fallecimiento de su ser querido.

*“Situación en duelo es fallecimiento de algún familiar cercano. Ése es como el objetivo, objetivamente es eso” (E10).*



*“Lo entiendo como una pérdida, una sensación de pérdida en la vida de alguien, esta pérdida tiene que ver con un ser querido, con alguien que quiere mucho y que falleció” (E1).*

Junto a ello, se puede observar una visión crítica del duelo (y la muerte), que lo circunscribe a una realidad negativa, una pérdida dolorosa, que desencadenaría una situación de crisis en el consultante, cuya elaboración transitaría por un arduo proceso de aceptación de la pérdida y del dolor que ésta conlleva.

De alguna manera, estos profesionales asumen de antemano, al duelo como un proceso crítico, y, por ende, que no puede dar lugar a un crecimiento o enriquecimiento personal o colectivo (si éste es adecuadamente elaborado).

*“Duelo es una pérdida, es un dolor, es un proceso que tiene diferentes etapas, es un proceso largo, es un camino duro, difícil, pero en la medida que uno avanza puede traspasar esa barrera del dolor” (E5).*

*“El duelo es una etapa que hay que vivir, uno siempre se pone en el plano del paciente, fallece un familiar y eso hay como que aceptarlo, Es un proceso difícil, es difícil hablarlo desde el punto de vista de mi persona” (E9).*

Quizás esta percepción crítica y dolorosa de la muerte, se encuentre mediatizada por las características culturales y sociales propias de la sociedad chilena, que ha ayudado a configurar la muerte y el duelo, desde una realidad que se evita y de la que poco se habla.

*“En una sociedad [la chilena] que no tiene considerado la pérdida, la muerte y no hay mucho camino ahí para avanzar, porque se quedan con la sensación de pena, de dolor (...) la sociedad no está preparada para enfrentar el tema del duelo” (E5).*

*“En Chile me admira mucho porque aquí un duelo tiene varias variables, yo soy extranjera, y por ende allá el duelo se lo vive, tiene su proceso y la persona no cae en depresión, como acá (...) Aquí en Santiago, donde yo vivo, yo he visto gente muy depresiva, por muchas cosas; pero también hay, creo yo son muchos los factores que han vivido antiguamente, el golpe de Estado, con la falta de respeto al derecho humano, no se... lo que han vivido; su medio ambiente que es muy tóxico, todo eso parece que afecta, ha afectado a nivel de toda la persona, a nivel espiritual, a nivel mental, y en vivir el duelo (...) porque en mi país (Ecuador), claro que se llora y se sufre por un ser querido pero tiene su proceso como todo duelo, pero no veo nada con tanto impacto” (E12).*

*“En Chile nos cuesta hablar un poquito de la muerte, o sea, de enfrentar la muerte, de decir “me voy a morir”, siempre como que le hacemos el quite al tema de la muerte, no es fácil hablarlo. Yo creo que es aquí en Chile, yo creo que es un tema que no se aborda. Yo estuve en Cuba, en una pasantía (...) y se nota otra forma de asumir la muerte, o de hablar de la muerte. Hablan de que uno va a morir, es un tema que está abierto, no es como un ritual hablar de la muerte sino que es algo más habitual, lo ven como algo más natural dentro de lo que es el ser humano” (E8).*

## **7.2.2 Evaluación diagnóstica del duelo**

### **7.2.2.1 Distinción de los distintos tipos de duelo**

Se evidencia como única distinción, el duelo esperado (“normal”) y el duelo complicado (“patológico”), distinción que además es bastante general, por lo que no logra dar cuenta de las características y procesos que implica cada uno de estos procesos. Además, no se alude a las tipologías existentes en duelo complicado, incluso, no se repara en la importancia de detectar tales distinciones.

Es así como en la distinción general a la que se apela, el duelo queda circunscrito al estricto criterio temporal, donde para el duelo esperado o resuelto (“normal”), el tiempo no sobrepasaría los seis meses, mientras que para el duelo complicado o no resuelto (“patológico”) sería más de un año.

*“Conozco dos, lo que el psicólogo me ha explicado, el duelo patológico, que es como más de un año (...) y el duelo normal, que son seis meses, esas dos cosas, no más” (E10).*

*“Primero que nada el tiempo, el tiempo que tenga de duelo (...) El duelo normal es cuando tienes una pérdida reciente que no debería durar más de seis meses y el duelo patológico que se extiende más allá de seis meses” (E6).*

En este contexto, se evidencia un desconocimiento importante no solo en lo que refiere a las características y procesos que tanto el duelo esperado como el duelo complicado involucran, sino además, para distinguir las tipologías de duelo complicado que existen; lo que podría significar dificultades para evaluar y prevenir el curso que el proceso de duelo está presentando, y, a partir de esto, definir el tipo de intervenciones ha desarrollar. Esto, porque al no poder distinguir entre un duelo esperado y un duelo complicado (y dentro de éste, sus tipologías), más allá del tiempo estimado para cada uno, pudiera propiciar intervenciones (psicoterapéutica y farmacológica) innecesarias, así como

también el riesgo de cronificación, por no haber anticipado la inadecuada evolución del mismo.

Quizá esta escueta distinción del duelo que emerge, pueda estar asociada a su formación profesional, donde esta temática es escasamente abordada. O bien, se relacione con un sistema de salud que prioriza la atención solo de aquella sintomatología que encaja con las estandarizaciones médicas reconocidas. Sin duda, ello repercute en que muchas otras situaciones de salud sean excluidas del sistema, como es el caso del duelo.

#### **7.2.2.2 Distinción entre duelo complicado y depresión mayor**

De igual modo, no se evidencia una clara diferenciación entre el duelo complicado y depresión mayor, entregando información imprecisa y confusa, que versa sobre la misma idea. Está dificultad para distinguir ambos cuadros, se ve reforzada además por el hecho que centran su mirada solo en los síntomas externos. Sin embargo, si bien ambos cuadros comparten muchas características sintomáticas, hay suficientes diferencias para considerarlos síndromes distintos.

*“Yo creo que es difícil de identificar, porque un duelo puede llevar a una depresión mayor. Me he encontrado con situaciones así, depresión mayor asociada a un duelo. Este mismo paciente que por ejemplo, ha dejado de salir, ya no va al trabajo, no pagó los dividendos de su casa, ya no ve a los hijos, se convierte en una depresión mayor” (E1).*

*“Bueno, es que ya la depresión mayor es aquella en que el paciente...en que el paciente ya tiene la idea de la autoagresión, ya no mira más allá, no encuentra escapatoria, no sale de ese cuadro depresivo. Un duelo que es ya más complicado, es aquel que ya su vida diaria no la puede hacer, ya, de vida normal, porque está enfrascado en lo que ha vivido, no le deja avanzar, entonces yo creo que esa sería la mayor diferencia” (E9).*

*“Yo creo que ahí tienen que haber diferencias en los síntomas y tienen que haber diferencias desde la misma estructura de la persona.” (E5).*

*“Los síntomas de la depresión son muy característicos, el estado de ánimo, el trastorno del sueño, etc., si eso se va prolongando, entonces es depresión mayor” (E8).*

En este sentido, no logran percibir que la diferencia no está necesariamente en los síntomas externos sino en aspectos más específicos y profundos, como por ejemplo, la pérdida de autoestima, la persistencia de las fluctuaciones y alteraciones del humor, el objeto de los síntomas o el grado de la culpa (específica o generalizada), entre otros.

Esta situación revela nuevamente la falta de manejo teórico que presentan sobre el duelo, situación que como ya se señaló anteriormente, pueda deberse al contexto formativo, en el que esta temática es poco estudiada, o bien, a un sistema de salud (mental) en el que quizás aún predomina el biomédico, y por tanto, la supremacía de toda sintomatología externa, en desmedro de aspectos que van más allá de ello.

### **7.2.2.3 Valoración del curso del duelo**

Los profesionales al no poder distinguir de manera más profunda y minuciosa entre duelo esperado y duelo complicado, incluso entre duelo complicado y depresión mayor, menos posibilidades presentan para valorar el curso que presenta el duelo, es decir, si su transcurrir está en un proceso de desarrollo esperado (“normal”) o tomando un curso de complicación.

En este sentido, si bien indagan en algunos factores que pudieran influir sobre el desarrollo de este proceso, sin embargo, lo hace no teniendo claridad del por qué es importante su profundización. De este modo, si bien mencionan algunos de estos aspectos, pareciera que lo hacen de manera intuitiva y rutinaria, no logrando percibir la influencia que éstos pudieran tener en el curso (des)favorable del duelo.

*“Más que diagnosticar, es como considerar ciertas variables, por ser trabajadora social, antecedentes de la pérdida, duelos no resueltos, tipo de resolución, duelos recurrentes, que estén ahí dando vueltas, no querer aceptar” (E5).*

*“Uno se fija en hartos aspectos, como los criterios de complejidad a propósito desde la familia, violencia, en qué situación familiar se encuentra este sujeto en la actualidad. También si hay asociado un trastorno de personalidad” (E2).*

|Quizás esta falta de claridad para dimensionar el valor diagnóstico y predictivo de estos factores, se deba a la poca preparación teórica y técnica en esta temática, que ellos mismos reconocen y que los lleva a actuar desde lo que creen es adecuado, de acuerdo a lo que su experiencia les dicta.



*“Uno puede meter las patas si me meto en un tema de duelo, porque es un proceso, que tienes que cerrar como en psicoterapia, y si hay síntomas raros, muy prolongados, yo creo que hay que tener la precaución y la formación suficiente y yo no la tengo” (E10).*

*“No me guió por ningún protocolo si no que por la experiencia” (E9).*

*“Cuando uno lleva sus años en esto, es increíble cómo uno sabe o tiene esa intuición de irse por aquí y las puertas se van abriendo, y eso tiene que ver con la experiencia” (E5).*

*“Yo no he recibido mayor capacitación a nivel de salud mental en duelo, entonces, por lo tanto, estoy haciendo lo que yo puedo y la poca capacitación que yo he recibido este año” (E12).*

El no entender y valorar la importancia clave que significa saber si un proceso de duelo está dentro de lo esperado o a riesgo de complicarse, podría redundar en la no implementación de estrategias de prevención en duelo, las que podrían considerarse innecesarias cuando en realidad, es oportuna su consumación, facilitando, con ello, su cronificación.

### **7.2.3 Estrategias de intervención para abordar el duelo.**

#### **7.2.3.1 Estrategia de intervención durante el primer acercamiento a la persona en duelo.**

La principal estrategia de intervención, al momento de recibir a la persona en duelo, es la contención, basada en el establecimiento de un vínculo de confianza, respeto, escucha y empatía, que permita al consultante poder relatar lo vivenciado y expresar los sentimientos asociados.

*“Favorecer también la expresión de emociones, de sentimientos, entonces es necesario para dar ese tiempo para que salga todo eso (...) empatizar con el paciente, empatizar con el dolor que siente, colocarme en el lugar del paciente, establecer un vínculo con el paciente, no es cierto, en que se va estableciendo una relación de respeto, de confianza, que pueda ir contando lo que sucedió (...) después propiciamos el relato del paciente, que sea capaz de contar qué es lo que pasó, cómo, cuándo, para que lo vaya aceptando también, y generar también el espacio para que pueda ser capaz en lo que siente, lo que le pasa y de poco ir elaborando las diferentes etapas” (E7).*

*“La acogida es la primera instancia probablemente ante un estado de shock en que se encuentra, “bueno, en qué te puedo ayudar, qué estás haciendo, de qué forma”, en fin, y de ahí empieza abrir el tema, por dónde, cómo, qué tienes que hacer” (E10).*

*“Primero escucho, me gusta escuchar, a mi me gusta escuchar y conforme yo voy escuchando lo que ellos me dicen, voy haciendo preguntas para que me digan más cosas y de esa manera poder ayudar y poder comprender qué es lo que pasa por la cabeza del paciente (...) Primero le pregunto cómo se siente anímicamente, entonces ahí el paciente se explaya y generalmente, la mayoría de las veces, se explaya de una manera como que si no estuviera conversando con el profesional sino como que estuviera conversando con un familiar” (E9).*

Sin embargo, se observa que asumen de ante mano, que al momento de recibir al consultante, su intervención debe estar centrada en contener y naturalizar la aceptación de este proceso, sin haber evaluado previamente si este actuar es correcto o no, más bien, lo asumen como un proceder o certeza incuestionable, que los lleva a asumir lo necesario que resulta implementarlo.

Por lo tanto, se evidencia un importante desconocimiento respecto a lo necesario que resulta evaluar cómo y cuándo es oportuno intervenir en dichos procesos. Es decir, cómo y cuándo es oportuno solo contener, solo asesorar o facilitar cambios en los consultantes, incluso desconocen que la realización de intervenciones tempranas puede interferir en el proceso “natural” del duelo, por lo que no se recomiendan.

*“Permitirse que está en duelo y tal vez no evitar no estar en duelo (...) en mi manera de trabajar es permitir que esa persona viva esa dolencia, que se pueda permitir ese dolor, que considere que ese dolor es parte de su proceso de duelo” (E1).*

*“El objetivo de la intervención es que la persona llegue a la última etapa, que es la aceptación del duelo y que aprenda a convivir con lo que le pasó y lo acepte en su vida” (E7).*

*“Una vez establecidas las confianzas con la persona, lo primero que hay que hacer es abordar la muerte, abordar el duelo: cómo fue, qué pasó, en qué circunstancias pasó, qué le pasó en ese minuto, algunos autores apuntan a que lo antes posible hay que abordar la temática.” (E2).*

Este desconocimiento se puede observar también en el número de sesiones que disponen para atender este tipo de consultas, las que podrían resultar insuficientes o excesivas en relación a lo planteado.

*“Una tres o cuatro sesiones, principalmente para contener y evaluar” (E6).*

*“Menos de seis sesiones es difícil aplicar a una persona en duelo, menos, no se si causará el impacto necesario” (E2).*

*“El tema del duelo siempre es una intervención en crisis, yo creo, lo que más hago en realidad” (E10).*

En efecto, no detectar este punto central, podría traer como consecuencia intervenir procesos de cause “normal”, complejizando dicho proceso, o bien, que no estén interviniendo (adecuadamente) cuando si tendrían que hacerlo.

### **7.2.3.2 Estrategia de intervención frente al duelo complicado**

En el abordaje del duelo complicado, tanto médicos como trabajadores sociales consideran que no poseen las competencias específicas para enfrentar este tipo de situaciones, por no ser propias de su ámbito profesional.

Es por eso, que estiman que el psicólogo es el encargado “natural”, por su formación, de asumir la labor terapéutica que este tipo de casos exige. Producto de esto, la principal estrategia que estos profesionales utilizan es la derivación.

*“Los asistentes sociales no hacemos terapia, sabemos hasta dónde podemos llegar y en qué momento tenemos que derivar (...) Cada uno de acuerdo a su formación profesional obviamente tiene su sello, sus características de entrevistar, tenemos distintas formas (...) Cuando ya es un duelo complicado lo derivo a la psicóloga y la idea ahí es que la psicóloga establezca un diagnóstico” (E8).*

*“Indagando más, haciendo preguntas, comienza todo el trastorno y hacen consultas, entonces uno ve que todavía no ha sido resuelto ese proceso y ahí yo lo envío al psicólogo (...) Si veo que el paciente está muy complicado llamo a la psicóloga para que haga una intervención y después veo al paciente” (E9).*

*“Derivo al psicólogo, porque el psicólogo es el encargado de las terapias, de ampliar más el tema como psicólogo” (E12).*

*“Creo que cada uno lo hace de acuerdo a sus competencias profesionales” (E1)*

*“Ahí hablar con el psicólogo, cuando ya está un poquito...que cumple un criterio y veo que son síntomas medios raros, yo ahí veo si lo derivo a psicólogo, a médico, ahí veo” (E10).*

Por otra parte, los trabajadores sociales centran su labor, principalmente en la evaluación del núcleo familiar, para determinar si éste es un soporte sólido para acompañar el proceso de duelo del consultante. En esta tarea, también tratan de coordinarse con el psicólogo.

*“Nuestra formación como asistentes sociales siempre tiene que ver, primero con indagar, entrevistar a la persona, ver la estructura familiar, la dinámica familiar (...) La idea ahí es que la psicóloga establezca un diagnóstico y.....pero no....yo no me desconectó del caso, lo derivo y ya no se más, la idea es complementarnos y a partir de eso, elaborar, ella su entrevista psicológica o un tratamiento, y, yo, desde el punto de vista social, el apoyo” (E8).*

*“Desde lo que uno hace como trabajadora social, si bien identifica ciertas dificultades, ciertos conflictos, uno apunta más bien al tema de ver cómo está la familia, el soporte familiar, cuáles son sus redes, pero aquí yo creo que lo principal tiene que ver con el proceso terapéutico que pueda generarse con el psicólogo principalmente” (E5).*

A su vez, se observa que los médicos se coordinan mucho más con los psicólogos que con los trabajadores sociales, fundamentalmente por el tipo de tratamiento que se otorga en estos casos, donde lo farmacológico y terapéutico van asociados.

*“Cuando he atendido este tipo de pacientes envié a la psicóloga, después la psicóloga remite nuevamente a médico pero por tratamiento farmacológico”* (E9).

*“Principalmente evaluar la causa de la complicación y ahí evaluar con el equipo de salud mental, ver con el psicólogo qué podemos hacer”* (E6).

*“Pido colaboración con el psicólogo para diagnosticar, por lo tanto, se hace una redacción en la historia clínica en la que se explica...o bien, el psicólogo primeramente llega, después de la consulta con el psicólogo, entonces la coordinación es entre los dos, que eso es fundamental”* (E12).

En tanto los psicólogos, asumen el rol que sus compañeros de equipo depositan en él, desarrollando una estrategia de intervención centrada en lo psicoterapéutico y teniendo algún grado de coordinación con los otros miembros del equipo, acorde a lo que él evalúe necesario. Es decir, coordinación con el médico, solicitando apoyo farmacológico, o bien,



coordinación con los trabajadores sociales, cuando es necesario soporte familiar.

*“Hasta ahora lo tratamos solamente los psicólogos, entonces cuando algún profesional pesquisa alguna situación de duelo, en donde el paciente está presentando síntomas que ya...no se, es difícil un poco sobrellevar, esta situación se deriva al psicólogo, solamente al psicólogo (...) Pero el resto del equipo generalmente lo que hace es derivar a los pacientes, claro, más que trabajar con el tema del duelo propiamente tal” (E7).*

*“Si la persona está presentando un cuadro médico, me coordino con el médico; si se averigua con la asistente social que no hay sostén familiar, aplicamos redes” (E2).*

En resumen, desde esta lógica de funcionamiento, existe una delimitación bastante estricta de las funciones que cada cual cumple, que produce un accionar bastante aislado y una fragmentación de las prácticas. En este sentido, en relación al duelo complicado, no se observa que exista una integración de las distintas disciplinas, que las obligue a tener que cruzar sus fronteras y a crear nuevos conocimientos o nuevas formas de lograr un objetivo común de intervención. Por lo que aparentemente, se evidencia un trabajo más bien en la línea de lo multidisciplinario que desde lo interdisciplinar.

### 7.2.3.3 Destinatario de la intervención frente al duelo

Se evidencia como principal destinatario de intervención, solo a la persona consultante, que se traduce en una atención individual. En tanto, la incorporación del sistema familiar solo se efectúa cuando la situación de duelo lo amerita, o bien, cuando afecta también a este grupo social, es decir, en casos puntuales, no siendo una generalidad de intervención.

*“Generalmente es individual, a menos que uno sienta que está afectando a la familia, entonces ahí se cita a la familia, se hace intervención familiar con vista domiciliaria, pero generalmente cuando consultan pacientes adultos, se aborda de forma individual”. (E7).*

*“Solo prácticamente con el paciente (...) cuando veo casos muy difíciles, muy extremos, cuando el paciente está muy angustiado, muy depresivo, primeramente hablo con el familiar y después hago pasar al afectado” (E12).*

Por otra parte, al ser consultados por el trabajo grupal en duelo, en forma unánime lo evalúan como un espacio beneficioso para el consultante, ya que permitiría a sus integrantes empatizar con el dolor y con la vivencia del mismo. Además, este espacio podría generar un aprendizaje colectivo.

Ello, a pesar de que sea una modalidad que no empleen, debido al poco tiempo que disponen, o bien, por no tener la oportunidad para implementarlo.

*“Es compartir experiencias, es compartir el dolor (...) no lo uso por tiempo, espacio” (E5).*

*“Yo creo que Intercambiar experiencias o sacar aprendizajes de otros, creo que siempre es positivo. No hemos tenido la instancia para elaborar un taller para personas con duelo” (E8).*

*“Los pacientes aprenden mucho de lo que le pasa al otro (...) y se dan cuenta de algo que no habían visto en mucho tiempo y que en su proceso individual no fueron capaces de ver y que si en el espacio grupal aparece (...) Nunca lo he usado, yo creo que también tiene que ver con la cantidad de pacientes, como no es tanto, no se ha pensado en intervenir en forma grupal (...) entonces como yo creo que son pocos los casos, no se ha abordado” (E7).*

Al mismo tiempo, emergen algunas precauciones a la hora de poder implementar esta modalidad de intervención, fundamentalmente en relación a la composición del grupo y en cuanto a tener el manejo técnico específico para implementar este tipo de estrategia. Estas precauciones, por lo demás, resultan bastante pertinentes y lógicas.

*“Uno no complicado es más fácil, por lo menos en atención primaria y los más complicados tienen que estar bien dirigidos. Mezclar un duelo normal con alguien que tenga duelo patológico no me parece que sea lo mejor” (E6).*

*“Más que si es bueno o malo, o si hay que hacer o no hay que hacer, yo diría que hay que evaluar al sujeto, al usuario, en qué condiciones está para entrar en una temática o si más bien es pertinente un abordaje individual” (E2).*

*“Creo que igual hay que tener mayor conocimiento, no es cierto, y un buen manejo de grupo para lograr hacer una intervención de ese tipo (...) Pero hay que capacitarse antes de implementarlo” (E7).*

*“Hay que tener habilidades terapéuticas para trabajar con el dolor” (E1).*

En virtud de lo anterior, cabe preguntar: ¿si el trabajo se enfoca de manera individual, no integrando al contexto familiar ni social, en qué medida el abordaje del duelo está respondiendo al enfoque comunitario y de salud familiar, que la actual Política de Salud (Mental) pretende implementar?

#### **7.2.3.4 Estrategia de trabajo del equipo, frente al duelo**

Respecto al trabajo que se desarrolla entre los profesionales que componen el equipo de salud mental, se evidencia un proceder individual, que hace que cada profesional lo aborde de manera particular, de acuerdo a sus propios criterios y definiciones.

Al mismo tiempo, se evidencia un desconocimiento importante de la labor que los compañeros de equipo realizan frente a este tipo de situaciones.

De este modo, no se observa un abordaje interdisciplinario, es decir, una visión y acción conjunta e integrada, que permita enriquecer su abordaje. Al contrario, cada cual tiene su propia definición y manera de intervenir al respecto.

*“Tenemos compañeros que se han ido, otros han llegado y no nos hemos juntado para hablar sobre la temática de cómo lo abordamos cada uno” (E2).*

*“Yo creo que cada cual tiene su propia definición (...) Puede que lo puedan ver de una manera distinta, no se, no lo hemos hablado nunca” (E1).*

*“Nunca hemos conversado como cada uno aborda el duelo, no sé qué procedimientos utiliza el resto para diagnosticar (...) Cada uno lo trabaja desde su propia experiencia, no nos ha tocado mucho tocar el tema del duelo” (E7).*

Esta estricta forma individual de abordar el duelo, se rompe de manera excepcional cuando se presentan casos de difícil resolución o cuando se detecta que una situación no está siendo abordada adecuadamente. Ambas situaciones son planteadas en las reuniones de sector o consultorías, o bien, se pide apoyo a los compañeros más cercanos, pero de manera informal. No obstante a ello, el proceder frente a una persona en duelo, sigue siendo muy individual y aislado, no enfrentado conjuntamente.

*“Lo conversamos en reunión de sector, si yo veo que no está tomando un medicamento oportuno, se conversa en equipo y en equipo se resuelve si es o no apropiado” (E2).*

*“Lo digo, lo planteo, habrá alguna discusión, me refiero de conversación, algún análisis de caso, se presentará en reunión y se evaluará por qué tenemos distintas miradas respecto del duelo de la persona (...) y buscar algún consenso” (E1).*

*“A veces, claro, con algunos tu tienes mayor comunicación, tu se lo puedes plantear en su box” (E8).*

En efecto, pareciera que para estos profesionales lo interdisciplinario estuviera circunscrito meramente a la cooperación informal o a la derivación al profesional respectivo, cuando la situación así lo exige (en duelos complicados), y no hacía la búsqueda de objetivos comunes y de un ideal de unificación, que rompa la visión fragmentada de intervención. Esto último, permitiría crear una visión y acción colectiva y de recíproca interacción, cuyo resultado sería un saber y un modo de actuar integrado y enriquecido del duelo.

## **VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En este apartado se relevan los principales hallazgos obtenidos del proceso investigativo llevado a cabo, y, a su vez, se generan elementos de discusión en torno a ellos, en base a la triangulación con el marco teórico, con la intención de profundizar en su comprensión integrativa, y lograr de este modo, un acercamiento mayor a la temática de investigación.

Este capítulo se organiza de acuerdo a dos momentos: En primer lugar, se entrega un análisis en función de los tres objetivos específicos que guiaron la presente investigación, los cuales progresivamente conducen a la construcción de una lectura integradora y sistémica del fenómeno de estudio. Para luego, como segundo lugar, exponer las principales limitaciones, aportes y proyecciones de esta investigación, en función del análisis y discusión de los resultados obtenidos.



## **8.1 Síntesis de los principales hallazgos de acuerdo a los objetivos de Investigación.**

El duelo al ser una experiencia subjetiva y con características específicas, que a su vez, depende de una serie de factores concomitantes que pueden determinar su curso, hace que se vuelva un proceso complejo de abordar. En este contexto, para los diversos autores que han estudiado el tema (Dollenz, 2003; García, 2011; Landa y García, 2007; Tizón, 2004; Worden, 1997) resulta importante tener claridad respecto al abordaje clínico del duelo, es decir, conocer los tipos de duelos que existen, así como la necesaria claridad y manejo para determinar el curso del mismo, pues de esto dependerá prevenir una evolución desfavorable de este proceso y, por tanto, el tipo de intervenciones a desarrollar.

Bajo este contexto, esta investigación se propuso como objetivo explorar justamente la forma en que abordan las situaciones de duelo, los profesionales de los equipos de Salud Mental de los Centros de Salud Familiar, de la comuna de Maipú. Particularmente, interesó conocer el manejo teórico que presentan respecto del duelo, así como también, la forma que tienen para llegar a un diagnóstico preciso y las estrategias que utilizan para abordarlo.

De acuerdo a ello y en base al análisis realizado, es posible establecer que los objetivos que guiaron el presente estudio se cumplieron efectivamente, en la medida que se logró generar una aproximación a la temática de estudio, que evidencia que los profesionales abordan el duelo, a partir de un conocimiento pobre e impreciso y de manera intuitiva, sin preparación técnica, que los lleva a no dimensionar la importancia crucial que tiene evaluar el curso de estos procesos, y a desarrollar intervenciones sin cuestionar si éstas son oportunas y necesarias de implementar. Respecto a esto último, las intervenciones desarrolladas no tienen un carácter preventivo y son eminentemente individuales: centradas en el consultante, sin incluir al sistema familiar (a menos que la situación crítica lo amerite), centradas en la modalidad individual, sin incluir el trabajo grupal, y centradas en el criterio y competencia de cada profesional, sin incluir ni existir un real trabajo interdisciplinario.

En definitiva, los profesionales abordan el duelo con escaso conocimiento y manejo, que les impide detectar y evaluar la complejidad de este fenómeno de estudio. Esto, a pesar de que en ellos se reconozca su buena intencionalidad y disposición a la hora de acoger al consultante. Quizás estas falencias se encuentren fuertemente relacionadas con la escasa preparación teórica y técnica que tienen de esta temática, asociado posiblemente a la formación profesional, desde la cual el duelo es escasamente estudiado; o bien, relacionado con un sistema de salud (mental) que aún privilegia una mirada

médica para comprender los fenómenos asociados a ella. En efecto, producto de uno u otro motivo, incluso ambos, lo resultante de esta falencia, es que lleva a estos profesionales a actuar desde lo que creen es adecuado, a partir de lo que su experiencia les dicta.

Ahora bien, si se realiza una descripción detallada y acotada, de manera de responder a los objetivos específicos de investigación, es posible apreciar lo siguiente:

En lo que respecta al primer objetivo, **conocer y describir el conocimiento teórico que tienen los profesionales respecto del duelo**, éste dio cuenta de un escaso conocimiento, en base a definiciones genéricas e imprecisas, desarrolladas en función de lo que el término les sugiere a nivel intuitivo y experiencial, y en la que no existe una mínima preparación y entrenamiento que complemente dicho saber. Ello obstaculiza reconocer la complejidad de los procesos psicológicos y psicosociales que involucra el duelo, y por ende, a no comprender el funcionamiento del mismo.

Lo riesgoso de esta situación, de acuerdo a Neimeyer (2006) es que se puede fácilmente prolongar aún más el proceso de duelo, dado el desconocimiento que se tiene de su comportamiento y funcionamiento. Es decir, se corre el riesgo de su cronificación, por no haber anticipado la

inadecuada evolución del mismo (Loitegui, 2008). De ahí que se considere que el abordaje profesional puede ser un factor importante en la evolución tanto de un duelo resuelto (“normal”) como no resuelto (complicado) (Dollenz, 2003; Landa y García, 2007; Servicio Andaluz de Salud, 2011).

Ahora bien, esta falta de preparación que se observa en los profesionales entrevistados, puede estar asociado a una Política Nacional de Salud Mental, que no evidencia preocupación por capacitar a los profesionales y técnicos de la salud, en temáticas de salud mental, menos aún, en duelo. En este sentido, “si bien diversos indicadores muestran que ha aumentado la capacidad de resolución de los profesionales y técnicos de la Atención Primaria, se reconoce que la capacitación en salud mental aún es deficiente” (Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, 2011, pp. 7).

Similar planteamiento refiere la World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (2006) (en adelante WHO-AIMS), que indica que las principales razones para el bajo reconocimiento y comprensión de las temáticas en salud mental en Chile, se debe a un entrenamiento inadecuado, presentación de los casos a través de síntomas somáticos, estigma y convicciones falsas sobre la naturaleza y tratamiento de los trastornos mentales.

Ello, según explica la WHO-AIMS (2006), es producto de la insuficiente formación en materia de salud mental y psiquiatría de los egresados de las universidades e institutos profesionales, sobre todo en relación con el modelo comunitario. De este modo, “Solamente el 2% de la malla curricular de los estudiantes de medicina está dedicada a salud mental, en comparación con 5% en Enfermería y 3% en los centros de formación de Técnicos Paramédicos” (pp.39).

Por su parte, los profesionales que trabajan en salud mental, tienen un bajo acceso a instancias de capacitación y éstas se orientan en forma mayoritaria al uso de medicamentos psicotrópicos y para profesionales médicos (36 a 38% en un año), en desmedro de instancias de formación en intervenciones psicosociales (WHO-AIMS, 2006).

Esto provoca, de acuerdo a la WHO-AIMS (2006), que los técnicos y profesionales que se incorporan al sector público de salud, deban adquirir las habilidades necesarias (esencialmente de intervención psicosocial) sobre la marcha del trabajo y no cuenten con la capacidad de respuesta necesaria para satisfacer las necesidades de los usuarios.

En este sentido, Minoletti y Zaccaría (2005) señalan, “una de las debilidades principales del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es no haber previsto la creación de una estructura dedicada al desarrollo de recursos humanos que contemple tanto la formación profesional especializada como la oferta de incentivos por trabajar con el nuevo modelo de atención” (pp. 357).

Por lo tanto, de acuerdo a estos antecedentes y más allá de la responsabilidad particular que cada profesional pueda tener al no poseer conocimientos más profundos en este tipo de temáticas, existe una fuerte responsabilidad desde el sistema de salud en no invertir los recursos suficientes para generar espacios de capacitación o entrenamientos en esta área (salud mental), y en no exigir a las universidades e institutos profesionales incorporar temáticas de salud mental en sus mallas curriculares; situación, que en definitiva, termina por agudizar aún más un servicio reconocido como altamente inequitativo y de baja calidad, a pesar de los (pocos) avances logrados.

Por otra parte, dentro de este primer objetivo aparece otro hallazgo bien significativo y que refiere a la concepción de duelo (y la muerte) que presentan los profesionales, que lo circunscribe a una realidad crítica, negativa, una pérdida dolorosa, que desencadenaría una situación de crisis en el consultante, cuya elaboración transitaría por un arduo proceso de aceptación de la pérdida y del dolor que ésta conlleva.

De este modo, asumen de antemano, al duelo como un proceso crítico, y, por ende, que no puede dar lugar a un crecimiento o fortalecimiento personal o colectivo.

Lo desfavorable de esta conceptualización, es que puede derivar en intervenciones profesionales en las que el foco sea fundamentalmente los aspectos negativos, que este evento pueda trasladar a la vida de la persona. Con ello, se puede propiciar la prolongación del sufrimiento, y, por ende, la demora en alcanzar grados de tranquilidad y bienestar mayor para el consultante. Desde este marco, el duelo se configura como un bloqueador de posibilidades, o bien, donde posiblemente se puedan ver reducidas las posibilidades de crecimiento de la persona.

No obstante, esta noción negativa de la muerte y del duelo no puede dejar de ser considerada lejos del contexto en el que se inserta. En este sentido, está estrechamente ligada a los supuestos fundamentales de la vida y de la muerte que la sociedad occidental, como la chilena, ha construido. Por lo tanto, dicha concepción es la expresión de un contexto social y cultural, que le da ese sentido, que naturaliza esta realidad y hace que sea vivenciada de esa única e incuestionable manera.

En este contexto, es preciso recordar que a partir de la sociedad moderna, la muerte comienza a ser vivenciada como un final, como la pérdida de algo, como la inexistencia del ser querido, generando dolor, miedo e incertidumbre, por lo que los rituales asociados a ella, se dan en un ambiente de gran explosión de afectos y emociones, ante lo intolerable que resulta la separación con el ser querido (Ariés, 2000). Por ende, el morir y la muerte pasan a ser sucesos dramáticos y dolorosos para quien muere y sus allegados, por lo que el sufrimiento difícilmente puede quedar fuera.

Ahora bien, lo favorable de considerar la muerte y el duelo, a partir de las características propias de las sociedades y de sus transformaciones, es que éstos pueden ser asumidos como realidades construidas social y culturalmente. Esta concepción resulta fundamental, pues si los significados asociados a la muerte y al duelo son construcciones sociales, entonces, pueden ser entendidos como fenómenos en creación, deconstrucción y transformación constante. Esta perspectiva, abre el espacio para reconsiderar y reconstruir la forma de mirar la muerte y el duelo, abre el espacio para nuevas formas posibles de abordarlos, de nombrarlos y conceptualizarlos, que lleven a ampliar el dominio vivencial de los mismos.



De acuerdo a lo anterior, el duelo puede dejar de ser un proceso dramático y de pérdida dolorosa, para configurarse como una oportunidad para el crecimiento significativo de la persona, ya que podría convertirse en una experiencia fortalecedora, que implique poner en marcha, o bien, potenciar sus recursos, que faciliten el restablecimiento a su cotidianidad, ello, a pesar del dolor que se vive (Tizón, 2004).

En este sentido, Guic y Salas [s. a], afirman:

La amplitud en la elaboración del duelo permite incluir el crecimiento. El mundo de la persona queda transformado por la pérdida. La reconstrucción de un nuevo mundo de significados que tenga sentido no necesariamente lleva a la “normalidad” previa a la pérdida, sino que da la oportunidad de llegar a un estado de mayor desarrollo personal. (Punto 3, párr 11)

Con esta concepción, además, se devuelve a las personas el control sobre los acontecimientos y la posibilidad de introducir cambios en dicha situación. Sin embargo, asumir esta perspectiva implica renunciar a la mirada crítica y negativa de este proceso, lo cual se podría realizar a través de espacios de problematización de la realidad del duelo, que permita colocar en tensión las certezas y resistencias de las actuales prácticas y saberes, es decir,

de la propia lectura del mundo, de los discursos y fundamentalmente de los efectos de las prácticas asociadas a este proceso.

Al mismo tiempo, lo anterior implica comprender el duelo como un proceso que trasciende a la persona, y, por lo tanto, su acercamiento profundo se enmarca en la perspectiva social y en las condiciones socioculturales que determinan la concepción de este proceso, que implique considerar al sujeto como ser social, y como tal, que ha adquirido una serie de hábitos y actitudes determinadas por su contexto.

Por otra parte, respecto al segundo objetivo de investigación, referente a conocer la **evaluación diagnóstica que utilizan los profesionales para determinar los distintos tipos de duelo y su evolución**, la evidencia encontrada sugiere que los profesionales no tienen clara la importancia de distinguir tempranamente el curso (esperado o complicado) que el proceso de duelo puede estar presentando. Debido a esto, no asumen una actitud alerta frente a él, que permita prevenir su complicación, en el caso que sea previsible; o reencauzarlo, si ello es posible.

Por lo tanto, no logran visualizar que la resolución de este proceso, se encontrará mediatizada por la interacción de múltiples determinantes, cada uno de los cuales va a pesar de manera diferente en cada caso particular (Carmona

y Bracho, 2008; Neimeyer, 2006; Pascual Blanco, s.a; Ripoll, 1997 citado en Carmona y Bracho, 2008; Worden, 1997). En este sentido, se estima que una de las mejores maneras para prevenir la aparición de una evolución desfavorable del duelo es el tener en cuenta las características y mecanismos implicados en este proceso (Latiegi, 1999). Junto a ello, desarrollar una evaluación oportuna y adecuada, que favorezca la implementación de estrategias de intervención apropiadas para el consultante.

Sin embargo, esto es justamente lo que no hacen los profesionales entrevistados, lo riesgoso de ello, por un lado, es favorecer la repetición y cronificación del sufrimiento y con ello el desequilibrio mental (Tizón, 2004), y por otro, actuar ya no sobre *un* evento sino sobre una sucesión de hechos ya consumados y consecuencias muy asentadas, casi irreversibles, por su complejidad, obstaculizando el éxito de los (pocos) recursos disponibles. A juicio de Dollenz (2003) este proceder es una práctica recurrente en el sistema de salud chileno, al respecto, afirma:

El sistema de atención nunca se ha ocupado del apoyo al duelo, ni del estudio de sus respuestas, menos aún de su prevención. Se actúa sobre hechos consumados e incluso en el caso de petición expresa de apoyo, el profesional está acostumbrado a diferir esa responsabilidad. (pp. 3)

De acuerdo a ello, ¿qué posibilidades reales existen de que los equipos de salud desarrollen estrategias de prevención en duelo, si desde el propio sistema de salud se lo invisibiliza? Importante podría resultar esta interrogante si se considera el alto impacto emocional y también financiero, que los trastornos mentales ocasiona a las millones de personas afectadas como a sus familiares y la sociedad en general (Minoletti y Zaccaria, 2005), situación que requiere necesariamente de una conducta activa por parte del Estado, sin embargo, aparentemente ello no está ocurriendo efectivamente.

Por otra parte, otro hallazgo evidenciado dentro del segundo objetivo de investigación, es que los profesionales no consiguen detectar la diferencia cualitativa entre duelo esperado y duelo complicado, más allá del estricto criterio cronológico, ni la distinción entre duelo complicado y depresión mayor, más allá de los síntomas externos que ambos cuadros presentan. De este modo, pareciera que el duelo fuese un estado con un rígido cause cronológico y de límites exactos, que no da espacio para una visualización dinámica de él.

A juicio de Tizón (2001), una posible consecuencia de este actuar, es que si sus quejas se abordan sólo desde la perspectiva del síntoma, tienden a cronificarse sin resolverse o mitigarse en la mayoría de los casos.

Esta práctica puede estar respondiendo a la visión biomédica, que aún parece persistir en el sistema de salud chileno, basada principalmente en síntomas cuantificables, supuestamente universales, de tal forma que la subjetividad del enfermo se diluye en la pretendida objetividad de signos y cuadros clínicos. Apartando con ello, los aspectos de carácter cualitativo o psicosociales, que pudieran estar implicados en el malestar del consultante (Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, 2011; Saffie, 2011).

Lo resultante de dicha situación es que “en la práctica se terminan reduciendo las intervenciones a un paradigma biologizante y falsamente colectivizante” (Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, 2011, pp.11), dificultando, con ello, la comprensión del padecer y la complejidad del mismo.

Una manera de superar dicha visión, podría ser considerar al duelo como un proceso en el que coexisten emociones, representaciones mentales, mandatos sociales, conductas, actitudes y reacciones (psicológicas, biológicas y sociales) diversas, que hacen de éste, un proceso dinámico, ágil, móvil y no el simple resultado de patrones estereotipados de origen biologicista y cuantitativo.

Al respecto, Rojas (2005) advierte que el duelo es un proceso en movimiento, que tiene cambios y múltiples posibilidades en su expresión, donde los límites rígidos y estáticos no tienen lugar (citado en Gutiérrez, 2009). Por lo tanto, no se trata de un proceso lineal, puede reaparecer y se tendrá que volver a trabajar (Worden, 1997). Todo dependerá de cómo se esté vivenciando la situación de duelo y de cómo estén actuando los factores que lo condicionan (Pascual Blanco, s.a; Servicio Andaluz de Salud, 2011).

Finalmente, respecto al tercer objetivo de investigación, correspondiente a las **estrategias que utilizan los profesionales para abordar los distintos tipos de duelo**, la evidencia obtenida sugiere en primer lugar, que éstas se caracterizan por ser eminentemente individual, es decir, estar enfocadas solo a la persona en duelo, sin incluir simultáneamente a otros. “Otros” pueden ser los familiares, que solo se incluyen cuando la situación del consultante lo exige. O pueden ser “otros” que estén pasando por similar situación.

En este sentido, dentro de sus estrategias de intervención no está la modalidad grupal, que permita reforzar o desarrollar la red de apoyo social, tal como lo señala la actual política de salud al respecto, desde la cual, la comunidad adquiere la categoría de facilitador y promotor del bienestar biopsicosocial de la persona.

Con ello, se pierde un buen recurso, que apunta a lo colectivo, a fortalecer el crecimiento, el descubrimiento de los recursos internos, proporcionando empatía y apoyo para crear un espacio de confianza a fin de explorar los problemas.

Al respecto, varios son los autores, entre ellos González (1999), que plantean que en los procesos grupales las personas están en constante interrelación con otras, por lo que tienen la posibilidad de crear una red de apoyo social que, desde el punto de vista terapéutico, constituye una fortaleza para el proceso de cambio. Además de practicar nuevas habilidades dentro del grupo y sus interacciones diarias fuera del mismo. En este sentido, ofrecen una retroalimentación constante que amplía la variedad de las respuestas de las personas (citado en Gutiérrez, 2009).

Junto a lo anterior, el trabajo grupal facilitaría afrontar el desafío de elaborar nuevas estrategias de atención, que permitan ampliar la oferta de servicios en diversidad y cantidad; siendo el trabajo grupal una alternativa que facilita trabajar con varias personas a la vez y que permite ventajas en el aprendizaje. Estas cualidades son reconocidas por los profesionales, pero a pesar de ello, no es una modalidad que puedan implementar (por lo escaso del tiempo y de la preparación), lamentablemente.

En efecto, ni la familia ni lo grupal forman parte de las estrategias para abordar el duelo, situación coincidente, o bien, un reflejo de la actual Política de Salud Mental que existe, donde, a juicio del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (2011), “ni la familia ni otros grupos de la red social aparecen como parte integral de la atención brindada, quedando ausente la posibilidad de generar redes familiares o algún tipo de colectivización de los recursos (comunitarios) en beneficio de la salud mental” (pp. 16).

En este contexto, Desviat (2008) concluye que si bien desde hace algunos años, se inició un proceso de reforma en salud mental, desde la cual se pasaba del sujeto enfermo a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios y del médico psiquiatra al equipo interdisciplinario, aún sigue prevaleciendo un modelo centrado en el sujeto individual.

Por su parte, “lo individual” que caracteriza el abordaje del duelo de los profesionales entrevistados, no solo no incluye al grupo familiar o a la modalidad de trabajo grupal, sino que tampoco se aborda en conjunto con otros profesionales del equipo. De este modo, se evidencia que este proceso se asume a partir de la perspectiva y criterio particular de cada profesional, incluso desconocen la labor que los compañeros de equipo realizan frente a esta situación; por lo que no existe una visión conjunta e integrada para abordarlo.



Es así que se observan importantes carencias a nivel interdisciplinario que no hacen más que complejizar la instrumentación de un abordaje integral del duelo.

En este contexto, el trabajador social centra su labor en evaluar el contexto familiar del consultante, solo cuando la situación lo amerita; mientras que los médicos se encargan de descartar cuadros somáticos y de entregar tratamiento farmacológico cuando la situación así lo requiere. A su vez, ambos profesionales en el duelo en general, pero por sobre todo, en lo que respecta al duelo complicado, derivan y solicitan apoyo al psicólogo, por considerar que no poseen las competencias específicas para enfrentar este tipo de situaciones, por no ser propias de su ámbito profesional. Es por eso, que estiman que el psicólogo es el encargado “natural”, por su formación, de asumir la labor terapéutica que este tipo de casos exige. De ahí, que los psicólogos asuman dicho rol, desarrollando una estrategia de intervención centrada en lo psicoterapéutico y teniendo algún grado de coordinación con los otros miembros del equipo, solo cuando lo consideran necesario.

De este modo, lo interdisciplinario queda circunscrito a la cooperación informal o a la derivación al profesional respectivo; y no hacia la búsqueda de objetivos y estrategias comunes, como de un ideal de unificación, que rompa la visión fragmentada de intervención.

Al funcionar de esta manera, el quehacer profesional de cada cual, queda bastante delimitado y limitado, lo que produce un actuar aislado y fraccionado, que se construye a partir de estrategias o competencias “propias” del quehacer profesional. En este sentido, García, R (1990) considera que un trabajo es interdisciplinario cuando hay una definición común del problema a tratar. Sin una reflexión que lleve a la formulación conjunta de la problemática, el resultado final es solo la suma de respuestas disciplinarias a problemas distintos.

Por lo tanto, más que un actuar interdisciplinario, lo que se produce es una sumatoria de disciplinas, que Torres (1998) denomina multidisciplinariedad, que consiste en buscar información en varias disciplinas sin que dicha interacción contribuya a modificarlas o enriquecerlas, y que según el autor, se caracteriza por un nivel inferior de cooperación profesional. De modo que no apunta a una integración de las mismas, que las obligue a tener que cruzar sus fronteras y a crear nuevos conocimientos o nuevas formas de lograr un objetivo común de intervención, que sería el caso del trabajo interdisciplinario y transdisciplinar.

En este contexto, ¿A qué puede estar respondiendo esta falencia?

Una posibilidad puede ser el reflejo de una Política de Salud Mental que habla de un trabajo intersectorial e interdisciplinario pero que, a juicio del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (2011), señala ámbitos por separado, lo que muchas veces se traduce en que se trabajen en “sectores” y equipos separados.

De este modo, “Al leer cada uno de estos ámbitos, se puede observar de hecho lo complejo que resulta la intersectorialidad si la propia política define ámbitos y no dimensiones que involucren, por ejemplo, más de un ámbito (Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, 2011, pp.14). Por lo tanto, si la propia política presenta una ambigüedad al respecto, qué queda para el trabajo interdisciplinar. Al respecto, el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (2011), refiere:

Se reiteran problemas vinculares interinstitucionales derivados de la necesidad de hacer uso de prácticas informales, como por ejemplo, la derivación asistida basada en acuerdo de voluntades o confianza entre equipos, o peor aún, la sobre intervención sobre determinados grupos objetivos basadas en la exigencia de metas a los equipos. Para el caso de prestadores, o equipos de salud, dicho asunto conlleva prácticas de superposición de roles o desconocimiento práctico del tipo de intervención. (pp. 14) Justamente lo que se evidencia en los profesionales entrevistados.

Al mismo tiempo, otra razón que pudiera explicar un abordaje no interdisciplinario del duelo, puede estar relacionada con una característica central de la formación universitaria: La disciplinariedad, es decir, “la conversión de las ciencia en ciencias y su organización en diversas disciplinas” (Tamariz y Espinoza, 2006, párr 42), que produjo la fragmentación del conocimiento científico, y por ende, de la formación profesional. De acuerdo a Espinoza (2003), en dicho proceso, tiene una influencia decisiva la implementación de los modelos napoleónicos y humboldtianos, en la gran mayoría de las universidades del mundo. Situación que se vio acompañada de la creciente especialización del saber, debido posiblemente al paradigma de trabajo de la ciencia moderna y la progresiva división del trabajo.

A juicio de Espinoza (2003), todos estos acontecimientos facilitaron la organización de la enseñanza en áreas de estudio particulares que certifican, mediante diplomas, la formación de los estudiantes en parcelas de conocimiento, cada vez más específicas, más independientes y más diferenciadas; lo que ha conducido a una visión cada vez más estrecha y fragmentada de la formación, del conocimiento y de la realidad, o la tendencia a interpretarla desde ámbitos particulares. Por su parte, ello ha redundado en asignar conocimientos específicos, a cada disciplina, y por ende, a cada profesional, fraccionando con ello, no solo el saber sino también al propio sujeto de estudio.

Lo expuesto podría estar explicando por qué para los entrevistados, “lo familiar” es visualizado como competencia “propia” del trabajador social, “lo biomédico” atribuido a los doctores, mientras que “lo psicológico” considerado como un área “propia” del psicólogo. En este contexto, el duelo la más de las veces es derivado al psicólogo, por considerar que es de “su” competencia, debido a “su” formación profesional, por lo que dicho proceso no se aborda por los otros profesionales del equipo. Sin embargo, ello puede facilitar que estos otros profesionales no lo visualicen como una temática “propia” de su formación y preparación profesional, por lo que no manifiesten mayor interés por manejar y enfrentar esta temática; situación que se empeora si se considera que en los psicólogos entrevistados tampoco se evidencia un conocimiento mayor respecto a sus compañeros de equipo.

De acuerdo a lo anterior, en la medida que en los equipos de salud persistan imágenes estigmatizadas de las demás disciplinas o profesiones, sumado a una Política de Salud Mental ambigua, que más bien insta a implementar un trabajo separado entre sectores y entre equipos de salud, el trabajo interdisciplinario seguirá siendo las más de las veces, una declaración de buenas intenciones que de posibilidades reales.

Por otra parte, y para terminar, dentro de las estrategias desarrolladas por los profesionales para abordar el duelo, emerge como hallazgo de gran relevancia el hecho que no se cuestionen las intervenciones que realizan, en el sentido de evaluar si esta intervención es necesaria y oportuna de llevar a cabo.

Si bien en estos profesionales se reconocen buenas intenciones al recibir a la persona en duelo, que los lleva a intervenir con el fin de contener, facilitar la expresión de sentimientos y de lo ocurrido; asumen de antemano que deben necesariamente intervenir, desconociendo que muchas veces este tipo de actuar puede resultar contraproducente o innecesario, si no se evalúa previamente su pertinencia y finalidad. Al respecto, los distintos autores que han estudiado el duelo (Echeburúa y Herrán, 2007; García, 2011; Landa y García, 2007; Niemeyer, 2006; Tizón, 2004; Worden, 1997) insisten en lo prioritario que resulta tener pleno conocimiento de que no todo duelo necesita de ayuda profesional formal, incluso intervenciones tempranas interfieren en el proceso natural del mismo, por lo que no son aconsejables.

Por lo tanto, de acuerdo a lo planteado, el profesional de Atención Primaria no debe intervenir tempranamente un proceso de duelo, ni recomendar necesariamente que la persona en duelo consulte con un psicólogo o psiquiatra (Echeburúa y Herrán, 2007; García, 2011; Landa y García, 2007; Neimeyer, 2006; Tizón, 2004; Worden, 1997), salvo en el caso que se observen

reacciones claramente divergentes con el proceso normal, también cuando el consultante pide ayuda expresa para su proceso o cuando el profesional detecta la existencia de varios predictores de riesgo asociados.

En este contexto, si bien lo que estos profesionales hacen al momento de intervenir está dentro de lo señalado en la bibliografía revisada, dichas intervenciones podría resultar inadecuadas si no se ha evaluado cuándo y cómo deben ser llevadas a cabo, o bien, si no han sido demandadas por el consultante. No detectar este punto central, podría traer como consecuencia intervenir procesos que presentan un curso esperado, corriendo el riesgo probable de “desnaturalizar”, patologizar o etiquetar dicho proceso, con el consecuente efecto de condicionar el actuar del consultante. O bien, no intervenir cuando sí tendrían que hacerlo. Sea de una u otra manera, esta situación puede propiciar intervenciones (psicoterapéutica y farmacológica) apresuradas, innecesarias o inoportunas, que por lo demás atentan contra la racionalidad de los (escasos) recursos disponibles.

De ahí que Tizón (2006), advierta lo importante de saber “cómo debemos ayudar en cada caso y momento; cuándo debemos acompañar y sólo acompañar (en la mayoría de los casos); cuándo los profesionales deben asesorar (facilitar cambios) y cuándo intervenir, es decir, introducir acciones técnicas especializadas” (pp.59).

Al mismo tiempo, relevante es que orienten su intervención de acuerdo a las necesidades y características propias del consultante y de su medio familiar, social, cultural, religioso, étnico y económico.

En síntesis, de acuerdo a la evidencia obtenida, es posible concluir que los profesionales del equipo de Salud Mental de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Maipú, se enfrentan al duelo con un conocimiento escaso e intuitivo, basado solo en lo que la experiencia les dicta, sin complementar este saber con la preparación y entrenamiento técnico y teórico que este asunto implica. En efecto, los profesionales intentan responder desde un conocimiento intuitivo, sin embargo, este saber resulta insuficiente para comprender la complejidad que esta temática requiere y necesita; lo que explicaría la imprecisión conceptual y los vacíos evidentes que se evidencia en dichos profesionales.

Lo anterior, ha redundado en desconocer los procesos psicológicos y psicosociales (reacciones, etapas, procesos, entre otros) que se encuentran involucrados en el duelo. Así como en no poder distinguir los distintos tipos de duelo existentes, sobre todo, los de curso complicado; y en no poder diferenciar entre duelo complicado y depresión mayor. En este sentido, solo logran identificar dos tipos de duelo, el duelo "normal" y el duelo "patológico", pero de manera bastante general, donde el criterio temporal y los síntomas externos,



definen el curso de cada cual y en el que las características cualitativas y dinámicas de estos procesos no tienen cabida.

Al mismo tiempo, esta falta de conocimiento ha afectado la importancia de valorar los múltiples factores que determinan la evolución del duelo, y por tanto, en detectar en forma temprana el curso del mismo. Con ello, se corre el riesgo de favorecer la cronificación del sufrimiento en el consultante y de actuar ya no sobre un evento sino sobre una sucesión de hechos ya consumados, muy arraigados, que atenta contra el adecuado equilibrio mental y emocional de la persona, lo que hace más compleja la intervención.

Finalmente, en lo que respecta a las estrategias desarrolladas para abordar el duelo, se evidencia la implementación de intervenciones meramente individuales, en las que no se incluye al grupo familiar (solo en casos estrictamente necesario), tampoco la modalidad grupal como una forma de incluir la red social de apoyo (a los otros), desperdiciando un recurso que podría favorecer procesos de cambio y de retroalimentación, que permita ampliar el repertorio conductual de los consultantes. Ni incluyen la participación de los otros profesionales del equipo, destacándose un abordaje de acuerdo al criterio personal y a las competencias “propias” de cada disciplina; afectando con ello, el trabajo integrado que solo lo interdisciplinario es capaz de lograr.

Al mismo tiempo, estos profesionales asumen de antemano la obligatoriedad de desarrollar estrategias de intervención en los procesos de duelo, sin saber que dicha actuación puede resultar inadecuada, inoportuna o insuficiente, si no se ha evaluado previamente su pertinencia y finalidad.

Sin embargo, el abordaje del duelo que se evidencia en los sujetos de investigación no puede dejar de analizarse de manera aislada al contexto (más general) en que se desarrolla y en el cual adquiere sentido y comprensión. En este sentido, este actuar podría constituirse en el reflejo de una Política de Salud Mental ambigua, contradictoria, que carece de dirección o de un hilo conductor claro en sus propuestas (Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, 2011). Y, si bien ha presentado aciertos, persisten aún obstáculos difíciles de enfrentar, como por ejemplo, el presupuesto destinado a salud mental, que está muy por debajo del 5% del presupuesto total, la insuficiente capacitación en salud mental otorgada a los profesionales y técnicos de la atención primaria, que por lo demás, de acuerdo a la WHO-AIMS (2006), no solo es en términos cuantitativos (pocas horas dedicadas a salud mental en las mallas curriculares y pocos profesionales formados en salud mental), sino también en términos cualitativos, con insuficiente desarrollo teórico y práctico en el modelo comunitario propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en la mayoría de los centros universitarios.

A esto se suman las deficientes condiciones laborales de los equipos de salud del área de salud mental, acompañado de una falta de consideración de los aspectos culturales en dicha política y de una carente caracterización que el enfoque biopsicosocial necesita (Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, 2011). Respecto a esto último, a juicio del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (2011) “este enfoque se presenta la más de las veces como una declaración de principios, ya que en la práctica, se terminan reduciendo las intervenciones a lo meramente biologicista y falsamente colectivizante, lo que evidencia lo difícil que ha resultado introducir el enfoque biopsicosocial en áreas en las que el paradigma biomédico ha permanecido intocado” (pp. 11/12)

Esta situación devela, a su vez, como el área de la salud mental es una de las más postergadas en Chile. Al respecto, el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (2011), indica que la actual Estrategia Nacional de Salud Mental “descuida el estudio y la consideración de la situación chilena actual con respecto de las prácticas, las instituciones y de los actores en el campo de la salud mental” (pp.6). A juicio de este Departamento, lo anterior se debe al hecho de que la salud mental no está en el mismo nivel de relevancia que la salud física.

Muestra de aquello, es que del actual presupuesto que el Estado chileno destina a la salud, solo el 2,14% es destinado a la salud mental. Si a esto se suma las paupérrimas condiciones laborales de los funcionarios de esta área, la situación se complejiza aún más.

En este contexto, el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (2011) plantea lo necesario que resulta equiparar salud física a salud mental, pues esto implicaría, aumentar significativamente la destinación de recursos y un pronunciamiento respecto de las condiciones de trabajo de los profesionales de esta área (mayor tiempo, mayores sueldos, más profesionales, entre otras), que redunde en mejoras sustanciales en la cobertura y calidad de atención. Sin embargo, a juicio de dicho Departamento, sostener la salud mental a la misma altura que la salud física no pasa de ser una buena intención.

En este estado de cosas, el nivel de conocimiento teórico y de manejo técnico en duelo, que los equipos de salud puedan llegar a desarrollar, queda sometido al interés particular de cada profesional por profundizar en esta temática, o bien, al grado de preparación “personal” que posea para abordarlo. Por lo tanto, el abordaje del duelo queda supeditado a lo “particular” y no a una estrategia (global) que desde el sistema de salud se intente impulsar.

Lo desfavorable de esta situación, a juicio de Tizón (2001), podría ser:

Si el profesional no dispone de una adecuada preparación ni un tiempo mínimo para realizar su trabajo, y, el paciente de un tiempo mínimo para que le escuchen, es difícil apreciar la realidad de esta problemática y, de buen seguro, se desestima su importancia. (pp.96)

Desde este escenario, por lo tanto, la apreciación de la prevalencia e importancia de los malestares mentales, entre ellos el duelo, dependerá de la capacidad o sensibilidad del profesional para reconocerlos de forma precoz, sin embargo, si este profesional no conoce de ellos, o bien, no está alerta de los condicionantes psicosociales del motivo de consulta, pueden pasar desapercibidos (Tizón, 2001).

En virtud de lo expuesto, a la luz de los resultados obtenidos, se estima necesario entregar algunos aspectos que podrían considerarse al momento de instrumentar estrategias en torno al duelo, como los que a continuación se destacan:

Para generar estrategias serias, responsables y sustentables en el área de la salud mental en general, y en el duelo en particular, que vayan más allá de las buenas intenciones, se requiere una actitud activa por parte del Estado y del mundo académico, que promueva la formación interdisciplinaria para afrontar un mundo bio-psico-social cada vez más dinámico y multidimensional, donde el conocimiento y la práctica se construye día a día. Ello, además acompañado de una Política de Salud Mental clara y precisa. Entre otras cosas, esto implicaría invertir en capacitación y entrenamiento de los recursos humanos y mejorar las condiciones laborales de los profesionales y técnicos que en esta área se desempeñan.

Por otro lado, a nivel más concreto y en lo que a duelo se refiere, importante resultaría para los equipos de salud, desarrollar procesos de capacitación en duelo, que faciliten el entrenamiento de destrezas y actualización de conocimientos en dicho proceso. Como bien se pudo dar cuenta, el duelo requiere de entrenamiento y conocimientos específicos, debido a los altos riesgos que conlleva la falta de preparación para abordarlo.

En este contexto, estos espacios de capacitación pueden permitir a los profesionales de la salud, obtener mayor conocimiento respecto a los procesos psicológicos y psicosociales que incluye el duelo. Y que facilite en ellos, reconocer claramente las características y aspectos cualitativos de los distintos

tipos de duelo (duelo esperado y tipos de duelo complicados), más allá del criterio temporal; junto con diferenciar entre duelo complicado y depresión mayor, más allá de los síntomas externos, para evitar de ese modo, el posible sobre diagnóstico de este último cuadro.

Al mismo tiempo, que logren detectar la importancia de evaluar tempranamente el curso del duelo, para de ese modo, prevenir la aparición de una evolución desfavorable del mismo. Esto fundamentalmente, por medio de conocer lo determinante que resultan los factores que condicionan la respuesta del duelo, para actuar de forma alerta frente a ellos. Junto a esto, que puedan darse cuenta de que no siempre deben intervenir, por ende, de evaluar cuándo y cómo es necesario y oportuno hacerlo. Y, en caso que si lo sea, evaluar el tipo de estrategia a desarrollar, en función del curso del duelo y de las características sociales, culturales, religiosas, entre otras, del consultante.

Ahora bien, estos espacios de capacitación no solo pueden implementarse a nivel de la Atención Primaria de Salud (Secundaria o Terciaria), sino que muy oportuno y necesario sería introducirlos también en las mallas curriculares, durante la formación profesional, sobre todo de aquellas disciplinas con alta probabilidad de trabajar con este tipo de temáticas.

Con ello, no solo se insta a que estos profesionales aborden adecuadamente este fenómeno, sino también, a potenciar el trabajo interdisciplinario, al que tanto se apela pero que poco se aplica.

Junto a lo anterior, se quiere apelar al desarrollo de espacios de problematización, que favorezcan cuestionar las certezas, saberes y prácticas en torno a la concepción del duelo, que facilite una visión más amplia, que lo visualice como una experiencia de crecimiento personal y colectivo, donde el consultante participe activamente, identificando sus recursos y potencialidades; y no necesariamente como un proceso negativo, de arduo esfuerzo y dolor. Ello, podría significar superar el condicionamiento social que los mantienen sujetos a la noción negativa de dichos procesos.

En este sentido, importante es no dejar de obviar en el duelo (así como en otras manifestaciones) lo que se define como “normalidad” y “anormalidad” (patológico), pues eso también determina el acercamiento a este fenómeno. Nociones que, a su vez, también están determinadas por el contexto social, cultural, político en el que se encuentran insertas.



Al mismo tiempo, lo anterior implicaría comprender el duelo como un constructo social y cultural, que trasciende a la persona, y, por lo tanto, su acercamiento debe enmarcarse en la comprensión de los condicionamientos socioculturales que determinan la visión de la muerte, del duelo y la vivencia de los mismos. Con ello, no se debe olvidar entonces, que las manifestaciones del duelo no son universales y generalizadas, sino que vienen mediadas por la cultura. De este modo, “es en el saber del hombre en su contexto, en su estar en el mundo, en su anclaje histórico, social, biológico, psicológico, donde cobran sentido los síntomas, donde se construye la psicopatología” (Desviat, 2008, pp49).

Por otra parte, se quiere apelar a la importancia de comprender lo que significa el real trabajo interdisciplinario, el cual no viene dado, como se pudo visualizar, por la sumatoria de disciplinas, sino fundamentalmente por el trabajo conjunto del equipo, que implica un dialogo crítico de las diferentes miradas respecto de la realidad que enfrentan, donde se produce un intercambio, un acuerdo, una síntesis, que unifique una forma clara de intervención donde no solo se rescate los saberes académicos de cada área, sino se liberen las habilidades personales, muchas veces limitadas por “la parcela” de conocimiento de la formación profesional.

Además, de acuerdo a lo señalado por De Lellis (2006), se piensa que los encuentros entre colegas, podrían facilitar aspectos protectores saludables entre ellos, por ejemplo, la contención y apoyo entre pares, que podría fortalecer las destrezas intra-grupales y con ello, minimizar el efecto desgastante que implica este tipo de trabajo.

Finalmente, para reforzar las sugerencias anteriores, se vuelve prioritario invertir en investigación y desarrollo de conocimiento en salud mental en general, y duelo en particular, para lo cual, es fundamental el rol de las universidades, fondos estatales y privados, colegios profesionales, entre otros, como un modo de profundizar y aportar herramientas, saberes, protocolos de actuación, instrumentos, etc., que sirvan de referente al quehacer de los profesionales y técnicos que en esta área de la salud trabajan.

## **8.2 Limitaciones y futuras propuestas de investigación**

Todo proceso investigativo lleva implícito fortalezas y dificultades, por lo que a continuación se expone una síntesis de los principales aciertos y desaciertos del presente estudio, información y ejercicio útil de realizar no sólo porque permite detenerse y reflexionar sobre lo realizado, sino también porque puede contribuir a la experiencia de otros trabajos similares.

La principal limitación se encuentra estrechamente ligada con el acceso a la muestra, en el sentido, del poco tiempo que estos profesionales disponían para dedicar a la realización de las entrevistas. De este modo, solo se pudo realizar una entrevista por cada profesional, lo que se piensa, pudo haber atentado contra el estudio en profundidad de algunos temas que estaban en la pauta de entrevista, los cuales no pudieron enriquecerse mayormente, dado que no se pudo concretar otra sesión de entrevista. En este contexto, originalmente estaba previsto un cuarto objetivo de investigación, que era discutir las diferencias y similitudes del conocimiento general del duelo de cada uno de estos profesionales. Sin embargo, este objetivo no se pudo llevar a cabo completamente, dado que faltó una segunda entrevista para indagar en él.

En este sentido, solo se pudo dar cuenta del escaso conocimiento teórico y manejo técnico que todos estos profesionales presentan para abordar el duelo, y en el por qué esto se produce, sin ahondar en las similitudes y diferencias existentes.

En efecto, la presencia de esta principal limitación condicionó en parte la profundidad con la cual se abordaron algunas temáticas seleccionadas en torno al duelo. No obstante, y a pesar de ello, el enfoque de investigación utilizado permitió comprender en profundidad la realidad del duelo, a partir de la perspectiva sociocultural, que facilita trascender lo particular, para comprender

la multidimensionalidad de los fenómenos sociales y dar un mayor contexto a las percepciones individuales. En este sentido, no se está señalando que las experiencias de los participantes de este estudio no sean de importancia, sino que dicha subjetividad adquiere sentido en el encuentro con el contexto social, cultural, político y económico en el que se desarrollan.

Por otra parte, y considerando el escaso desarrollo teórico y empírico que existe respecto del duelo, que al mismo tiempo, ha redundado en no contar con información sistematizada respecto de las acciones, estrategias, protocolos y tratamientos desarrollados frente a estos procesos, se considera que la presente investigación podría llegar a ser un antecedente que promueva la realización de futuros estudios o proyectos en relación al duelo, que a continuación se detallan, y que fueron surgiendo en el camino investigativo, cuyo abordaje podría entregar información de mucha utilidad, que enriquezca justamente el marco de comprensión de este fenómeno social.

Uno de las posibles proyecciones de este estudio sería realizar una investigación respecto a cómo se está entendiendo el trabajo interdisciplinario. Y junto a ello, poder caracterizar las barreras que complejizan dicho trabajo, desde la perspectiva de los diferentes actores sociales implicados en el abordaje del duelo. Esto, porque a partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se pudo vislumbrar cierta confusión o incluso

desconocimiento de lo que realmente significa el trabajo interdisciplinar. En este sentido, pareciera que este tipo de labor fuese solamente sumar disciplinas y no generar un espacio real, que permita conjugar habilidades y miradas sobre los fenómenos sociales, generando nuevos saberes, sobre la base de la reflexión del conocimiento y de las prácticas, que permita realmente abordar el duelo desde una manera integrada e interdisciplinaria. Siendo así, se puede decir que pertenecer a un equipo multidisciplinario es condición necesaria, pero no suficiente, para trabajar en forma interdisciplinaria.

Por otra parte, y quizás relacionado con lo anterior, otra línea de investigación futura, que puede resultar interesante de realizar es indagar en los estatus de poder de cada disciplina (Psicología, Medicina y Trabajo Social) dentro de los Centros de Salud Familiar. En el presente estudio, se pudo entrever (sin profundizar en ello) ciertas relaciones entre profesionales, marcadas por una asimetría de poder, expresada en una suerte de capacidad de “experto” que tendría tanto el médico como el psicólogo para abordar el duelo, en desmedro de las capacidades del trabajador social. De hecho, se observa mayor coordinación entre médico y psicólogo, que entre ellos y el trabajador social. Más allá que el tratamiento ante el duelo sea muchas veces la conjunción de lo farmacológico con lo psicoterapéutico, se observa ciertas imágenes estigmatizadas del quehacer profesional, donde algunos serían quienes poseerían el saber de mayor estatus, y otros, un saber menos científico

y más práctico. Resultaría interesante indagar en estas relaciones, dado que esta podría estar atentando contra el trabajo interdisciplinario, donde dichas relaciones asimétricas no tienen cabida, porque que supone respeto y compromiso por el trabajo mutuo y por la organización articulada del mismo.

Finalmente, se considera oportuno investigar otra temática que emergió del presente estudio y que dice relación con cierta tensión o desfase entre el modelo de salud tradicional y el actual enfoque de salud familiar y comunitario. En este sentido, es posible señalar que si el análisis se situará a nivel del discurso manifiesto de los profesionales entrevistados, aparece gran conocimiento del modelo de salud familiar, particularmente del enfoque biopsicosocial y de la atención integral al usuario. Sin embargo, cuando este análisis se enfoca a la forma en cómo analizan la realidad del duelo y cómo aplican su práctica en ella, es posible observar un desfase respecto a dicho modelo, debido a que sus intervenciones aún se encuentran orientadas a una concepción biomédica de la salud, que los lleva a centrarse en los síntomas, y, a actuar esencialmente a nivel individual.

Esta situación, lleva a la necesidad de investigar, y por ende, problematizar si la situación ambigua que parece estar entretejiéndose entre la teoría y la praxis, podría ser la antesala de una suerte de tensión entre el modelo tradicional de salud y el actual enfoque de salud familiar y biopsicosocial. Ello, cobra aún más sentido, si se toman en cuenta los informes de evaluación realizados por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (2011) y la WHO-AIMS (2006), respecto a la actual Estrategia Nacional de Salud Mental de Chile, de los cuales se dio cuenta en los párrafos anteriores.

En este sentido, relevante resultaría profundizar si este abordaje del duelo se está o no replicando en otros cuadros de salud mental, para determinar si este abordaje es particular del duelo o una estrategia más generalizada, aplicable a todas las situaciones. Junto a ello, interesante podría ser indagar cómo están abordando otros Centros de Salud Familiar la temática del duelo, para establecer si los hallazgos obtenidos en la presente investigación son propios de los CESFAM de la comuna de Maipú o es una estrategia utilizada también por otros centros y profesionales.

Se considera que las proyecciones del presente estudio, recién expuestas, abren la posibilidad de consolidar y potenciar el (útil) desarrollo de un marco conceptual más amplio respecto del duelo, que otorgue un sustento teórico y metodológico a los profesionales que en esta área se desempeñan. Y que además instalen el necesario espacio que esta realidad tendría que ocupar en el ámbito social en general, y a nivel de la ciencia en particular.



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-. ANDERSON, H. y GOOLISHIAN, H. 1988. Sistemas humanos como sistemas lingüísticos. Implicaciones para la Teoría Clínica y la Terapia Familiar. *Psicoterapia*. Vol.2 (6-7): 41-72.
- 2-. ARIÉS, P. 2000. Morir en Occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días. Buenos Aires, Adriana Hidalgo Editora. Traducción Víctor Goldstein.
- 3-. ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. 1994. 3° ed. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington DC, Autor.
- 4-. ATLAS COMUNAL MAIPÚ 2012 [en línea] <<http://www.municipalidadmaipu.cl/wp-content/uploads/2012/10/04-capitulo3-Atlas-Comunal-Maipu-2012.pdf>> [consulta: 20 julio 2013].
- 5-. BACCI, P. 2010. La muerte y el duelo en la hipermodernidad [en línea] *Querencia*. Julio (13). <[http://www.querencia.psico.edu.uy/revista\\_nro13/pilar\\_bacci.htm](http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro13/pilar_bacci.htm)> [consulta: 5 enero 2013].

- 6-. BOLSEGUI, M. 2006. Construyendo un modelo conceptual a través de la investigación cualitativa [en línea] *Universitaria de Investigación Sapiens*. Vol.7 (2): 207-230. < <http://www.redaleye.vacmex.mx/pdt/410/41070/4.pdt>> [consulta: 22 enero 2013].
- 7-. BOWLBY, J. 1980. El Apego y la Pérdida: La pérdida. Barcelona, Paidós.
- 8-. BRIONES, G. 1999. Filosofía y teorías de las Ciencias Sociales. Chile, Dolmen.
- 9-. BUERO, A. 2008. Pequeño ensayo sobre la muerte [en línea]. *Argentina de cardiología*. Vol. 76. (5): 388-391 < <http://www.sac.org.ar/web/es/revista-argentina-de-cardiologia/autor:buero/anteriores/ultimos/>> [consulta: 26 enero 2013].
- 10-. CARMONA, Z. y BRACHO, C. 2008. La muerte, el duelo y el equipo de salud [en línea] *Salud Pública* 2 (2): 14-23 <[http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/art2\\_carmona.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/art2_carmona.pdf)> [consulta: 5 enero 2013].

- 11-. CASTILLO, E. y VÁSQUEZ, M. 2003. El rigor metodológico en la investigación cualitativa [en línea]. *Colombia Médica* Vol. 34 (3): 164-167 <<http://www.bioline.org.br/pdf?rc03025>> [consulta: 22 enero 2013].
- 12-. CAYCEDO, M. 2007. La muerte en la cultura occidental: Antropología de la muerte [en línea] *Colombiana de Psiquiatría*. Abril-Junio. Vol. 36 (2): 332-339 <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S00344502007000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S00344502007000200012&script=sci_arttext)> [consulta: 5 enero 2013].
- 13-. CORTÉS, A. y TOLEDO, S. 2005. Descripción de la percepción de los Adultos Mayores respecto de sus necesidades que presentan en el ámbito de subsistencia y afecto, en su entorno familiar. Tesis para optar al Título de Asistente Social. Santiago, Universidad Central de Chile. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. 193p.
- 14-. DELGADO, J. y GUTIÉRREZ, J. 1994. Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid, Síntesis.

15-. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES. UNIVERSIDAD DE CHILE. 2011. Análisis del documento: “Estrategia Nacional de Salud Mental: Un salto adelante” del Ministerio de Salud de Chile [en línea] <[http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/analisis\\_estrategia\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psicoadultos.uchile.cl/publicaciones/articulos/analisis_estrategia_salud_mental.pdf)> [consulta: 27 julio 2013].

16-. DESVIAT, M. 2008. De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental [en línea] *Norte de Salud Mental* N° 31, pp. 45-51 <<http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=6&lid=301>> [consulta: 27 julio 2013].

17-. DOLLENZ, E. 2003. Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en Atención Primaria de Salud [en línea]. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud (1): 1-16. Chile, Universidad de Santiago de Chile. Facultad de Ciencias Médicas <[http://www.psiquiatriasur.cl/portalluploads/1\\_duelo\\_normal\\_y\\_patologico\\_en\\_a\\_ps.doc](http://www.psiquiatriasur.cl/portalluploads/1_duelo_normal_y_patologico_en_a_ps.doc)> [consulta: 3 febrero 2013].

18-. DE LELLIS, M. 2006. La Psicología Comunitaria en el ciclo de las Políticas Públicas. En: DE LELLIS, M, ÁLVAREZ, M, ROSSETTO, J Y SAFORCADA, E. (Eds.). Psicología y Políticas Públicas de Salud. Buenos Aires, Editorial Paidós. pp.125 – 186.

19-. ECHEBURÚA, E. y HERRÁN, A. 2007. ¿Cuándo el duelo es patológico y cuándo hay que tratarlo? [en línea] *Análisis y modificación de la conducta* Vol. 33 (147): 31-50.  
<<http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/viewFile/1205/1698>>  
[consulta 15 febrero 2013].

20-. ESPINOZA, A. 2003. La disciplinarietà, presente en la educación universitaria [en línea]. *Visión Docente Con-Ciencia*. (2) N° 13.  
<[http://www.ceuarkos.com/Vision\\_docente/revista13/t8.htm](http://www.ceuarkos.com/Vision_docente/revista13/t8.htm)> [consulta: 26 julio 2013].

21-. FERNÁNDEZ, M; ROBLES, C; VELASCO, M. 2007. Grupos de autoayuda para personas en situación de duelo [en línea] *Familia* 35: 95-110.  
<<http://summa.upsa.es/pdf.raw?query=id:0000029321>> [consulta: 25 enero 2013].

22-. FREUD, S. 1917. Duelo y Melancolía. Obras Completas. Sexta Edición. Tomo XIV Buenos Aires, Amorrortu. 1993.

23-. GALA, F., LUPIANI, M., RAJA, R., GUILLÉN, C., GONZÁLEZ, J. M., VILLAVERDE, C., I. ALBA. 2002. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual [en línea] *Cuadernos de Medicina Forense*. (30): 39-50. <<http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn30/original4.pdf>> [consulta: 25 enero 2013]

24-. GARCÍA, J. 2011. Manejo del duelo en Atención Primaria [en línea] *Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol. 2 (2): 1-18. <<http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Manejo%20del%20duelo%20en%20AP.pdf>> [consulta: 5 enero 2013].

25-. GARCIA, R. 1990. Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria". IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud. AMRHRG/CONAMER. Buenos Aires.

26-. GARCIA, R. 2004. Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? Servicios de Salud Mental de Collado Villalba (Madrid) [en línea]. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 17 (2004): 273-287 <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1155789>> [consulta: 27 julio 2013].

27-. GÓMEZ, M., OCIO, S., y HERNÁNDEZ, M. 2010. Tratamiento psicológico del duelo en Atención Primaria de Salud [en línea] <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2251/1/Tratamiento-psicologico-del-duelo-en-atencion-primaria.html>> [consulta: 13 febrero 2013].

28-. GÓMEZ M. 2000. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología [en línea]. *Ciencias Humanas* Mayo (20) <[www.utp.edu.co/chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm](http://www.utp.edu.co/chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm)> [consulta: 3 febrero 2013].

- 29-. GRAU, J., LLANTÁ, M., MASSIP, C., CHACÓN, M., REYES, M., MÉNDEZ, M., INFANTE, O., ROMERO, T., BARROSO, I., MORALES, D. 2008. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos [en línea] *Pensamiento Psicológico*, enero-junio. Vol. 4 (10): 27-58 <<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/92/274>> [consulta: 25 enero 2013].
- 30-. GUIC, E. y SALAS, A. [s.a]. El trabajo de duelo [en línea] *Estudios Médicos Humanísticos*. Vol. 11 (11) <<http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica11/Ars13.html>> [consulta: 3 febrero 2013].
- 31-. GUTIÉRREZ, A. 2009. Manejo de duelo en las madres y padres que pierden a su hijo o hija de forma inesperada [en línea]. Tesis para optar al Grado de Magíster en Trabajo Social con Énfasis en Intervención Terapéutica. Costa Rica, Universidad de Costa Rica, Sistema de Postgrado. 270p. <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgmae/tfg-m-2009-01.pdf>> [consulta: 22 enero 2013].



- 32-. HAINDL, M. 2009. La muerte en la edad media [en línea] *Historias del Orbis Terrarum* (1): 104-206.  
<[Http://www.historiadelorbisterrarum.files.wordpress.com/2008/11/ana-luisa-haindl-muerte-en-la-edad-media.pdf](http://www.historiadelorbisterrarum.files.wordpress.com/2008/11/ana-luisa-haindl-muerte-en-la-edad-media.pdf)> [consulta: 13 febrero 2013].
- 33-. HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., BAPTISTA, P. 1998. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Colombia, Editorial Mc Graw Hill Interamericana S. A.
- 34-. HERRANZ, J.C. y LAFÓN, M. 2008. La construcción mediática de la muerte [en línea] *Estudios* 87. Vol.6:83-109.  
<<http://biblioteca.itam.mx/estudios/60-89/87/JuanCarlosHerranzLaconstruccion.pdf>> [consulta: 5 enero 2013].
- 35-. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). 2010. Estadísticas Vitales. Informe anual 2010 [en línea]  
<[www.ine.cl/canales/chile\\_estadisticas/demografia\\_y\\_vitales/estadisticas\\_vitales/pdf/vitales\\_2010.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadisticas/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/pdf/vitales_2010.pdf)> [consulta: 3 enero 2013]

36-. JALEH, M, LUZZI, A. 2012. Profundización de conceptos: contención emocional y mentalización [en línea]. *Borromeo* N° 3. pp. 351-371. Instituto de Investigación en Psicoanálisis aplicadas a las Ciencia Sociales. Universidad argentina John Kennedy.  
<<http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/Contenci%C3%B3nemocmentalizaci%C3%B3nJalehLuzzi.pdf>> [consulta: 22 julio 2013].

37-. JIMÉNEZ, R. 2012. ¿De la muerte (De)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual. Muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte [en línea]. Tesis para optar al Grado de Doctor en Sociología. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. España, Universidad de Valladolid. Departamento de Sociología y Trabajo Social. 640p. <[dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo21687](http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo21687)> [consulta: 5 enero 2013].

38-. LANDA, V. y GARCÍA, J. 2007. Guía clínica sobre el duelo [en línea] <<http://www.telecardiologo.com/descargas/83825.pdf>> [consulta: 16 enero 2013].

39-. LATIEGI, A. 1999. Prevención y tratamiento del duelo patológico [en línea]  
<<http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/familia-en-la-terminalidad/17-PREVENCION-Y-MANEJO-DEL-DUELO-PATOLOGICO-%20LATIEGI.pdf>> [consulta: 10 julio 2013].

40-. LOITEGUI, A. 2008. Duelo Anticipado. Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje [en línea]. Tesis para Optar a la Licenciatura de Psicología. Buenos Aires, Universidad de Belgrano, Facultad de Humanidades. 288p.  
<[http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/250\\_loitegui.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/250_loitegui.pdf) [consulta: 15 febrero 2013].

41-. LÓPEZ ARANGUREN, E. 1994. Análisis de Contenido. En: GARCÍA, M., IBÁÑEZ, J., ALVIRA, P. (comp.) Segunda Edición. El Análisis de la Realidad Social: Métodos y Técnicas de investigación. Madrid, Alianza Ed. pp. 365-396.

42-. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. 2008. En el camino a Centro de Salud Familiar. Santiago, Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- 43-. MINOLETTI, A. Y ZACCARIA, A. 2005. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia [en línea]. *Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18, N° 4-5. <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000900015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)> [consulta: 27 julio 2013].
- 44-. NEIMEYER, R. 2006. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo [en línea] [Http://.www.psicosocial.net/es/centro-de-documentacion/doc\\_download/248-aprender-de-la-perdida-una-guia-para-afrontar-el-duelo](Http://.www.psicosocial.net/es/centro-de-documentacion/doc_download/248-aprender-de-la-perdida-una-guia-para-afrontar-el-duelo)> [consulta: 28 enero 2013].
- 45-. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1978. Carta de constitución de la OMS. Documento Básico [en línea]. Suplemento de la 45 Edición, Octubre de 2006 <[www.who.int/governance/b/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/b/who_constitution_sp.pdf)> [consulta: 18 febrero 2013]
- 46-. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2007. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud [en línea] <<http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>> [consulta: 18 febrero 2013]
- 47-. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2008. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE 10). Washington DC, OPS.

48-. PASCUAL BLANCO, A. [s.a]. Duelo desde una perspectiva integrativa [en línea]<<http://www.logoempresa.com/ades/assets/plugindata/poolg/Articulo%20de%20duelo%20desde%20una%20perspectiva%20integrativa.pdf>> [consulta: 28 enero 2013].

49-. PEREZ SERRANO, G. 2000. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. I Métodos. Madrid, La Muralla.

50-. PÉREZ, P. y LUCENA, R. 2000. Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción social del sentimiento de dolor [en línea] *Psiquiatría Pública*. Diciembre 12 (3): 259-271. <[http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf12\\_3/arti05.pdf](http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_3/arti05.pdf)> [consulta: 28 enero 2013].

51-. PIÑUEL, J. L. 2002. Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido [en línea] *Estudios de Sociolingüística* 3 (1): 1-42. Madrid, Universidad Complutense <<http://web.jet.es/pinuel.raigada/A.Contenido.pdf>> [consulta: 15 febrero 2013].

- 52-. PLAN DE SALUD COMUNAL MAIPÚ PERÍODO 2009-2011. ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MAIPÚ. 2011 [en línea] <[http://www.transparenciamaipu.cl/wp-content/uploads/2012/MARCO%20NORMATIVO/Mnor\\_plan\\_salud\\_comunal\\_parte1.pdf](http://www.transparenciamaipu.cl/wp-content/uploads/2012/MARCO%20NORMATIVO/Mnor_plan_salud_comunal_parte1.pdf)> [consulta: 20 julio 2013].
- 53-. RADRIGÁN, M. [s.a]. Metodología de Investigación: Clase 2 [en línea] <[www.ust.cl/html/cree/asignaturas/material\\_profesor/material\\_met\\_trabajo\\_intelectual/clase2.pdf](http://www.ust.cl/html/cree/asignaturas/material_profesor/material_met_trabajo_intelectual/clase2.pdf)> [consulta: 15 febrero 2013].
- 54-. RODRÍGUEZ, A. y FERNÁNDEZ, B. 2002. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de Salud [en línea] *MEDIFAM*. Vol. 12 (4): 276-284 < [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002000300008&script=sci_arttext)> [consulta: 5 enero 2013].
- 55-. RUIZ, J. 1996. Metodología de la Investigación Cualitativa. Bilbao, España, U. Deusto.

- 56-. SADA, F., MARTÍNEZ, M., PARRA, A., OCHOA, B., PASCUAL, P. [s.a]. Manejo del duelo en Atención Primaria [en línea] *ADISAMEF*. 67-96 <[http://www.adisamef.com/fondo%20documental/libros\\_digitales\\_salud\\_mental/20\\_manejo\\_del\\_duelo\\_en\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.adisamef.com/fondo%20documental/libros_digitales_salud_mental/20_manejo_del_duelo_en_atencion_primaria.pdf)> [consulta: 5 enero 2013].
- 57-. SAFFIE, X. 2011. Pacientes (Poli) consultantes a la Atención Primaria de Salud. Análisis de la policonsulta en un Centro de Salud Familiar desde la teoría psicoanalítica. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Santiago, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. 105p.
- 58-. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. 2011. Guía para profesionales de salud ante situaciones de duelo. Serie Nuevas Estrategias en Salud Mental. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. <[http://testamentovital.wikispaces.com/file/view/Guia\\_duelo\\_final.pdf](http://testamentovital.wikispaces.com/file/view/Guia_duelo_final.pdf)> [consulta: 5 enero 2013]
- 59-. TAMARIZ, C. Y ESPINOZA, A. (2006). La disciplinariedad en la ciencia: sus características [en línea]. *Visión Docente Con-Ciencia* (5) N° 31. <[http://www.ceuarkos.com/Vision\\_docente/revista31/t2.htm](http://www.ceuarkos.com/Vision_docente/revista31/t2.htm)> [consulta: 27 julio 2013]

- 60-. TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R. 1996. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- 61-. TIZÓN, J. 2001. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud [en línea]. *Atención Primaria*, Vol. 28, Suplemento 2. <<http://www.documentacion.edex.es/docs/1004TIZpre.pdf>> [consulta: 26 julio 2013].
- 62-. TIZÓN, J. 2004. Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona, Paidós.
- 63-. TIZÓN J. 2006. De los procesos de duelo a la medicalización de la vida [en línea] *JANO Medicina y Humanidades* 7. <<http://www.elsevier.es/en/node/2048276>> [consulta: 28 enero 2013].
- 64-. TIZÓN, J. 2007. Paranoizar los duelos: una forma de cronificarlos [en línea] *JANO Medicina y Humanidades* 8. <[http://www.jano.es/jano/ctl\\_servlet?\\_f=303&iditem=406&idtabla=4](http://www.jano.es/jano/ctl_servlet?_f=303&iditem=406&idtabla=4)> [consulta: 28 enero 2013].
- 65-. TORRES, J. 1998. Globalización e interdisciplinariedad: el curriculum integrado. Madrid, Morata.



66-. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado de Venezuela. 2007. Lineamiento de Anteproyecto. Decano de Administración y Contaduría [en línea] <[www.ucla.edu.ve/dac/practica/ESQUEMA%20ANTEPROYECTO%20MODIFICADO%20LAPSO%202007-I.doc](http://www.ucla.edu.ve/dac/practica/ESQUEMA%20ANTEPROYECTO%20MODIFICADO%20LAPSO%202007-I.doc)> [consulta: 15 julio 2013].

67-. VASQUEZ, F. 1996. Análisis de Contenido Temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial (pp. 47-70). España, Universitat Autònoma de Barcelona [en línea] <[http://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/fecc81lix-vacc81zquez-sixto\\_el-anacc81lisis-de-contenido-temacc81tico.pdf](http://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/fecc81lix-vacc81zquez-sixto_el-anacc81lisis-de-contenido-temacc81tico.pdf)> [consulta: 15 de julio 2013].

68-. WORLD HEALTH ORGANIZATION- ASSESSMENT INSTRUMENT FOR MENTAL HEALTH SYSTEMS. 2006. Informe de la evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile [en línea] <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/chile\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf)> [consulta: 27 julio 2013].

69-. WORDEN, W. 1997. El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia Buenos Aires, Paidós.

# **ANEXOS**

## **ANEXO N° 1**

Santiago, 09 de Mayo de 2013

### **Consentimiento informado**

Usted ha sido invitado a participar en una tesis de investigación, sobre la temática de duelo. El propósito del presente documento, es ayudarlo a tomar la decisión si participar o no del estudio en cuestión. En caso de cualquier duda frente a este documento, puede recurrir al investigador.

El objetivo de esta investigación es realizar un estudio exploratorio sobre el abordaje del duelo en profesionales de equipos de salud mental en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Comuna de Maipú. Para ello, se ha invitado a participar voluntariamente a tres profesionales (Médico, Asistente Social, Psicólogo@) de cada CESFAM de la Comuna de Maipú, que forman parte de los equipos de Salud Mental.

Una vez aceptada la presente invitación, se le realizará una entrevista semiestructurada, cuya duración aproximada es de 1 hora. Dicho encuentro será grabado en audio, previa autorización de usted, y posteriormente transcritos para su posterior análisis. La entrevista se realizará donde usted elija, privilegiando un lugar cómodo que asegure privacidad.

Toda la información generada a partir de su participación, será confidencial y anónima. Dicha información será almacenada cuidadosamente, y no será conocida por personas ajenas a la investigación. Los resultados finales podrán

ser publicados en artículos o comunicaciones científicas, eliminando cualquier información personal que permita la identificación de los participantes.

En caso de que usted lo desee, podrá obtener los resultados de esta investigación, solicitándolos vía correo electrónico al investigador.

No existirá ningún tipo de compensación por participar en el estudio.

Declaro que he leído el presente documento, se me ha explicado en qué consiste la investigación y mi participación en el mismo, he tenido la posibilidad de aclarar mis dudas y tomo libremente la decisión de participar en el estudio. Además, se me ha entregado un duplicado firmado de este documento.

Acepto participar en el presente estudio (Nombre y firma)

---

Investigador: Jorge Carrera Horas.

Fecha: \_\_\_\_\_

Si tienes preguntas respecto a esta investigación, puede contactarse con Jorge Carrera Horas (celular: 569-90113790 / [arerracegroj@gmail.com](mailto:arerracegroj@gmail.com)), o bien, con el profesor guía de la misma: Rodrigo Morales (celular: 569 – 83411672 / [remorales@uc.cl](mailto:remorales@uc.cl)).

## **ANEXO N° 2**

### **PAUTA DE ENTREVISTA**

#### **I. DATOS GENERALES**

- ¿Qué es un CESFAM (qué entiende por Modelo de Salud Familiar)?
- ¿Nota diferencias con respecto a otros centros de APS?
- ¿Cómo llegó a trabajar en este CESFAM?
- ¿Cuál es el motivo que lo llevó a trabajar en este CESFAM?
- ¿Cuál es su cargo dentro del CESFAM?
- ¿Quiénes integran el equipo de Salud Mental?
- ¿Cuál es la labor de esta Unidad? ¿Cómo trabajan?
- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?
- ¿Dentro de estas atenciones o consultas, con qué grado de frecuencia se presenta el duelo?
- ¿A nivel institucional, considera que este CESFAM tiene las competencias (humanas, técnicas, espacio, tiempo) necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?
- ¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)?

## **II. MANEJO TEÓRICO DEL DUELO**

- ¿Qué entiende por duelo?
- ¿La bibliografía desarrollada en torno a esta temática, ha sido de utilidad para usted? ¿Y acá en Chile, cómo siente que está siendo tratado el tema?

## **III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DUELO**

- ¿Cuántos tipos de duelo conoce?
- ¿En qué detalles o aspectos se fija para diagnosticar o evaluar una situación de duelo?
- ¿Cómo lo hace para diferenciar un duelo esperado de uno con evolución complicada?
- ¿Cómo distingue una situación de duelo complicado de una depresión mayor?
- ¿Cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado?

## **IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA ABORDAR EL DUELO**

- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?
- En el caso de un duelo reciente (con reacciones esperadas): ¿Qué es lo que hace?
- ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?

- ¿Cuántas sesiones dedica a la persona en duelo?
- Cuando está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?
- ¿Cuál es la modalidad de atención que usted más utiliza para abordar el duelo?
- ¿Hay alguna otra modalidad que usted no use pero que conozca, incluso cree que reporte mayores beneficios?
- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?
- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo?
- ¿Esta forma de intervención, es compartida por el resto de la Unidad? ¿O c/u lo aborda de manera distinta, de acuerdo a su criterio o especialidad?
- ¿Este tipo de consultas, es trabajada en forma interdisciplinaria?
- ¿Qué hace cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo (duelo esperado)?
- ¿Qué es lo que hace cuando considera que el resto de la Unidad no está abordando adecuadamente una situación de duelo?





## **ANEXO: N° 3: TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS**

### **ENTREVISTA N° 1**

#### **PSICÓLOGA CESFAM DR. FERRADA**

**- ¿Qué es un CESFAM para usted?**

Es un centro de salud familiar.

**¿Según su opinión, existen diferencias de un CESFAM con respecto a otros centros de atención primaria de salud?**

En si está focalizado en la atención de la familia y es un grupo de profesionales por sector, que van cubriendo las necesidades familiares tanto a nivel médico, kinesiológico, a nivel de alimentación, a nivel psicológico, es un equipo que se hace cargo de la familia en términos de salud, y salud integral, tanto física como mental, y poniendo a la familia como énfasis, como capaz de movilizarse y apoyarse en beneficio de su salud, y la idea también es ir conociendo a esta familia porque a veces en los elementos familiares también pueden encontrarse factores asociados a la enfermedad. Por otro lado, porque es importante que el equipo conozca la historia familiar y la familia, desde el abuelo hasta el hijo

menor, o hasta el nieto menor para ir entendiendo también el curso de la enfermedad.

**- ¿Cómo y por qué llegó ha trabajar en este CESFAM?**

Yo soy psicóloga clínica y siempre he trabajado a nivel público, entonces yo había trabajado a nivel secundario y terciario de salud, me faltaba el [nivel] primario y hacia tiempo que quería entrar al nivel primario, se me dio la oportunidad y postulé como cualquier persona y quede.

**- ¿Cuál es su cargo y función?**

Yo soy psicóloga de un sector del CESFAM Ferrada.

**- ¿Cuál es la labor de un equipo de salud mental de un CESFAM?**

Bueno, hay distintas labores. Está la labor clínica, está la labor comunitaria, está la labor familiar, y está la labor administrativa.

**- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?**

Asociadas al diagnóstico, las atenciones que este sector atiende son diversas, y con la psicóloga hay trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, problemas de violencia intrafamiliar, hay problemas socioeconómicos que cruzan y son transversales, algunas problemáticas psicológicas por decirlo de alguna manera. Hay trastornos emocionales asociados a la adolescencia. Hay trastornos de déficit atencional, que también se ven mucho. Hay adultos mayores también, y eso.

**- ¿Dentro de estas atenciones o consultas, con qué grado de frecuencia se presenta el duelo?**

El duelo se presenta pero no es un diagnóstico tan frecuente como otros. Si tuviera que ponerle un porcentaje, tal vez sería, por ejemplo trastorno de ansiedad puedes encontrar un 30% y el duelo un 5%. Existen meses que son variables. Ahora, duelo asociado al fallecimiento de alguien, porque si uno considerara el duelo como un cambio en la vida de uno pudiera encontrar más temáticas asociadas al duelo. Por ejemplo el término de una relación de pareja, que aquí se ve mucho, episodios de violencia, y personas que asisten por síntomas asociados a término de pareja. Yo podría poner trastorno adaptativo

pero también hay síntomas que están asociados al duelo, que significa haber perdido a la pareja entre comillas, haber terminado con la relación, entonces también es un duelo de alguna u otra forma. Si uno pudiera ver el duelo de manera más integral, más allá de lo asociado al duelo del fallecimiento de un ser querido sería más amplia las atenciones.

**- ¿Considera que este CESFAM tiene las competencias necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?**

Si, si, totalmente.

**- ¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)? ¿Por qué?**

Si, totalmente. Porque la familia es un factor de protección para una persona que está viviendo un duelo. Y por lo general cuando uno está viviendo un duelo, cuando un paciente está viviendo un duelo, es por alguien que forma parte de su familia. Es muy difícil encontrar a una persona que este viviendo un duelo de una persona que fallecido que este fuera de la familia, en general es por alguien que está dentro de la familia, un marido, una esposa, un hijo, un abuelo, entonces es escaso, yo no he visto acá alguien que venga por un duelo, por una persona que este fuera de la familia. Solo uno, un niño que su mejor

amigo había fallecido, estaba viviendo un duelo, pero el resto se asocia a la familia. Por ello el abordaje familiar es importante como factor protector y también como factor de riesgo en la vivencia del duelo, entonces se puede intervenir diagnosticamente a nivel individual, pero también familiar en duelo.

**- ¿Qué entiende por duelo?**

Lo entiendo como una pérdida, una sensación de pérdida en la vida de alguien, esta pérdida tiene que ver con un ser querido, con alguien que quiere mucho y que falleció. Incluyo como ser querido a los animales también, animales que uno puede estar viviendo un duelo por la pérdida y el fallecimiento de una mascota que es parte de la vida de uno y su familia, puede sonar raro lo que digo pero uno también ve aquí duelo asociado a la pérdida de la mascota, así entiendo el duelo.

**- ¿Esta definición es compartida por el resto del equipo, o cada cual tiene su propia definición al respecto?**

Yo creo que cada cual tiene su propia definición porque tenemos orientaciones que son, la palabra no es diferente porque son complementarias también, pero tenemos una visión teórica – psicológica que no son las mismas pero tampoco

son tan diferentes. Puede que lo puedan ver de una manera distinta, no se, no lo hemos hablado nunca.

**- ¿Existen tipos de duelo?**

No se, yo creo que tiene que ver con la intensidad con la que uno sienta el duelo, por ejemplo, si a mi se me muere mi esposo, yo voy a sentir de manera distinta mi duelo de cómo lo va a sentir mi hija, la pérdida es la misma, se murió el papá, el esposo, pero la intensidad de ese sentimiento es diferente, en eso se diferencia, pero podría decir que todos los duelos son iguales.

**- ¿El abordaje del duelo es distinto de acuerdo al ciclo evolutivo?**

Si, podría ser que el abordaje es distinto en cada ciclo evolutivo, pero, no estoy segura.

**- ¿Cuáles son las técnicas de intervención que usted conoce (las que la persona conoce, no las que utiliza) para abordar el duelo? ¿Qué dice la bibliografía o investigaciones respecto a estas técnicas?**

Las técnicas que yo conozco tienen que ver con el momento del duelo. La negación, la aceptación, el cambio, tienen que ver con la evolución del duelo

por decirlo, no es el abordaje en el principio del duelo cuando se presenta la pérdida, cuando pierdes a esa persona que tu amas, es diferente ese sentimiento inmediato, y, por lo tanto, el abordaje a ese sentimiento inmediato, que cuando han pasado algunos meses, por que uno...depende de la persona, depende del paciente, puede vivir ese primer momento con rabia, o puede vivir ese primer momento con sorpresa, entonces el abordaje de acuerdo al paciente y el tiempo en el que este en ese duelo es diferente, sin duda.

Los pacientes también llegan en diferentes momentos del duelo. Hay pacientes que llegan el primer momento de su duelo, pero hay pacientes que vienen por otras razones y que vienen en otro proceso de su duelo. Por ejemplo, vienen por que le duele el estómago, o no pueden dormir, y resulta que la exploración en salud mental lleva un año viviendo un duelo. Entones la intervención con esa persona probablemente es diferente en intervención que va a realizar con alguien que está viviendo un duelo reciente, porque el abordaje y las intervenciones son distintas y dependen de las características del paciente que uno pueda explorar de manera inmediata, porque hay pacientes que lo pueden ver con rabia y tal vez hay que permitirse este tipo de intervención y permitirle que bote esa rabia, más que entrar en una intervención más directiva, “usted tiene que hacer esto y lo otro”, está en una etapa del duelo diferente de la emocionalidad, porque hay diferentes etapas del duelo donde uno como paciente, o como persona, ha perdido a un ser querido, no está en una etapa

donde pueda hacer insight, o sea, no puede analizar la situación o estar abierto a los cambios, solo los vive. Ahí la intervención tiene que ser vivencial.

**- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?**

Depende de la etapa del paciente. No es lo mismo un paciente que esta recién con la herida recién abierta que alguien que ha pasado un tiempo de duelo.

**¿En qué detalles se fija para determinar una situación de duelo?**

En los sentimientos de las personas, en la forma en que entienda el duelo también, en los cambios de la persona, en la manifestación del dolor de la persona, en las observaciones que puedan hacer personas que te puedan entregar información a cerca de la persona asociada a sus cambios, dejo de trabajar, ya no le importa afeitarse, le da lo mismo que los hijos vayan al colegio, en el estado de ánimo.

**¿Cómo distingue una situación de duelo complicado de una depresión mayor?**

Yo creo es difícil identificar porque un duelo puede llevar a una depresión mayor. Me he encontrado situaciones así, depresión mayor asociado a un



duelo. Este mismo paciente que por ejemplo ha dejado de salir, ya no va al trabajo, no pagó los dividendos de su casa, ya no ve a los hijos, se convierte en una depresión mayor.

**¿Cómo diferencia los distintos tipos de duelo? ¿Existe alguna pauta o protocolo para determinar cuándo se está frente a los distintos tipos de duelo?**

Yo no tengo tanta claridad cuales son los tipos de duelo. No existe ningún tipo de protocolo.

**¿Usted cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado? ¿Cómo?**

Si tuviéramos protocolo seria más fácil. Creo que cada uno lo hace de acuerdo a sus competencias profesionales y lo va hacer de acuerdo al protocolo de la depresión mayor. Por ejemplo, si hay un paciente que viene por si mismo y a pesar de que presenta un duelo complicado, por ejemplo, no va al trabajo, comenzó una conducta abusiva de alcohol, por ejemplo que lleva un año y no le importa nada, no hay motivación, pero viene por si mismo, es un indicador que esta motivación ha ido cambiando y seria la diferencia entre una depresión mayor, donde hay que sostener más a la persona y los enfermos que se dan

cuenta de lo que les está pasando, a un duelo complicado. La forma en que la persona intenta enfrentarlo, si hay una intencionalidad enfrentarlo o vivir este duelo o mejorar la situación, uno podría pensar que es un duelo complicado pero de atención primaria. Y si no cuenta con el apoyo del paciente, uno podría hacer una derivación a la atención secundaria o una internación porque está en alto riesgo, riesgo vital. Pero todo esto que te digo, es bajo un prisma de la vivencia, lo que quiero decir es un prisma profesional a partir de la experiencia profesional, que no deja de ser importante. Que no tiene que ver con un protocolo estandarizado, es un estándar profesional que uno tiene en su categorización profesional por decirlo de alguna manera, que no deja de ser importante igual.

**- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?**

Contener, es lo primero que hago.

**- ¿Cuál es la modalidad de atención que usted utiliza con mayor frecuencia para abordar el duelo? ¿Por qué?**

La modalidad de atención, si nos vamos al punto de vista más administrativo es, identificar el motivo de consulta, evaluar los antecedentes familiares, evaluar la situación en tiempo que lleva el duelo, evaluar los cambios de la persona,

recabar la mayor cantidad de información por parte de las personas que rodean a la persona, evaluar si las personas o la familia que está viviendo el duelo lo estaba viviendo con la misma intensidad, tal vez unos lo han ido elaborando otros no. Primero recabar la información porque de ahí, de alguna manera uno puede ir construyendo un diagnóstico que le permita decir; voy a intervenir de esta manera o voy a intervenir desde esta otra manera. Si yo diagnosticó que ese duelo pasó a ser una depresión mayor, hago la primera contención, defino las pautas de protección de la persona y lo derivo a internación por ejemplo, acordado con la familia, o al nivel secundario. Si evaluó que es un diagnóstico de duelo normal, defino algunas pautas iniciales con la persona en duelo a la evaluación que hagamos en conjunto de su situación de duelo. Pero, si fuera un duelo normal sería una intervención permitirse el duelo digamos, permitirse que está en duelo, y tal vez no evitar no estar en duelo, es decir, siempre las personas dicen que todo el mundo le dice que tiene que enfrentar un duelo, pero en el fondo, también la gente tiene que afrontar un duelo...pudiera tener que ver con olvidarse de la persona, dejarlo atrás, pero si a esa persona le duele esa pérdida, en mi manera de trabajar, es permitir que esa persona viva esa dolencia, que se pueda permitir ese dolor, que considere que ese dolor es parte de su proceso de duelo, y que existen algunas cuestiones asociadas a ese dolor que pueden permitirse hacer, como si no quiere ir a hacer deporte como iba antes, bueno está en duelo, si no va, no obligarse a ir, no responder a las expectativas de los demás de que tiene que estar riéndose o ayudar a los

demás, el que está en duelo también tiene que permitirse valorar que está en duelo, legitimar que está en duelo y otra estrategia o intervención es que utilice su red de apoyo. También se pueden hacer visitas familiares, dependiendo si uno queda con alguna sospecha de que la familia pudiera estar viviendo el duelo de manera disfuncional, por ejemplo, o está en una etapa de duelo asociado a la rabia y empieza a presenciarse maltrato, entonces, depende del diagnóstico.

**- ¿Sigue algún protocolo de actuación para el duelo?**

No existe un protocolo de actuación.

**- ¿Ha trabajado el duelo en forma grupal? ¿Por qué?**

Si, pero no acá. Lo trabaje en el COSAM. Yo construí un taller y lo hice de manera grupal, hace siete años, no tengo en mi memoria de manera específica como lo hice, pero lo hice. Fue una experiencia linda y para las personas también. Fue una experiencia que les aportó, no fueron personas a los cuales se les hizo un taller de duelo solamente grupal sino que venían de la terapia individual y el equipo considero que podían verse beneficiadas trabajando en grupo. Lo hablé en la reunión de adultos que iba a ser un trabajo experiencial, pero no recuerdo que se definieran objetivos terapéuticos, si no que era más bien experiencial, cada persona contaba quién era, el duelo que estaba viviendo

y cómo, no era un grupo psicoeducativo, no tenía estas características, era vivencial, como de fuga de ideas, “desordenado”, cada uno iba contando y el terapeuta moderaba y tomaba aquellas ideas que podían generar confianza al grupo. El número de personas eran como ocho, pero en realidad cada vez iban menos, entonces no se si pensar que podía haber sido un grupo exitoso, porque no fue que toda la gente fuera siempre, a veces iban menos, otras los que habían ido al principio, porque igual hay que tener habilidades terapéuticas y tal vez uno podría hacerlo más contenedor en ese momento con el dolor, hay que tener habilidades terapéuticas para trabajar con el dolor.

### **¿Cómo conforma el grupo?**

Depende de los pacientes, depende de los diagnósticos. Si un paciente tiene un trastorno de personalidad X digamos, no le quiero poner nombre, está viviendo un duelo tal vez una persona que pudiera generar algún tipo de problema en un taller. Eso es una decisión del equipo, que vea a cada paciente y de la categorización que haga, quiénes se verían beneficiados con este duelo y hacerlo participar.

**- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo? (solo con la persona, con la familia, con el resto del equipo, con las redes de apoyo, etc.)**

Yo no más, a veces con el médico si le están dando medicamentos a la persona, si pudiera ser un duelo más complicado tal vez con la asistente social. Con la familia también.

**- ¿Qué hace cuándo un familiar le informa que está preocupado por un integrante de su familia que tuvo una pérdida reciente?**

Hago lo que haría con una persona que tiene cualquier atención, registro, hago la entrevista, profundizo en por qué lo ve así, y evalúo también de acuerdo a lo que diga la persona, si el que está viviendo el duelo si tiene motivación, en qué posición está también. En base a eso, evaluar si se puede hacer una intervención familiar.

**- ¿Qué hace usted cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo?**

Lo digo, lo planteo, habrá alguna discusión, me refiero de conversación, algún análisis de caso, se presentara en la reunión y se evaluara por qué tenemos distintas miradas respecto del duelo de la persona. Por qué el medico piensa que es patológico, por qué la psicóloga piensa que no es patológica y buscar algún tipo de consenso.

**- Cuando usted detecta que alguien ha tenido una pérdida reciente, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuántas sesiones dedica a la persona en duelo? ¿Por qué?**

En atención primaria uno pudiera ver a la persona una vez al mes pero a veces uno puede hacer sobre cupo y puede ser una vez cada dos semanas o una a la semana, o una vez cada tres semanas e intercalar hacer una visita.

**- Cuando usted está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace?**

Nosotros no tenemos protocolo pero haría exactamente lo que te he contado, digamos que tengo un protocolo profesional mío, que tiene que ver con los antecedentes, primero recabar la mayor cantidad de antecedentes y cuando tengo un diagnóstico o construyo un diagnóstico, definir el tipo de intervención. Pero en general, claro siempre hay una primera contención, un apoyo, pero la recolección de antecedentes es vital y el diagnóstico también es vital para definir mi intervención.

## **ENTREVISTA N° 2**

### **PSICÓLOGO CESFAM DR. CARLOS GODOY**

#### **- ¿Qué es un CESFAM para usted?**

Es un centro de atención familiar que se focaliza a diferencia del modelo antiguo en una mirada holística del ser humano, vale decir, no solamente tomamos la enfermedad como enfermedad, si no que tomamos una enfermedad, y por tanto, no solamente importa la queja presentada por el paciente sino, nos interesa saber desde dónde proviene esa queja y si el sistema familiar o social está influyendo a que esa queja sea permanente en el tiempo, o que se esté presentando ocasionalmente. Por tanto, es una mirada distinta de mirar la salud, no solamente un lugar donde están los médicos, los psicólogos, si no un lugar donde se intenta extender en forma universal.

#### **- ¿Según su opinión, existen diferencias de un CESFAM con respecto a otros centros de atención primaria de salud?**

Desde el antiguo consultorio al CESFAM por supuesto que hay diferencias. Antes, se tomaba la enfermedad como me duele el estómago, vemos y damos un medicamento para el estómago y nos importa saber más allá, en el



CESFAM, y ahí esta la diferencia, importa saber qué provoca eso y cómo nosotros podemos prevenir eso.

**- ¿Cómo y por qué llegó ha trabajar en este CESFAM?**

Yo llegue por un reemplazo de postnatal y después hice un reemplazo de la colega que estaba acá, luego ella renuncio y ahí me quede.

**- ¿Cuál es su cargo y función?**

Psicólogo clínico en el CESFAM Carlos Godoy.

**- ¿Cuál es la labor de un equipo de salud mental de un CESFAM?**

Bueno, como bien tú lo dices, es un equipo, por tanto, nosotros trabajamos multidisciplinariamente a propósito de la queja presentada por un usuario, vale decir que, entendemos que si alguien le duele el estómago, como en el ejemplo anterior, también puede haber otros antecedentes contextuales que puedan estar gravitando este síntoma, por lo tanto, le damos una mirada desde lo psicológico, desde lo social, desde que a un usuario le faltan dos dientes y cómo nosotros trabajamos no solo con el dentista, sino con el trabajador social y el psicólogo. Por tanto, es un trabajo multidisciplinario.

**- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?**

Trastornos adaptativos en general y trastornos de personalidad. Y también depresión.

**- ¿Dentro de estas atenciones o consultas, con qué grado de frecuencia se presenta el duelo?**

Yo diría que no con mucha frecuencia, generalmente son trastornos adaptativos y depresiones y algunos trastornos de personalidad, es lo más frecuente, y, en mucho menos grado que un duelo.

**- ¿Considera que este CESFAM tiene las competencias necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?**

Absolutamente, no tengo ninguna duda.

**- ¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)? ¿Por qué?**

Por supuesto que si. Porque se hace un trabajo multidisciplinario, entonces vemos el duelo como tal y cómo influye sobre su salud, cuánto influye en lo social, entonces es un abordaje mucho más universal, a propósito del ser humano, entonces, es pertinente de todas formas.

**- ¿Qué entiende por duelo?**

Bueno, ya lo decía Freud, que cuando la sombra del objeto cae sobre el yo. Es la pérdida real de un objeto, llámese familia, llámese país, ideal, es la pérdida real de eso.

**- ¿Esta definición es compartida por el resto del equipo, o cada cual tiene su propia definición al respecto?**

Es compartida, creo que es compartida y están los análisis del estudio psicológico de la pérdida del objeto desde el duelo y no la pérdida imaginaria, a propósito de la depresión.

**- ¿Existen tipos de duelo?**

Si, por supuesto. Existe el duelo normal, que es entre seis meses y un año, y el duelo patológico que es más de un año.

**- ¿El abordaje del duelo es distinto de acuerdo al ciclo evolutivo?**

Yo creo que hay que considerar siempre el proceso evolutivo en que se encuentra el usuario, pero la sensación de pérdida y la sombra del objeto como decía Freud es universal. La forma de abordarlo puede ser distinta a propósito de las distintas etapas en que se encuentra el ser humano, pero la pérdida es real, por tanto, hay una sensación de vacío.

**- ¿Cuáles son las técnicas de intervención que usted conoce (las que la persona conoce, no las que utiliza) para abordar el duelo? ¿Qué dice la bibliografía o investigaciones respecto a estas técnicas?**

Hay dos o tres que son bien interesantes, planteadas desde el psicoanálisis, es que es el abordaje de la problemática y de alguna forma reposicionar el Yo, por tanto, que la sombra del objeto perdido pueda ser integrada al Yo. Hay otros autores más nuevos, como Bleicher, que habla de eso de forma más clara. Por ejemplo, hablarles de cuál es el sentimiento que hay bajo el duelo, por ejemplo rabia, por ejemplo frustración, por ejemplo enojo, enojo, rabia.

**- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?**

Yo creo que cada persona a propósito de ser un universo distinto, puede tener ciertas cualidades que pueden potenciarse dentro de un grupo para el trabajo del duelo. En otras, yo creo que el trabajo individual es importante, entonces, más que si es bueno o malo, o si hay que hacer o no hay que hacer, yo diría que hay que evaluar al sujeto, al usuario, en qué condiciones está para entrar en una temática o si...más bien si es pertinente un abordaje individual.

**¿En qué detalles se fija para determinar una situación de duelo?**

Uno se fija en hartos aspectos, como los criterios de complejidad a propósito desde la familia, violencia, en que situación familiar se encuentra este sujeto en la actualidad. También si hay asociado un trastorno de personalidad, existen estudios que indican que ciertos trastornos de personalidad, por ejemplo los limítrofes, tienen una elaboración precaria del duelo, no quiere decir que no van a elaborarlo pero si que van a tardar más tiempo, por lo tanto, el abordaje va a ser distinto.

### **¿Cómo distingue una situación de duelo complicado de una depresión mayor?**

Porque como decíamos al principio, en el duelo la pérdida es real de algo, por lo tanto, la sombra del objeto cae sobre este sujeto. En la depresión mayor no hay necesariamente una pérdida, hay una pérdida imaginaria, una pérdida de vitalidad, una pérdida de ánimo, una pérdida de energía vital, que tiene que ver con algo interior de él, con algo más profundo, no tiene que ver con algo concreto, real.

### **¿Cómo diferencia los distintos tipos de duelo? ¿Existe alguna pauta o protocolo para determinar cuándo se está frente a los distintos tipos de duelo?**

Podemos identificarlos desde dos grandes grupos. Un duelo normal, que es hasta un año y un duelo patológico, cuando es más de un año. Ello conlleva desesperanza, culpa, en un duelo patológico, la pauta está a propósito de los manuales de psiquiatría y salud mental. Hasta un año es un duelo normal, a partir del año es un duelo patológico, cuándo está detenido, cuándo está detenido en el tiempo, cuándo no ha podido elaborar la pérdida.

**¿Usted cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado? ¿Cómo?**

Difícil pregunta evitar un duelo complicado. Lo que pasa es que el usuario llega cuando ya está en duelo, cuando ya se siente muy mal, el usuario no dice “sabe que”....a lo mejor se podría trabajar o elaborar un duelo previamente cuando tiene una enfermedad terminal o un familiar con una enfermedad terminal ,suponiendo que el objeto es una persona cercana. Ahí quizás uno pudiese elaborar o preelaborar un abordaje, para que no caiga en algo patológico, pero las personas vienen cuando están ya en patología, o cuando están atravesando la etapa más difícil del duelo normal, digamos.

**- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?**

Muchos autores indican que una vez establecida la alianza, una vez establecidas las confianzas con la persona, lo primero que hay que hacer es abordar la muerte, abordar el duelo, cómo fue, qué pasó, en qué circunstancias pasó, qué le pasó en ese minuto, algunos autores apunta a que lo antes posible hay que abordar la temática.

**- ¿Cuál es la modalidad de atención que usted utiliza con mayor frecuencia para abordar el duelo? ¿Por qué?**

Entrevista uno a uno para saber también otros aspectos, los criterios de complejidad que hay detrás de esto, si la persona tiene la suficiente fortaleza yoica, si esta persona es resiliente va a ser un trabajo mucho más expedito que si no. Intentar ayudar, que es lo que presenta, intentar conocerlo un poco, y a propósito de eso, ir diseñando una estrategia.

**- ¿Hay alguna otra modalidad que usted no use pero que reporte mayores beneficios?**

En esta modalidad en la que trabajo no me atrevo a comentarte otras.

**- ¿Sigue algún protocolo de actuación para el duelo?**

En principios protocolo como conocimiento de una persona, como criterios de complejidad, estructura de personalidad, y a propósito de eso uno va viendo con qué estrategia abordarlo. Una persona con dificultades para hablar, no puedo invitarla a abordarlo inmediatamente cómo fue el duelo, también tengo que ir conociéndola, cómo es su sistema individual, familiar, social, si hay o no redes. Este protocolo surge del conocimiento teórico, y surge del conocimiento



y la experiencia que tengo con una persona que está padeciendo un dolor profundo como el duelo. Hay protocolos de qué hacer en un caso de duelo, pero también va a depender de lo que presenta el paciente, de la estructura del paciente, del estado afectivo en que se encuentra en ese momento el paciente. Existen generalidades que uno puede hacer como manuales, pero los manuales son útiles con todas las personas.

**- ¿Este protocolo es compartido por el resto del equipo?**

Como ahora estamos con cambios, no se si todos estaremos compartiendo, la intención es tener uno en común, pero tenemos compañeros que se han ido, otros han llegado y no nos hemos juntado hablar sobre la temática de cómo lo abordamos cada uno, un abordaje en común.

**- ¿Ha trabajado el duelo en forma grupal? ¿Por qué?**

No nunca, porque los pacientes que he tenido en duelo, han sido capaces de poder elaborar la pérdida desde lo individual y han tenido las redes suficientes que lo han permitido.

**- ¿Quién se puede beneficiar con un trabajo grupal?**

La apertura, el abrir con otras personas que están pasando por lo mismo, por tanto, la normalización, el saber que a otro le pasa lo mismo que a mi también alivia.

**- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo? (solo con la persona, con la familia, con el resto del equipo, con las redes de apoyo, etc.)**

Solo con el doliente, con la persona. Solo con la persona en términos de saber quien es primero. Si la persona está presentando un cuadro médico, me coordino con el médico; si se averigua con la asistente social que no hay sostén en la familia, aplicamos redes.

**- ¿Qué hace cuando un familiar le informa que está preocupado por un integrante de su familia que tuvo una pérdida reciente?**

Intento generar las redes para que tengan la atención necesaria. Indagar cuánto tiempo lleva esa persona con el duelo, lleva cuatro meses y está decaído y con desánimo. En ese caso, es completamente entendible que esté pasando por ello. Pero si lleva cinco años en un duelo detenido, habrá que generar las redes necesarias para que esa persona tenga la atención oportuna.

**- ¿Qué hace usted cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo?**

Lo conversamos en reunión de sector, si yo creo que no está tomando un medicamento oportuno, se conversa en equipo y en equipo se resuelve si es o no apropiado, pero siempre en equipo.

**- Cuando usted detecta que alguien ha tenido una pérdida reciente, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuántas sesiones dedica a la persona en duelo? ¿Por qué?**

Cuando un consultante llega y manifiesta que ha tenido una pérdida reciente.... empatizo con él, me pongo en el lugar de él y lo difícil que tiene que ser perder alguien querido y desde ahí poder elaborar. Menos de seis sesiones es difícil aplicar a una persona en duelo, menos no se si causara el impacto necesario.

**- Cuando usted está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace?**

Interesante la pregunta porque un duelo complicado, patológico, de más de un año porque se ha ido anquilosando, no solamente se ha ido deteniendo, si no formando una creencia desde la rabia, en el supuesto que haya una rabia de

fondo. Por lo tanto, hay que elaborar la pérdida, hay que hablar esa pérdida y hay que ponerla en el contexto del criterio de realidad. Muchas veces, las personas con duelo traumático dejan de ver a los otros, como que la sombra del objeto no solamente cae sobre el Yo si no que lo abraza y le impide ver, le impide ver muchas veces gente que está al lado. Entonces, aplicar criterios de realidad, reducir la culpa, reducir la rabia si es el sentimiento central, creo que por ahí existe un camino a seguir.

## **ENTREVISTA N° 5**

### **TRABAJADORA SOCIAL CESFAM DR. CARLOS GODOY**

#### **- ¿Qué es un CESFAM?**

Los CESFAM son Centros de Salud Familiar, cuya misión principal es atender al individuo, familia y comunidad. Hay un trabajo en conjunto con la comunidad donde nosotros nos instalamos con un modelo familiar integral, holístico, que tiende, o que propicia, el tema de la prevención, la promoción sobre la enfermedad, eso en el ideal de un CESFAM. Cuesta como tener una actitud más bien preventiva frente a la enfermedad, porque se acude al médico cuando se está enferma, es un cambio de “chip” en el sentido de cómo a nuestra comunidad nosotros la educamos al tema de la salud – enfermedad.

#### **- ¿Nota diferencias con respecto a otros centros de APS?**

El cambio tiene que ver con el enfoque familiar, y con el enfoque preventivo promocional, principalmente.

**- ¿Cómo llegó ha trabajar en este CESFAM?**

Concurse. Yo vengo de otro CESFAM de la comuna de Pedro Aguirre Cerda donde estuve siete años trabajando ahí. Era CESFAM, hicimos todo el circuito, que es un proceso largo, difícil de instalar. Obviamente al llegar a Maipú está mucho más avanzado el modelo de salud familiar que en Pedro Aguirre Cerda, ahí estábamos más bien en todo el ámbito del organizar, los gestores, la conformación de los equipos pero no así con lo que implica la visión de la familia, desde un equipo cabecera, donde todos aportan, donde no solamente es la visión biomédica si no biopsicosocial. Está mucho más instalado, y mucho más avanzado el modelo acá. Me cambié por un tema de extensión de jornada, acá me ofrecieron jornada completa.

**- ¿Cuál es el cargo dentro del CESFAM?**

Yo soy trabajadora social, pertenezco al sector XX y además estoy encargada del programa de familia.

**- ¿Quiénes integran el equipo de Salud Mental?**

Participo en el programa de salud mental, apoyo en este caso lo que tiene que ver con el tema del trabajo con nuestros usuarios de salud mental de la

depresión. Y eso con terapias complementarias, yo hago Reiki con la idea, y ese es el objetivo, de bajar el tema de los medicamentos. En eso apporto, y en los ingresos de Salud Mental también, intentamos hacerlos en dupla, que eso también implica ampliar la visión, de ser psicólogo solamente, a psicólogo – asistente social, es un poco difícil, por el tema de las horas y todo eso, entonces, pero ingreso salud mental y apoyar el tema de la baja de medicamentos.

**- ¿Cuál es la labor de este Unidad? ¿Cómo trabajan?**

El equipo de salud mental está integrado por un medico, los psicólogos y los asistentes sociales de acá, de cada sector. Nos juntamos una vez al mes, donde tratamos de programar actividades en conjunto, las anuales también, de nuestra visión, nuestro trabajo, como por ejemplo el tema de que pudiéramos incidir en la baja de medicamentos y de ahí salió el Reiki y todo lo que tiene que ver, también con.....se me había olvidado, con la parte más bien educativa de los talleres que podemos hacer en nuestra comunidad, en tema de V.I.F., el tema del bulling, sobre el tema de los trastornos adaptativos, ahí apoyamos, vamos a los colegios o generamos grupos donde poder dar la información.

**- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?**

No tengo claro bien los porcentajes, ahora, la forma de derivar, lo que llega a mí tiene que ver básicamente con trastorno adaptativo.

**- Dentro de estas atenciones o consultas, ¿con qué grado de frecuencia se presenta el duelo?**

Es una temática que atraviesa, si uno se pone a ahondar encuentra instancias donde hay sentimientos de pérdida instalados, ya sea pérdida desde o lejanía desde la infancia con los padres, desde ruptura de pareja, muerte de hijos, muerte de padres, en personas adultas la muerte de sus padres, entonces son temáticas que uno encuentra, y ahí hay un duelo de larga data, que está instalado. Al pensar y al considerar el duelo como algo presente en el transcurso de la vida de uno, claro está. No se presenta así en lo puntual, se presenta disfrazado dentro de lo que uno puede ahondar, indagar en la entrevista que hace surgen estas temáticas frecuentemente, no siempre, pero frecuentemente surge la temática de la pérdida.



**- A nivel institucional, ¿considera que este CESFAM tiene las competencias (humanas, técnicas, espacio, tiempo) necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?**

Yo estimo que si, si. Desde lo que hace uno como trabajadora social, si bien identifica ciertas dificultades, ciertos conflictos, uno apunta más bien al tema de ver cómo está la familia, el soporte familiar, cuáles son sus redes, pero aquí yo creo que lo principal tiene que ver con el proceso terapéutico que pueda generarse con el psicólogo principalmente. Ahora, idealmente habría otra área que es el tema más bien grupal, eso no lo estamos haciendo actualmente, porque la instancia grupal es un espacio igual importante desde el conocer otras visiones, el conocer otras historias y en grupo canalizar esta energía, darle un sentido en el fondo, uno trata de buscar a través de la terapia psicológica, en la medida en que tú le des sentido a ese duelo, eres capaz de enfrentarlo, sino.

**¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)?**

Si, claro que si, desde todo lo que implica, desde manejo multidisciplinario, desde esta contención. Todas las capacidades instaladas para hacerlo, desde lo individual hasta lo grupal, están, y desde el equipo hacia el trabajo familiar.

**- ¿Qué entiende por duelo? ¿Esta definición de dónde surge?**

Duelo es una pérdida, es un dolor, es un proceso que tiene diferentes etapas, es un proceso largo, es un camino duro, difícil, pero en la medida que uno avanza puede traspasar esa barrera de dolor.

Yo siento que esta definición surge de ambas, desde la experiencia, de lo que uno vive, desde la clínica, desde lo que uno ha vivido personalmente y desde lo que uno ha podido estudiar.

**- ¿Esta definición que entrega, es compartida por el resto del equipo, o cada cual tiene su propia definición al respecto?**

Yo creo que cada uno tiene su propia definición, yo creo que hay un saber colectivo, una base que tiene que ver con eso de la pérdida, en lo concreto, pero no sabría decirte si hay una definición así como esto es duelo para todos. Pero, cuando nos vemos enfrentados en una situación así, desde el equipo de

cabecera podemos ser capaces quizás de poder decir esto va por aquí, esta variable implica acá, y ahí poder en conjunto dar una definición.

**- ¿Cuántos tipos de duelo conoce?**

¿Cuántos tipos de duelo?...No se, lo que decía antes, desde considerar el duelo del pasar de niño a adolescente que tiene que ver con los ciclos vitales, desde las pérdidas de familiares, no se, difícil como identificar, lo asocio mucho más con las pérdidas y el proceso que eso implica.... Pérdida.... También puede ser un duelo no solamente por el hecho de que una persona fallezca siendo concreto, si no también las pérdidas que tienen que ver con una ruptura de pareja. No se, pueden haber mucho, el fallecimiento de mascota, también viví esa, siento yo que aquí lo principal es la pérdida.

**- ¿Cuál de ellos se presenta con mayor frecuencia en esta Unidad?**

Con mayor frecuencia.....siento yo que la ruptura de pareja, la pérdida de un hijo y la pérdida de los padres, como en ese orden, que tú puedes identificar.

**- ¿La bibliografía desarrollada en torno a esta temática, ha sido de utilidad para usted? ¿Y acá en Chile, cómo siente que está siendo tratado el tema?**

La temática del duelo, yo siento que desde lo que es la...principalmente la terapia psicológica, eso para la gente que consulta, para los que no, en una sociedad que no tiene considerado la pérdida, la muerte, no hay mucho camino ahí que avanzar, porque se quedan con la sensación de pena, de dolor, solamente aquel que llega disfrazado de una depresión, de un trastorno adaptativo, donde tu finalmente puedes lograr identificar que hay pérdidas importantes en la vida, ahí se podría tratar, pero si no, no, la sociedad no está preparada para enfrentar el tema del duelo.

**- ¿Este tipo de consultas, es trabajada en forma interdisciplinaria?**

Si, eso se intenta hacer. Muchas veces intentamos, por eso te decía antes, nosotros intentamos lo que tiene que ver con la primera entrevista, la primera evaluación realizarla en dupla, pero cuando hay caso que así lo ameriten. Pero principalmente, en una primera instancia, tratamos de estar todos para poder aportar en un caso, pero cuando se termina la terapia psicológica sigue este camino.

**- ¿En qué detalles o aspectos se fija para diagnosticar o evaluar una situación de duelo? ¿De dónde surge esta forma de diagnosticar el duelo?**

Más que diagnosticar es como considerar ciertas variables, por ser trabajadora social, antecedentes de pérdida de duelos no resueltos, de duelos recurrentes que están ahí dando vueltas, no querer aceptar, la primera impresión, esta resistencia, este ir aceptando paulatinamente hasta complicarse, son como cinco etapas. Esto no se si lo leí o lo escuche, hay un autor argentino, Jorge Bucay que habla sobre el tema del duelo, por ahí puede ser.

En el caso mío tiene que ver con evaluar el tema de los vínculos, eso te habla de cómo ha sido, si ha sido vinculo nutritivo, cómo han terminado si han terminado, qué consecuencias ha tenido esa pérdida, como eso, la historia, y principalmente una historia que para mi es súper importante, que tiene que ver con la infancia, ahí hay muchas cosas que se pueden generar y en la adultez pueden repercutir y generar mucho dolor, principalmente en la niñez y desde los vínculos, qué tan positivos han sido sus vínculos.

Esta manera de evaluar el duelo siento que tiene que ver con la visión que tenga cada uno en relación a la vida, a la formación, a la importancia de ciertas variables, como son la comunicación, el tema de los vínculos, el tema de la resolución de conflictos, con todo eso, siento que tiene que ver con la

formación, en la importancia que hay en las relaciones interpersonales, no hay una formación en relación a esto es “así y así”, lo mismo pasa con el tema de la depresión, o sea, la depresión es como un todo, hay ciertos síntomas que tu puedes identificar, no se, como labilidad emocional, irritabilidad, decaimiento, fatiga muscular, que son como las características, si están más de dos o tres semanas. Identificar un duelo es lo mismo, en este caso, se va más bien en cómo han sido sus pérdidas, cómo han sido sus dolores, drásticamente tiene que ver con un tema de cómo han sido sus relaciones.

**- ¿Se guía por algún protocolo?**

No, no. O sea, cuando hago una entrevista trato de poder aportar principalmente desde un primera infancia, cómo ha sido y cómo ha resuelto, y que cosas.....y eso siempre resulta, o al menos a mi me resulta, qué cosas quisiera cambiar en esta vida, si tuviera la barita mágica qué haría, es una pregunta en que la persona te pueda decir qué es lo que le está pasando, pero no tengo algo así establecido, hay ciertos puntos que para mi son importantes, el tema de la infancia, qué pasó en su infancia y a partir de ahí, cómo fue configurando su vida.

**- ¿Esta forma que utiliza para diagnosticar, es compartido por el resto de la Unidad. O c/u lo diagnostica de acuerdo a su especialidad o criterio?**

Uno aporta, y yo también he podido rescatar de mis colegas, ya sea psicólogo, o trabajadora social, del equipo de salud cuando uno presenta los casos, y de ahí como el presentar este caso en el equipo, te da luces de cómo lo hizo, y toma forma de él o de ella, su forma de poder indagar en la realidad, no es que tampoco haya un criterio.

**- ¿Cómo lo hace para diferenciar un duelo esperado de uno con evolución complicada?**

Uno esperado desde las crisis normativas?, hay un duelo esperado de lo que puede ser, claro, un duelo esperado es cuando los hijos se van, este matrimonio que tiene que volver a, o si está la pareja junta volver a re-encantarse y si ha estado en función de estos hijos, obviamente quedan ahí y si no ha habido nada entre ellos, en estos años, es mirar hacia el lado y ver a un desconocido, entonces, como desde este caminar puede ir identificando estas crisis normativas que son esperadas. Con evolución complicada, son los más difíciles pienso yo, yo que soy madre, tiene que ser la pérdida de un hijo, son duelos que ahí uno como que tu salud tiene que estar constantemente con una

buena contención, de saber que no están solos siento yo, duelos complicados, si puede ser eso, más difíciles de superar.

**- ¿Cómo distingues una situación de duelo complicado de una depresión mayor o de otro cuadro clínico?**

Eso es más genérico. Yo siento que ahí tiene que haber diferencias en los síntomas y tiene que haber diferencia desde la misma estructura de la persona. Eso favorece o no la evolución de un cuadro así. Eso es necesario verlo desde el trabajo, desde el equipo de cabecera. Cuando por ejemplo, un médico está hablando todo lo que es los fármacos, la psicóloga está haciendo lo que es terapia y no hay resultados, qué está pasando, o qué nos está pasando, qué está pasando con la usuaria, la familia, ver en qué podemos mejorar esa situación, siento que cuando hay un duelo complicado, hay que ver en qué factores se está trabajando para mejorar esa situación.

**- ¿Cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado?  
¿Cómo?**

Eso depende principalmente desde el soporte familiar y depende de la estructura de la persona, las capacidades que tenga también, no se si uno será capaz, uno intenta apoyar lo más posible, de ir a verlo, qué está pasando y



tener como claro, en ese momento la certeza de que está mejor, está mejor, y preocuparnos de que la situación no ha mejorado y seguimos en eso, tratamos de que vamos a consultarla de salud mental, de psiquiatría, si fuera así, cuando viene la gente de COSAM o del hospital, donde podemos tener una mirada más dispersa, psiquiatra. Ellos vienen cada quince días.

**- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?**

Lo primero que hago yo cuando detecto una situación de duelo, evaluar de cierta forma la disposición a iniciar un proceso terapéutico, eso, porque en definitiva yo siento que hay etapas de negación por parte de las personas que están atravesando procesos que de repente no quieren ninguna ayuda, de todas formas, brindarles un espacio de contención, que sepa que nosotros estamos para ayudarlo, tratarle de que efectivamente se den cuenta cómo están. Eso en lo concreto con la paciente y cuando hay muchas más situaciones complicadas, no se, poder evaluar cómo está asumido, como asistente social, cómo está el soporte familiar, cómo está su vida. Porque hay muchas personas, no muchas pero hay, uno se da cuenta que aquí en el CESFAM es como la instancia que tienen para desahogarse pero también encuentras en algunos casos, con familias que no permiten que uno sufra, entonces hay una negación, no negar a esta persona que está con todo su

dolor y quiere desgastar, procesar, darle sentido, también es súper importante el poder conocer a esta persona.

**- En el caso de un duelo reciente (con reacciones esperadas): ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención? ¿Cuántas sesiones dedica a la persona en duelo?**

Es como relativo, si llega a la primera entrevista, con la intención de poder tener mayores antecedentes, con la intención principal de poder generar una confianza, que enganche, se deriva a psicólogo, se comenta el caso y puede haber etapas de seguimiento con visita domiciliaria, para ver cómo está el entorno de la familia. Porque también tienes que pensar que es un proceso y si la persona ya ingreso, está contenida, está con su terapia, lo que hay que hacer en este caso es que viva su proceso.

**- Cuando está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?**

En un duelo complicado yo creo que ahí podría complicarse el tema de la...esta cosa como ideación suicida, como algo más que pueda ir complicando un poco más la situación, pero yo siento que, no se si lo mismo, pero es parecido el proceso de acompañamiento. Uno llega en la medida que ese usuario esté

evaluado y esté ya en proceso de terapia psicológica, esa es la instancia. A lo mejor ahí lo que nos faltaría, y puede que estemos ahí débiles, que tienen que ver con estas instancias grupales, puede que sea uno de los pasos que nos podría servir, nos podría faltar, en cuanto al abordaje tanto de cuadros depresivos, trastornos adaptivos o duelos.

**- ¿Y esta forma de abordar el duelo, cómo la desarrolló?**

Es lo que te dije antes, no se, le doy importancia a ciertos ámbitos de la vida que pueden estar favoreciendo el poder evaluar las herramientas que pueda tener la persona, el aportar variables en relación a su familia, y con toda esta información compartiendo con el equipo de salud, llegar a que todos puedan evaluar. Si hay un protocolo es como éste, y claro, eso se ve mucho más cuando logramos hacer dupla, donde cada uno entrega su orientación y de ahí vamos complementando. Y tiene que ver con la experiencia, yo creo que cuando uno recién está ahí como que....pero cuando uno lleva sus años en esto, es increíble cómo uno sabe o tiene esa intuición de irse por aquí y las puertas se van abriendo, y eso tiene que ver con la experiencia, y tiene que ver también yo siento con el respeto al dolor del otro también, tratar de ponerse en el lugar del otro, ser empático.

**- Este forma de intervención, ¿es compartida por el resto de la Unidad o c/u lo aborda de manera distinta, de acuerdo a su criterio o especialidad?**

No se lo que hacemos todos en conjunto. En lo puntual, en terapia psicológica, no que....es como lo más fuerte, a lo mejor en lo grupal, porque ahí sería una instancia, sería una súper instancia de poder generar este conocimiento colectivo, en la medida en que apostáramos, no solamente quizás la psicóloga o la asistente social, si no un médico.

**- ¿El abordaje del duelo es distinto de acuerdo al ciclo evolutivo/género/tipo de vínculo?**

Yo creo que si, porque va a depender de la edad biológica y de la madurez, claro, el ciclo evolutivo, la pérdida de la niñez a la adolescencia es una pérdida, es un proceso de la búsqueda de esta identidad, el duelo de la....del síndrome del nido vacío, claro, tienes personas más adultas. Todas siento que también tienen que ver con....un poco nosotros cómo deberíamos preparar a esta población, en términos que son épocas que pueden venir, cómo nos anticipamos, claro que en la medida que no haya un conocimiento, puede que sea mucho más complicado el poder abordarlo, no tienes herramientas poder afrontarlo, el poder socializar estos dolores normales, puedes disminuir sintomatología en una persona.

En cuanto al género, es distinto porque somos una cultura machista. Obviamente nuestra mayor demanda tiene que ver con el sexo femenino. La mujer está más socializada desde la emoción, desde el llorar, desde el dolor. El hombre, no es que desde el hombre no hay dolores, pero es más difícil, más difícil como que lleguen acá o que, es posible, llega gente, llegan hombres, pero hay diferencias.

En cuanto al vínculo, tiene que ver con lo que uno tiene concebido como el cariño, tiene que ver con las pérdidas, como uno vive, mira algo que tengo aquí escrito [indica] y me gusta mucho, “a los que amo y me aman sin dependencia” tiene que ver con las dependencias, es como uno genera los vínculos, “a los que no temen que los caminos nos separen porque saben de los reencuentros” no todos saben, no todos hemos vivido desde estos amores positivos, estos círculos maternos hijos donde existe el poco cariño, la poca afectividad, hacen que uno se aferre de tal forma a este otro ser, que obviamente si no está, se te acaba el mundo, porque hay un grado de dependencia tan grande. “A los que quieren ser felices” Jorge Bucay. Tienen que ver con el círculo, con la persona con la cual, como te decía antes, la muerte de un hijo, yo creo que es una de las situaciones más terribles que le puede pasar, sobre todo a una madre. Pero también tiene que ver cómo uno ha sido formado desde su soporte emocional, desde las pérdidas, desde el poder significar las pérdidas, las lejanías, como eso, “no, no temo alejarme de ti porque se que los caminos nos van a

encontrar”, no se dónde, quizás en el más allá, pero hay toda una filosofía de esa pérdida.

**- ¿Cuál es la modalidad de atención que tú más utilizas para abordar el duelo?**

Yo creo que no alcanzo a mirar esa etapa, yo creo que tiene que ver más con el proceso que lleva a cabo la psicóloga o psicólogo. Yo siento que en la etapa en la que estoy, tiene que ver con poder, como te decía antes, poder visualizar lo que está pasando, cuáles han sido sus vínculos, cuáles han sido la calidad de sus vínculos, como eso.

**- ¿Hay alguna otra modalidad que usted no use pero que conozca, incluso cree que reporte mayores beneficios?**

La grupal. Por lo que se logra, el tema del poder compartir diferentes experiencias y el tema de poder decir, o comparar en un sentido de decir ella tiene una pena....la pena mía también es grande, pero ella hizo esto, es compartir experiencias, es compartir el dolor. Si desde lo individual, uno cree que desde el dolor, en lo grupal también. No lo uso por tiempo, de espacio.

**- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo (solo con la persona, con la familia, con las redes de apoyo, etc.)?**

Normalmente mujeres, en edades de como de los 35-40, en las primeras crisis ahí. Intervengo con el paciente y la familia, en esta idea de poder ver que está pasando, ver si efectivamente cómo está viviendo la familia en sistema, cómo está viviendo esta familia también este duelo, hay familias que están más que cansada con este familiar, que lleva tiempo llorando, que le tienen mala, hay familias que son muy contenedoras, muy aportadoras, hay de todo, por eso es importante saber que está pasando por ella y que está pasando con ella dentro de su enfermedad.

**- ¿Qué hace cuando un familiar le informa que está preocupado por un integrante de su familia que tuvo una pérdida reciente?**

Investigar, investigar lo que está pasando, y cuáles son de alguna u otra forma las instancias que la puede apoyar para saber que está pasando, evaluarla a ella, desde la disposición, es como ver en qué etapa está de su duelo, también, hay como cinco etapas y una etapa de negación que no va para ningún lado, pero cuando pasa eso y uno ve que este miembro está deteriorando su vida, su estar acá, poder potenciar en este caso a la familia, a este miembro de la familia que vino, desde ahí verlo como una oportunidad.

**- ¿Qué hace cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo (duelo esperado)?**

Ahí no me puedo poner a diagnosticar porque lo hace un médico. Yo creo que...en esta eventualidad, poder conversarlo con el equipo. En este caso, el que diagnostica es el médico, pero desde el aporte que hace uno, es decir, no será esto, no será lo otro.

**- ¿Qué es lo que hace cuándo considera que el resto de la Unidad no está abordando adecuadamente una situación de duelo?**

Más que el equipo de salud mental es el equipo de cabecera del sector, pero lo conversamos también, tenemos nuestra experticia, tenemos nuestra orientación, pero la idea es compartir y no rivalizar o competir entre nosotros, si no que nuestro objetivo no es el objeto de intervención sino el sujeto de intervención. En el caso del Reiki, ha costado mucho, ha costado mucho porque también tiene que ver con qué validamos en atención primaria o qué validamos desde el modelo biomédico, desde el medicamento, desde el examen, o nos abrimos a instancias que pueden complementar un tratamiento, y llevamos desde el año pasado, alrededor de 50 pacientes, son cuatro sesiones, hay buena aceptación.



**- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?**

Lo que decía antes, ya se lo respondí, importante, importante eslabón del proceso terapéutico, ahora también tenemos que tener claro que no todas las personas son para grupo y uno también debe ser capaz de respetar esa posición, hay personas que les cuesta más.....ser capaz de decir al psicólogo, “no me gusta”, “la psicóloga no me gusta, siento que”, entonces yo le digo “pero ha hablado con su psicólogo o terapeuta, le ha dicho lo que le molesta”, porque tiene que haber una confianza, porque es la única forma de avanzar.

**- ¿Quién se puede beneficiar con esta modalidad de intervención?**

Principalmente nuestra población y desde el trabajo mismo el equipo. Y tiene que ver con poder abordar desde varios ámbitos una problemática, no centrarse en un solo problema si no entre todos, lo que te decía antes, desde lo individual, desde lo familiar, desde dónde está inserta esta familia, en todo, como entre todos nos podemos apoyar y como también en instancia grupal, el poder incorporar otros profesionales del equipo también, el poder instalar este aprendizaje para todos, estamos todos en esto, ahora nosotras desde nuestra formación, como trabajadora social, de alguna u otra forma nuestra formación nos hace ser así, de tener esa visión más integral, más holística si se quiere, entonces, yo siento que no nos cuesta mucho el poder ahondar pero de repente

si nos encontramos con ciertas barreras, en eso estamos, ha sido un poco difícil la instalación del modelo, pero estamos en eso.

## **ENTREVISTA N° 6**

### **DOCTORA CESFAM DR. CARLOS GODOY**

#### **- ¿Qué es un CESFAM?**

Un centro de salud que se preocupa de la familia y de su entorno biopsicosocial, no solamente lo biológico, eso más que nada, preocuparse de todo el ambiente social del paciente y de su esfera psicológica y también obviamente lo biológico, que no se puede abandonar.

#### **- ¿Nota diferencias con respecto a otros centros de APS?**

Están los consultorios que tienen el modelo biomédico; en el CESFAM se atiende toda la esfera biopsicosocial, no es solamente el centrarse en una enfermedad, ver las causas que pueden estar provocando esa enfermedad.

#### **- ¿Cómo llegó ha trabajar en este CESFAM?**

Mande un curriculum, me llamaron a entrevista, y pasé la entrevista, así fue.

**- Cargo dentro del CESFAM**

Soy la subdirecta médica, tengo harta experiencia en atención primaria y llevo cuatro años atendiendo.

**- ¿Quiénes integran el equipo de Salud Mental?**

Prácticamente todo el equipo de un CESFAM, pero más focalizado en médico, psicólogo y asistente social.

**- ¿Cuál es la labor de este Unidad? ¿Cómo trabajan?**

Bueno, ver la parte del paciente.

**- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?**

Trastornos reactivos bastantes, depresión también bastante, trastornos de la personalidad también bastante. Aquí puede ser un poco más relajado el tema de salud mental, antes trabajaba en la comuna de El Bosque y había mucho abuso, aquí se ve pero no tanto, abuso porque la gente vive hacinada, era bien común.

**- Dentro de estas atenciones o consultas, ¿con qué grado de frecuencia se presenta el duelo?**

10% de los casos, muchas veces eran duelos no resueltos de antes, no alguien que se le hubiera muerto alguien, pero si con duelos no resueltos ya de antes, patologizados.

**- A nivel institucional, ¿considera que este CESFAM tiene las competencias (humanas, técnicas, espacio, tiempo) necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?**

Si.

**- ¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)?**

Si por supuesto, si claro. Se atiende a la familia en general y estamos más capacitados que gente que trabaja en otro tipo de modelos, a atender mejor a personas que han perdido a un ser querido.

**- ¿Usted qué entiende por duelo? ¿De dónde surge esta definición?**

Bueno la pérdida, la pérdida en general de un ser querido. Otro tipo de pérdida también, pero más que nada, el ser querido que se te va.

[Este concepto surge] De ambas cosas [experiencia y lectura].

**- Esta definición que usted entrega, ¿es compartida por el resto del equipo, o cada cual tiene su propia definición al respecto?**

Es compartida. Es una temática que ha salido y hemos conversado, con un psicólogo, con un asistente, en consultarías también.

**- ¿Cuántos tipos de duelo conoce?**

El duelo normal, el duelo patológico, eso principalmente. El duelo normal es cuando tienes una pérdida reciente que no debería durar más de seis meses, y el duelo patológico, se extiende más allá de seis meses, sin que tú puedas retomar tu vida.

**- ¿Cuál de ellos se presenta con mayor frecuencia en esta Unidad?**

El patológico, no se ha resuelto bien, todavía no pueden retomar sus actividades, todavía tienen un nivel grande.

**- La bibliografía desarrollada en torno a esta temática, ¿ha sido de utilidad para usted? ¿Y acá en Chile, cómo siente que está siendo tratado el tema?**

No conozco ninguna institución especializada, ni ningún otro tipo de organizaciones, ni grupos.

**- ¿En qué detalles o aspectos se fija para diagnosticar o evaluar una situación de duelo?**

Las circunstancias en que ocurrió la pérdida, si fueron muy traumáticas, a lo mejor no es tanto....bueno y en las redes que tenga la persona que viene a consultar, si tiene apoyo, si no tiene apoyo, fundamentalmente eso y ahí va viendo uno que....evaluando qué se hace.

Esta forma de diagnosticar la aprendí en el diplomado de la Chile, un diplomado de psiquiatría. Había un apartado del duelo.

**- ¿Se guía por algún protocolo?**

Si, el del diplomado más que nada. Lo primero que recomiendan es no intervenir el duelo, el duelo normal, no medicar, tratar de que el duelo se viva, el duelo tiene que vivirse, y bueno de ahí se va evaluando como va el paciente, pero la principal recomendación es no intervenir el duelo normal. El duelo patológico tiene un protocolo, primero tratar de ver sus medicamentos, primero en atención primaria y si no derivar. Los medicamentos dependen de la sintomatología y de la terapia que pueda hacer con el psicólogo.

**- Esta forma que utiliza para diagnosticar, ¿es compartido por el resto de la Unidad. O c/u lo diagnostica de acuerdo a su especialidad o criterio?**

Es compartida, nosotros aquí tenemos reuniones clínicas de salud mental y se ha abordado, una vez al mes. Estos espacios se aprovechan para resolver casos, resolver dudas. El resto del equipo, me imagino que utiliza el mismo procedimiento, me supongo yo.

**- ¿Cómo lo hace para diferenciar un duelo esperado de uno con evolución complicada?**



Bueno, primero que nada, el tiempo que tenga de duelo, si es reciente, obviamente no va a estar bien, si han pasado seis meses y la persona sigue sin poder realizar sus actividades normales, ya obviamente está complicado, o si ha fallecido en circunstancias muy traumáticas, se puede empezar a intervenir con terapias.

**- ¿Cómo distingue una situación de duelo complicado de una depresión mayor o de otro cuadro clínico?**

Habría que ver los antecedentes, del paciente, anteriores, si tenía consulta en salud mental de antes, si ya tenía algún diagnóstico y se le suma al duelo, eso dependerá de cada caso.

**- ¿Cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado?**

En algunos casos si, ahí es fundamental el equipo del trabajo de salud, y dependiendo de las redes con que cuente el paciente, ir trabajando esa parte también, yo creo que es posible, pero en algunos casos no lo vas a poder evitar, se va a complicar igual, pero en otros sí. Paciente que no tenga apoyo familiar, que no tenga participación en actividad social va a tender a caerse cada vez más para abajo.

**- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?**

Principalmente contención, contención y como te digo ir evaluando en la medida en que va transcurriendo el tiempo.

**- En el caso de un duelo reciente (con reacciones esperadas): ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención? ¿Cuántas sesiones dedica a la persona en duelo?**

Unas tres o cuatro sesiones, pero principalmente para contener, el objetivo sería contener y evaluar.

**- Cuando está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?**

Bueno, principalmente evaluar la causa de la complicación y ahí evaluar con el equipo de salud mental, ver con el psicólogo qué podemos hacer, primero tratar de intervenir acá y si no nos resulta, derivar a la atención secundaria, pero primero tratar el caso acá.

**- Y esta forma de abordar el duelo, cómo la desarrolló?**

Protocolo y experiencia. Yo trabajaba en Chiloé y me toco trabajar muy de cerca con la psiquiatra, entonces yo aprendí mucho de la psiquiatra, pero porque quise no más. En atención primaria, me topaba mucho con la psiquiatra pero por otras actividades, como me interesaba, nos juntábamos y hablábamos de pacientes de casos y ahí aprendí harto. Era un centro de atención primaria en Castro, era un CESCOF rural, estaba en el campo. Allá, en cuanto al duelo, las personas tienen más redes, tienen muchas más redes que las personas que pueden vivir en la ciudad, es bastante aislante, pero el chilote en general tiene muchas redes sobre todo familiar, entonces están mucho más acompañados en el caso de un duelo, que el que puede estar aquí en Santiago.

**- ¿El abordaje del duelo es distinto de acuerdo al ciclo evolutivo/género/tipo de vínculo?**

Si, claro, no es lo mismo un adolescente que pierda a una mamá, que una mamá que pierda el hijo, el papá que pierda el hijo, es distinto, son ciclos distintos de la vida también, ciclos de madurez, depende en qué etapa esté la persona.

En cuanto al género, en general al hombre le va a costar mucho más que te cuente, va a tratar de sobrellevarlo solo y cuando no pueda más, va a venir a pedir ayuda. La mujer va a acudir más prontamente.

En cuanto al vínculo, si claro.

**- ¿Cuál es la modalidad de atención que usted más utiliza para abordar el duelo?**

Más que nada, o sea, lo que tiene que ver conmigo atención individual, y muchas veces cuando los pacientes no están complicados, mujeres sobre todo, los mando al taller de risa terapia y con eso hemos resuelto bastante, bastante, a mi me va muy bien con ese taller, claro que tiene que ser pacientes con ciertos criterios, que no estén con duelo complicado, que ojala no haya otra patología de salud mental de base, porque es un grupo muy bonito y muy contenedor, pero no les puedo mandar cualquier cosa, porque lo desarmo.

**- ¿Hay alguna otra modalidad que usted no use pero que conozca, incluso cree que reporte mayores beneficios?**

Puede haber evaluación en dupla, en consultaría también hemos trabajado acá, en consultaría con COSAM. Puede haber talleres, pero hay que armarlo, armarlo con tiempo para que no se te escape la cosa.

**- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo (solo con la persona, con la familia, con las redes de apoyo, etc.)?**

Con el paciente y con la familia, pero es caso a caso, pero en general no intervengo, solo contengo, en la generalidad, si es complicado intervengo pero si no, es contención. Son intervenciones menores, no es que le chanto diazepam para que pueda dormir.

**- ¿Qué hace cuando un familiar le informa que está preocupado por un integrante de su familia que tuvo una pérdida reciente?**

Bueno, se puede decir que venga a pedir hora, o hacerle una visita para evaluar las condiciones de la casa, la familia. Evaluar caso a caso.

**- ¿Qué hace cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo (duelo esperado)?**

Intento quitarle la medicación poco a poco, dependiendo de las dosis, eso y evaluar.

**- ¿Qué es lo que hace cuándo considera que el resto de la Unidad no está abordando adecuadamente una situación de duelo?**

Se conversa en la reunión de sector donde se tratan casos de familia, se pueden conversar ahí. Las reuniones de sector son cada semana, se hace una presentación de caso, se evalúa una familia en riesgo o una situación de crisis en una familia y se expone al equipo y el equipo completo decide qué es lo que es mejor hacer, cada uno entrega su opinión, su aporte, de ahí salen los objetivos, las acciones.

**- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?**

¿En qué sentido?, grupal de los pacientes? en taller? A mi me parece que es bueno, dependiendo del paciente, uno no complicado es más fácil, por lo menos en atención primaria y los más complicados, tienen que estar bien dirigidos. Mezclar un duelo normal con alguien que tenga un duelo patológico, no me parece que sea lo mejor.

**- ¿Lo ha implementado? ¿Siente que sería bueno implementarlo?**

No. No conozco experiencias. Sería bueno implementarlo.

**- ¿Quién se puede beneficiar con esta modalidad de intervención?**

Los pacientes, la familia en general se va a beneficiar, si la persona que va al taller está respondiendo bien.

## **ENTREVISTA N° 7**

### **PSICÓLOGA CESFAM DR. IVÁN INSUNZA**

#### **- ¿Qué es un CESFAM?**

Un CESFAM es un centro de salud familiar con un enfoque biopsicosocial, en donde no atendemos solamente a la persona desde el punto médico si no que también influyen otras variables, y se trabaja a nivel familiar, y se trabaja mucho también con los que es la comunidad, ya no solamente el paciente, si no que el paciente y su familia, el paciente y la comunidad, y lo que se favorece mucho es la promoción y la prevención de la salud, ya no solamente se centra en la enfermedad como era antes, si no que ahora se trabaja para evitar la enfermedad. Esta sería la diferencia con respecto a otros centros, el enfoque, el enfoque biopsicosocial. Antes era más el enfoque biomédico, en donde era solamente...era la patología y eso, en donde tomaban mucho en cuenta otras variables que estaban interviniendo, a lo mejor en el problema de salud de la persona, entonces era solamente el individuo. Acá el enfoque es más integral.



**- ¿Cómo llegó ha trabajar en este CESFAM?**

Haber, porque yo hice mi práctica en un consultorio, entonces me gustó mucho como se trabajaba, todo lo que se hacía, el enfoque más comunitario, más que clínico, porque en realidad es difícil hacer clínica en un CESFAM atendiendo una vez al mes, que es lo que nosotros atendemos por la cantidad de pacientes, entonces me gustó mucho como el área más comunitaria. Hice mi práctica en consultorio, en un consultorio de Lo Espejo, así que también estuve en un consultorio en Cerro Navia, de ahí, que me empecé a encantar con el trabajo de atención primaria.

**- ¿Cuál es el cargo dentro del CESFAM?**

Soy psicóloga del sector XX y coordinadora del Programa de Salud Mental.

**- ¿Quiénes integran el equipo de Salud Mental?**

Tres psicólogas y dos asistentes sociales, y los médicos, tenemos siete médicos en el centro. Lo que pasa es que los equipos trabajan más independiente por sector, cada psicóloga con su médico y su asistente social, pero también se hacen reuniones en conjunto, están las consultarías, donde participamos todos, entonces igual se enfoca de manera integral.

**- ¿Cuál es la labor de este Unidad? ¿Cómo trabajan?**

Bueno, el equipo de salud mental atiende las necesidades de los pacientes en lo que se refiere a salud mental, entonces se realiza psicoterapia, psicoterapia individual, se realizan talleres, hay grupos de auto ayuda, de auto cuidado, se trabajan con diferentes programas de alcohol y drogas, de depresión, de violencia intrafamiliar, todos esos puntos.

**- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?**

¿Qué tipo de trastorno? ¿De patología?...eh, harto trastorno adaptativo en los adultos, en los niños, trastornos emocionales, conductuales, y depresión.

**- Dentro de estas atenciones o consultas, ¿con qué grado de frecuencia se presenta el duelo?**

Yo creo que como un 10% de atención, igual aparece harto, aparece harto en las consultas, es frecuente.

**- A nivel institucional, ¿considera que este CESFAM tiene las competencias (humanas, técnicas, espacio, tiempo) necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?**

Yo creo que por parte de los psicólogos si, porque uno está preparado, maneja el tema, entonces está como dentro de las competencias y habilidades que uno debiera tener. Pero el resto del equipo, generalmente lo que hace es derivar a los pacientes, claro, más que trabajar con el tema del duelo propiamente tal.

**- ¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)?**

Si, yo creo que es bueno el modelo de salud familiar porque generalmente cuando ocurre una situación de duelo no solamente afecta al individuo, sino que afecta a la familia muchas veces, entonces lo que le pasa a un individuo, obviamente influye en el estado de las otras personas, afecta todo el sistema familiar, entonces claro que es pertinente, sobre todo los casos de duelo de los pacientes que son, no se, po, paliativos, y para enfermedades complicadas que finalmente terminan en esto, entonces, claro que es pertinente.

**- ¿Usted qué entiende por duelo? ¿De dónde surge esta definición?**

Duelo, duelo es la pérdida, la pérdida, no es cierto, no solamente de una persona, puede ser una pérdida de....laboral, una pérdida de una vivienda, no solamente de un ser querido. Toda pérdida va asociada a un duelo.

**- ¿Esta definición que usted entrega, es compartida por el resto del equipo, o cada cual tiene su propia definición al respecto?**

De ambas, de ambas, claro, porque uno generalmente tenía como la idea de cómo que duelo era el fallecimiento de algo, la pérdida física, y no solamente se refiere a eso, por ejemplo, una separación también es un duelo, no es cierto, entonces, eso.

**- ¿Cuántos tipos de duelo conoces?**

Bueno, los tipos de duelo, eso depende, depende de la literatura, depende del autor, depende del enfoque, no es cierto, porque hay distintas clasificaciones de duelo, pero como el más conocido es el duelo normal y el duelo patológico, no es cierto, hay clasificaciones que tienen que ver con el tiempo, si es anticipado,

si es tardío, pero lo que más recuerdo que es como el normal y el patológico. El normal, debiera atravesar las cuatro o cinco etapas que más o menos son las que se van generando y en donde el paciente vive su proceso pero al final empieza a aceptar, finalmente la última etapa sería la aceptación de la pérdida de la persona y donde si es funcional, si sigue realizando su actividad, es porque aprendió a vivir con esa pérdida, con ese dolor. En cambio, el patológico es cuando esta pérdida influye significativamente en diferentes áreas de la persona, ya sea en el área individual, familiar, laboral, no es cierto, en donde el dolor no....a pesar del paso del tiempo, el dolor no disminuye, porque igual la tristeza siempre va a estar, pero el dolor debiera ir disminuyendo a medida que va pasando el tiempo y uno debiera aprender a convivir con esa pena, entonces, ¿cuándo se patologiza? cuando ya interfiere en el funcionamiento global de la persona.

**- ¿Cuál de ellos se presenta con mayor frecuencia en esta Unidad?**

El normal, el normal, el duelo normal.

**- La bibliografía desarrollada en torno a esta temática, ¿ha sido de utilidad para usted? ¿Acá en Chile, cómo siente que está siendo tratado el tema?**

Si, siempre es bueno consultar, siempre tener apoyo acerca del manejo para este tipo de procesos. Parece que no es mucho lo que se aborda en Chile el tema del duelo, porque a pesar de que es algo que todos lo vivenciamos en alguna etapa de la vida, no es cierto, eh, no, no siento que sea abordado a lo mejor como debiera ser, porque no hay un protocolo, no hay una guía de duelo como la depresión, la violencia, a lo mejor, faltan investigaciones sobre el tema o trabajos.

**- Este tipo de consultas, ¿es trabajada en forma interdisciplinaria?**

Acá....eh...con los diferentes profesionales no, hasta ahora lo tratamos solamente los psicólogos, entonces cuando algún profesional pesquisa alguna situación de duelo, en donde el paciente está presentando síntomas que ya, no se, es difícil un poco sobre llevar esta situación, se deriva a psicólogo, solamente a psicólogo.

**- ¿En qué detalles o aspectos se fija para diagnosticar o evaluar una situación de duelo? ¿Por Qué?**

Bueno, en las diferencias de la personas, claro, cómo está funcionando en el área individual, familiar, laboral, como para ir evaluando cómo le ha afectado la pérdida en su vida.

**- ¿Se guía por algún protocolo?**

No, no, no, no, me guío más bien por las etapas de duelo.

**- ¿Esta forma que utiliza para diagnosticar, es compartido por el resto de la Unidad. O c/u lo diagnostica de acuerdo a su especialidad o criterio?**

Nunca lo hemos conversado como cada uno aborda el duelo. No sé qué procedimientos utiliza el resto para diagnosticar.

**- ¿Cómo lo hace para diferenciar un duelo esperado de uno con evolución complicada?**

Primero en la entrevista evaluamos, no es cierto, evaluamos el tiempo, la historia, lo que pasó, cómo se ha comportado la persona, los síntomas, la intensidad de los síntomas, y según eso, veo si está como dentro de la etapa normal, o, si a lo mejor se está complicando con el tiempo.

**- ¿Cómo distingue una situación de duelo complicado de una depresión mayor o de otro cuadro clínico?**

Bueno, el duelo puede llevar a una depresión, no es cierto, claro, depende de lo que haya ocurrido pero el duelo tiene como el desencadenante, la pérdida. En cambio, en una depresión no necesariamente está la pérdida, entonces, ahí es una enfermedad como indicadores de si es o no una depresión, pero puede llevar el duelo a una depresión también si no es bien manejado, pueden estar las dos juntas.

**- ¿Cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado?**

Si, a lo mejor acompañando al paciente, no es cierto, en el proceso, en las etapas, como para ir elaborando lo que pasó, la experiencia de esa pérdida; claro que se puede evitar que se complique más.

**- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?**

Bueno, lo primero empatizar con el paciente, empatizar con el dolor que siente, colocarme en el lugar del paciente, establecer un vínculo con el paciente, no es cierto, en que se va estableciendo una relación de respeto, de confianza, que pueda ir contando que sucedió. Después el paciente, bueno, también evaluar si



es solamente duelo, o si hay una comorbilidad, o si hay algún otro problema detrás de eso, no se, algún trastorno de personalidad que esté impidiendo, o solamente un duelo purito, y después propiciamos el relato del paciente, que sea capaz de contar qué es lo que pasó, cómo, cuándo, para que lo vaya aceptando también, y generar también el espacio para que pueda ser capaz de contar lo que siente, lo que le pasa.

**- En el caso de un duelo reciente (con reacciones esperadas): ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención? ¿Cuántas sesiones dedica a la persona en duelo?**

El objetivo de la intervención finalmente es que la persona llegue a la última etapa que es la aceptación del duelo, y que aprenda a convivir con lo que le pasó y lo acepte en su vida. Generalmente lo que dedico a la persona en duelo son como cinco sesiones, claro, como cinco sesiones, depende de factores, pero más o menos para trabajar el tema.

**- Cuando está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?**

Ahí depende, depende cómo se ha complicado, los síntomas de la paciente, depende de las herramientas que la paciente tenga porque no todos vivencian el duelo de la misma manera, entonces depende de todos esos factores.

**- Y esta forma de abordar el duelo, ¿cómo la desarrolló?**

No, de la experiencia claro, y de lo aprendido en la universidad.

**- Este forma de intervención, ¿es compartida por el resto de la Unidad o c/u lo aborda de manera distinta, de acuerdo a su criterio o especialidad?**

Como te digo, nunca lo hemos abordado en como trabaja cada uno el duelo, cada uno lo trabaja desde su propia experiencia, no nos ha tocado mucho tocar el tema del duelo.

**- ¿El abordaje del duelo es distinto de acuerdo al ciclo evolutivo/género/tipo de vínculo?**

De acuerdo al ciclo evolutivo, claro, claro que es distinto, porque por ejemplo trabajar el duelo con un niño no es lo mismo que con un adulto, porque un niño no tiene las mismas herramientas para enfrentar un duelo, no tiene la madurez suficiente para entender lo que pasó, entonces hay que abordarlo de diferente forma.

De acuerdo al género, yo creo que también es distinto, claro, claro, a veces la mujer obviamente ve las cosas de una manera distinta, piensa de una manera distinta, es más sensible de repente a ciertos estímulos, entonces claro que es distinto. Generalmente las mujeres son las que llegan a consultar por el tema del duelo, y los hombres muchas veces no consultan, entonces, yo las pacientes que recuerde que tenían duelo eran mujeres. No he visto muchos hombres consultando por duelo.

En cuanto al tipo de vínculo, claro que es distinto, porque si uno perdió a su pareja, una pareja con la que llevaba años, con la que tenía una vida formada, a lo mejor no es lo mismo si la pérdida es de un familiar, de un tío más bien lejano, claro que se vivencia de una manera distinta, la experiencia es distinta, entonces el trabajo también es distinto que uno tiene que hacer.

**- ¿Cuál es la modalidad de atención que usted más utiliza para abordar el duelo?**

Generalmente es individual, al menos que uno siente que está afectando a la familia, entonces ahí se cita a la familia, se hace intervención familiar con visita domiciliaria, pero generalmente cuando consultan pacientes adultos, se aborda de forma individual.

**- ¿Hay alguna otra modalidad que usted no use pero que conozca, incluso crea que reporte mayores beneficios?**

La grupal, se aborda la temática de forma grupal. Nunca la he usado, yo creo que también tiene que ver con la cantidad de pacientes, como no es tanto, no se ha pensado en intervenir en forma grupal, no, generalmente cuando uno trabaja, no se, por ejemplo, lo que más llega es la depresión, entonces se hacen intervenciones grupales para pacientes con depresión, y que tienen que ver también con esto maximizar los recursos, entonces yo creo que como son pocos los casos, no se ha abordado.

**- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo (solo con la persona, con la familia, con las redes de apoyo, etc.)?**

Claro, eso depende del caso. Generalmente con el individuo, pero si está afectando a la familia intervengo con la familia, por ejemplo, si es una persona que a lo mejor está muy sola que necesita de redes de apoyo, también la idea es favorecer que establezca otros lazos, o que participe en otros grupos, uno va ahí ayudándose de diferentes áreas.

**- ¿Qué hace cuando un familiar le informa que está preocupado por un integrante de su familia que tuvo una pérdida reciente?**

Bueno, abordo un poquito más, que le está afectando, qué es lo que pasó y, por ejemplo, si encuentro que es mejor evaluarlo, le doy una horita, le cito, si el paciente a lo mejor no quiere venir o siente que no necesita atención psicológica, organizo una visita domiciliaria, voy a la casa a ver al paciente y ahí intento evaluar un poquito cómo está el familiar, entonces para no dejarlo así en el aire.

**- ¿Qué hace cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo (duelo esperado)?**

Ahí en ese caso se conversa con el médico, que sería la persona que le da la medicación. Porque la idea del duelo también no es taponar la pena, si no que favorecer también la expresión de emociones, de sentimientos, entonces es necesario también dar tiempo para que salga todo eso.

**- ¿Qué es lo que hace cuándo considera que el resto de la Unidad no está abordando adecuadamente una situación de duelo?**

Bueno ahí conversar con el equipo, pero generalmente estas situaciones las trabajamos más los psicólogos y, por ejemplo si ha pasado mucho tiempo o si está interfiriendo mucho, ahí se habla con el médico, se conversa y vemos qué estrategia se puede usar.

**- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?**

Interesante, me parece interesante, una manera nueva de abordar el tema, pero creo que igual hay que tener mayor conocimiento, no es cierto, y un buen manejo de grupo para lograr hacer una intervención de ese tipo. En estas terapias grupales, los pacientes aprenden mucho de lo que le pasa al otro y a

veces le sirve, cualquier cosa que dice el otro, que comenta, que aparece, ellos a veces les hace un.....no se, un click y se dan cuenta de algo que no habían visto en mucho tiempo y en que su proceso individual no fueron capaces de ver y que sí en el espacio grupal aparece.

**- ¿Sientes que sería buena implementarlo?**

Claro, claro, si se puede, pero creo que hay que capacitarse antes de implementarlo.

**- ¿Quién se puede beneficiar con esta modalidad de intervención?**

Los pacientes en primer lugar, y el equipo, porque también es una experiencia nueva para desarrollar diferentes habilidades.

## **ENTREVISTA N° 8**

### **TRABAJADORA SOCIAL CESFAM DR. IVÁN INSUNZA**

#### **- ¿Qué es un CESFAM?**

Un CESFAM es un centro de salud familiar de atención primaria, pero el cambio está en relación a lo que eran los centros antiguos, lo que eran los consultorios, es que tiene una mirada integral. Trabajan en vez de un modelo biomédico, trabaja un modelo biopsicosocial, no solo el individuo que está en tu box consultando algo puntual, sino a la persona que está dentro de la integralidad, ella es parte de un grupo familiar y es parte de un sector o de una comunidad, esa sería la diferencia, es la característica de un centro de salud familiar y la diferencia con un centro de salud o consultorio como se le llamaba antiguamente.

#### **- ¿Cómo llegó ha trabajar en este CESFAM?**

Yo hace tiempo tenía la inquietud de trabajar en Maipú, porque yo trabajé casi diez años en consultorio que ahora es centro de salud familiar, trabajé hartos años allá y como yo vivo en Maipú hace mas de treinta años, entonces tenía la intención de que....supe que se iban abrir estos centros, entonces ahí catete



hasta poder entrar acá. Me interesaba trabajar en la comuna, como cambiar un poco. Me costó, primero me llamaron a entrevista, fue un sistema bien complicado, fueron llamando en etapas, hasta que al final me resultó.

**- ¿Cuál es el cargo dentro del CESFAM?**

Yo soy asistente social y en estos momentos estoy como coordinadora del CECOF Bueras, o jefa del CECOF Bueras, y estoy a cargo del Programa de Participación con la comunidad. Lo que pasa es que yo estaba a cargo de promoción, pero como me ofrecieron hacerme cargo del CESCOF Bueras, tuve que dejar promoción, pero sigo en participación, porque participación es una parte, y promoción otra, dentro del mismo programa, pero como tengo experiencia como dirigente, entonces seguí con participación y mi colega quedó con promoción.

**- ¿Quiénes integran el equipo de Salud Mental?**

El equipo de salud mental son asistentes sociales, psicólogos y bueno, como Alicia tomó hace poco el Programa de Salud Mental, ella es la nueva coordinadora, la idea también es proyectarlo, obviamente que los médicos estén, pero reuniones no están los médicos por el tema de la demanda asistencial, pero ellos también participan.

**- ¿Cuál es la labor de este Unidad? ¿Cómo trabajan?**

Bueno, nosotros tenemos una orgánica, ahora vamos a comenzar con reuniones mensuales para coordinar algunos casos, desde el punto de vista técnico, uno plantea un caso, preparando casos para las consultorías, tanto con el COSAM como con el Hospital San Borja, y cualquier coordinación también puede en estas reuniones, tenemos un intercambio constante, si hay algún caso que amerita una atención al momento o cualquier duda, tenemos una comunicación bastante directa.

**- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?**

Lo que.....en mi experiencia acá más que nada son trastornos adaptativos a las etapas del ciclo, trastornos emocionales, violencia intrafamiliar leve, hemos tenido casos eso si de violencia intrafamiliar más no leve, depresiones leves, moderadas porque eso es lo que nos toca en atención primaria, más por complejidad y no deberíamos, al menos las podemos diagnosticar pero no tratar. Eso es, bueno, también nos ha tocado vulneración de derechos, maltrato infantil, leve y moderado.

**- Dentro de estas atenciones o consultas, ¿con qué grado de frecuencia se presenta el duelo?**

Mira, el duelo en realidad, uno podría preveer que van a ver situaciones de duelo ya que nosotros tenemos acá un programa de postrado y cuidados paliativos, bueno en todos los centros. Por lo tanto, tú conoces hartas familias desde que llegan enfermo, sobre todo los paliativos, porque el postrado, la familia tiene como mayor tiempo para prepararse a esta situación con sus familiares. Con los paliativos es distinto, porque generalmente son situaciones agudas, o que no tienen mucho tiempo para que las familias se preparen. En esas familias son más propensas, ahora, otros tipos de duelo que no son por fallecimientos también se nos presenta, por ejemplo duelos por separación.

**- A nivel institucional, ¿considera que este CESFAM tiene las competencias (humanas, técnicas, espacio, tiempo) necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?**

Si, considero que si. Si considero que si, quizás nos falta de repente protocolizarlo un poco más, pero la base técnica, teórica es la misma, y como te digo, que tenemos interacción bastante, uno sabe que el médico o nosotros podemos hablar con el psicólogo.

**- ¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)?**

Es pertinente, bastante pertinente, porque al asentarse antes solo en lo biomédico poco impactaba todo lo que significa duelo en una familia, ya hay que hacer esto, lo puntual, hasta luego, pero no había una mirada de cómo este duelo afecta todo una familia.

**- ¿Usted qué entiende por duelo? ¿De dónde surge esta definición?**

Para mí el duelo es el proceso que se vive ante la pérdida de... puede ser por el fallecimiento de alguien que es significativo para uno, para la persona, emocionalmente y afectivamente significativamente. Pero duelo, lo que yo más conozco es de muerte, es como lo más socialmente conocido, duelo es la muerte, pero también hay el duelo por otras cosas, por pérdida como te decía, la pérdida de una situación, no sé, quedarme sola, perder a mi marido, perder mi pareja o que mi hijo se vaya fuera a estudiar al sur. En el fondo cuando hay una pérdida de alguien para uno, que es significativamente importante.

Esta definición surge de lo que he leído, ya que participé mucho tiempo en el programa de cuidados paliativos, entonces, uno de los temas importantes es el duelo.

**- ¿Esta definición que usted entrega, es compartida por el resto del equipo, o cada cual tiene su propia definición al respecto?**

Mira, yo creo que esto es un tema como de....como te decía antes, de protocolizar un poquito más el tema del duelo, quizás no lo hemos socializado todos en la misma forma pero yo creo que ante cualquier duda, como te decía antes, como decimos en buen chileno “nadie se arranca con los tarros”, vale? sino que vayamos todos en la misma conexión, en la misma base técnica, y si alguien no domina algo, tenemos la suficiente confianza de decir no lo dominamos y consultar al compañero.

**- ¿Cuántos tipos de duelo conoce?**

Bueno, eso es algo más teórico, pienso que está el duelo como el anticipado, ese se da sobre todo en las familias con riesgo, si te dicen que tienen cáncer o que está en cuidados paliativos, que tú no tienes la certeza de cuando va a ser, pero sabes que eso va a suceder. Todos sabemos que vamos a morir, pero es distinto que te digan que tienes un cáncer terminal con metástasis y ésta es la proyección. Ahí como que la familia tiene la oportunidad de, entre comillas, irse preparando, aunque esto es bien complicado, te lo digo como experiencia personal. Uno puede teorizar, pero la realidad es distinto, es como dinámico, te

vas preparando un poco, tienes tiempo como para cerrar ciclos, viendo de qué manera vas acompañando a tu familiar, que en el fondo es el que está enfermo, viendo las prioridades, cuáles son las prioridades mías, las prioridades de ella, y de qué manera vamos a poder, de alguna u otra manera, enfrentar la muerte.

Otro tipo de duelo, es como, el duelo cuando ya se produce la pérdida, es como un poco la negación, que es como la primera etapa generalmente. Aunque estés muy preparado, con un duelo anticipado, súper bien elaborado pero a la hora de fallecer, con la pérdida, vuelven las preguntas, “por qué nosotros”, “no puede ser”, culpas a dios, culpas al mundo, culpas a los médicos.

Después puede estar el duelo más resuelto, que es como lo ideal, quiere decir que yo sigo con el dolor, pero soy capaz de reconstruir mi vida a partir de ese dolor, no negar el dolor, no decir “esto no”, porque esto pasa mucho, sobre todo a nivel del sentido común, “no tengo penas de dios”, reza, “dios lo quiso así”. Hay un escritor chileno que se llama Alejandro Jodoroski en que él habla, que tiene un tema del duelo, el dolor es súper importante, me llega mucho, en forma personal, creo que es verdad, o sea, evitar el dolor no ayuda en nada, si no que, lo que creo yo es aprender a reconstruir su vida a partir de ese dolor.

Y lo otro es lo que llaman el duelo patológico, que es cuando ya teóricamente también se dice que el duelo debería durar aproximadamente un año, porque

hay que dar la vuelta a un ciclo, vienen fechas importantes, también hay duelos que tienen que ver con fechas significativas, no se viene un cumpleaños o algo y se relaciona también en que vive la familia como un ritual relacionado con tu familiar, estamos hablando de duelo por muerte. Eso más o menos.

**- ¿Cuál de ellos se presenta con mayor frecuencia en esta Unidad?**

Muchos de la negación, que te dije yo, y el patológico, el patológico, o sea el que no está resuelto, el duelo no resuelto. Vienen por ejemplo personas con algún trastorno emocional y tú empiezas a indagar algo o con alguna crisis de angustia o con alguna sintomatología así y empieza a indagar un poquito en la entrevista y resulta que sale que hace dos años murió mi mamá, mi papá, o, hace treinta años me separé; entonces ahí empiezas, en la medida en que vas entrevistando, te vas dando cuenta de que el duelo no está resuelto.

**- La bibliografía desarrollada en torno a esta temática, ¿ha sido de utilidad para usted? ¿Acá en Chile, cómo siente que está siendo tratado el tema?**

Jodoroski no es como técnico, pero a mí al menos me hace mucho sentido, pero yo sé que esto se basa en normas técnicas y eso, pero a mí, a parte me gusta mucho la lectura. Ha sido de mucha utilidad, porque de repente lo técnico es bonito y todo eso, pero estructura, es muy estructurado, pero la estructura es

dinámica también, entonces tú puedes pasar de un duelo muy resuelto pero en cualquier momento se transforma en la negación, me entiendes, es dinámico.

Yo conozco la experiencia, sí, de cuando se instauró el Programa de Cuidados Paliativos en Chile, como un programa, porque no existía como programa. Todo el tema de la ayuda, alivio del dolor y manejo de esta situación, ahí comenzó recién el tema más sistematizado, el duelo no estaba tan estructurado como ahora. Ahora es todo un tema porque en Chile nos cuesta hablar un poquitito de la muerte, o sea, de enfrentar la muerte, de decir “me voy a morir”, siempre como que le hacemos el quite al tema de la muerte, no es fácil hablarlo. Yo creo que es aquí en Chile, yo creo que es un tema que no se aborda. Yo estuve en Cuba, en una pasantía porque estaba trabajando acá y fui a una pasantía internacional y se nota otra forma de asumir la muerte, o de hablar de la muerte, hablan de que uno va a morir, es un tema que está abierto, no es como un ritual hablar de la muerte sino que es algo como más habitual, lo ven como algo más natural dentro de lo que es el ser humano, que eso es obvio. La pasantía la fui hacer sobre el modelo de salud familiar, sobre el modelo cubano. Es similar desde el punto de vista de la mirada integralidad, si, es igual, ven a la familia, al individuo como parte de una familia, de un contexto, eso si, pero en la aplicación es muy distinta, muy interesante.



**- Este tipo de consultas, ¿es trabajada en forma interdisciplinaria?**

Es lo que te decía antes, cuando nosotros tenemos...trabajamos los casos, muchas veces hacemos intervenciones en dupla, abordamos los casos en general donde uno no los aborda solo, dependiendo quizás lo que exista pero de ahí en adelante, sobre todo los asistentes sociales, no hacemos terapia, sabemos hasta dónde podemos llegar y en qué momento tenemos que derivar.

**- ¿En qué detalles o aspectos se fija para diagnosticar o evaluar una situación de duelo? ¿De dónde surge?**

Bueno, así como primero, todo el contexto en que se dio la pérdida, por ejemplo. Fue por una enfermedad, fue por una separación, fue por otro tipo de cosas, si fue por una muerte rápida o repentina, si fue un cáncer, si fue, dependiendo del contexto familiar y la etapa del duelo que esté viviendo. Ahí más o menos para determinar para dónde va la cosa, si la que está elaborando un duelo resuelto o no.

En cuanto a de donde surge esta forma de evaluar, lo que pasa que nuestra formación profesional como asistentes sociales siempre tiene que ver, primero indagar, entrevistar a la persona, ver la estructura familiar, la dinámica familiar, entonces a partir de eso, y qué es lo que le hace significado a la persona,

porque la idea es la que te plantea la persona y no lo que elabora uno, que a veces pasa que uno pone lo que uno quisiera que la persona dijera o a donde quiere apuntar más que nada, no solo como colaboradora de esta persona si no orientadora, no, no dirigimos para dónde va la cosa, salvo que sea una patología de salud mental con más complejidad.

**- ¿Se guía por algún protocolo?**

Como te decía, no tenemos un protocolo, tenemos protocolo si en salud mental, en....pero más que nada nos guiamos por el apoyo que nos damos entre nosotros, pero yo creo que seria un aporte hacer un protocolo. Nosotros aquí, en el centro tenemos un manual de procedimiento que fue elaborado por nosotros, donde hemos hecho hartos flujos y protocolos, entonces creo que también podríamos incluirlo.

**- ¿Esta forma que utiliza para diagnosticar, es compartido por el resto de la Unidad. O c/u lo diagnostica de acuerdo a su especialidad o criterio?**

O sea, siempre hay experticia, cada uno de acuerdo a su formación profesional obviamente tiene su sello, sus características de entrevista, tenemos distinta forma, pero nadie actúa solo, o sea, uno tiene que apoyarse en el equipo y ante cualquier duda.

**- ¿Cómo lo hace para diferenciar un duelo esperado de uno con evolución complicada?**

Lo que te decía antes, en lo esperado como dice la palabra, lo que se supone que tendría que pasar ante un duelo, que hay una etapa, un proceso, hay un tiempo, entendimiento, actitudes, conductas que van relacionadas con la pérdida de alguien, que es importante, entrevista emocional, y que tiene como dice la teoría, un tiempo aproximado de un año y si esto ya pasó y la persona no es capaz de retomar sus actividades, de estar entre comillas más estable emocionalmente, claro, ahí ya uno puede pensar que estamos ante un duelo no resuelto, uno más complicado.

**- ¿Cómo distingue una situación de duelo complicado de una depresión mayor o de otro cuadro clínico?**

Mira, si yo veo que la persona....bueno, los síntomas de la depresión son muy característicos, el estado de ánimo, trastorno del sueño, etcétera, si eso se va prolongando, entonces es depresión mayor, yo ahí, lo que hago de inmediato, antes de realizar un diagnóstico diferencial, lo derivo con la psicóloga, para que se haga un diagnóstico, si tengo dudas, lo derivo.

**- ¿Cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado?**

Yo creo que si uno conoce a esta familia, por ejemplo, lo que te decía antes, la familia de postrado o cuidados paliativos, si tu realmente tienes una...conoces a esta familia, te integras en su proceso antes de la muerte, tu podrías anticipar mas o menos para dónde va esa familia. Te podrías esperar, quizás a lo mejor, no se, la señora tiene cuarenta años, el marido tiene cuarenta y cinco, tienen hijos chicos, adolescente, tu ves más o menos de qué forma puedes ayudar, de acuerdo a la etapa del ciclo en que están; ahí es un poquito más fácil para nosotras. Es distinto cuando te llega una familia que no la tienes bajo control y llegan bajo ese proceso de duelo, ahí hay que entrar a conocer quién es esta familia, ser bien certero en la entrevista, preguntar lo importante y a partir de eso, ver con ellos mismos.

**- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?**

Lo primero que hago, como un poco también te decía antes, detectar en qué etapa del duelo estarían, como por la situación, cómo ha sido la historia familiar antes de la enfermedad, por ejemplo, quién tuvo el rol de cuidador, quién....de qué manera lo abordaron los niños, si estamos poniendo el caso que te decía antes, un hombre joven, por ejemplo, si no es una crisis totalmente no normativa, que a los cuarenta y cinco años muera de un cáncer. Conoces bien

la dinámica en el fondo de la familia, sus características como para establecer qué tipo de duelo y qué intervención se puede hacer.

**- En el caso de un duelo reciente (con reacciones esperadas): ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención? ¿Cuántas sesiones dedica a la persona en duelo?**

El objetivo de la intervención es que la familia pueda estructurarse y tener una mejor calidad de vida como grupo familiar, no estructurarse, mejor calidad de vida y ser capaces como te decía anteriormente de enfrentar la vida con el dolor, pero haciendo sus actividades cotidianas y volviendo a armar toda la estructura familiar.

**- ¿Cuando está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?**

Cuando ya es un duelo complicado, lo derivo a la psicóloga y la idea ahí es que la psicóloga establezca un diagnóstico y, pero no...yo no me desconecté del caso, lo derivo y ya no se más, la idea es complementarnos y a partir de eso, elaborar ella su entrevista psicológica o un tratamiento, y, yo, desde el punto de vista social, el apoyo.

**- ¿Y esta forma de abordar el duelo, cómo la desarrolló?**

Bueno la he desarrollado a partir de mi experiencia y de lo que te decía antes, que a mi me tocó cuando se formó cuidados paliativos en Chile, yo justo estaba trabajando anteriormente en Peñaflor, entonces nos tocó harta capacitación en el tema pero tiene que ver, yo te diría que cincuenta y cincuenta, a mi me tocó la experiencia personal y profesional.

**- Este forma de intervención, ¿es compartida por el resto de la Unidad o c/u lo aborda de manera distinta, de acuerdo a su criterio o especialidad?**

Si, si es compartida. Si, a parte que es como más o menos....tenemos que saber cómo el equipo actúa no de forma individual, si no en general, tenemos que tener un protocolo de atención de acuerdo a lo que es APS también, atención primaria, y no podemos atender casos que no...de mayor complejidad, pero quien trabaja en el CESFAM sabe que las redes ahí, la derivación ... hay que buscar redes más allá de los servicios, ya que los servicios son acotados a nivel secundaria, sobre todo en salud mental, si bien las consultorías del COSAM nos ayudan harto, las consejerías del hospital también.

- **¿El abordaje del duelo es distinto de acuerdo al ciclo evolutivo/género/tipo de vínculo?**

Si, es distinto, si tú tratas tanto desde el punto de vista del ciclo vital individual como del ciclo vital de la familia, es muy distinto, como el ejemplo que te daba antes: una pérdida en una familia con un papá joven, adolescentes, no es lo mismo quizás, o no es lo mismo donde el caballero es un adulto mayor, con hijos grandes, me entiendes, es distinto y el abordaje también.

En cuanto al género, esto es algo muy personal. Si, yo creo que a la mujer le toca hacer más, como decirlo, tiene que, a pesar del dolor, tiene la capacidad de sobreponerse más rápido, pero quizás en el momento, a corto largo plazo puede recaer, es como te decía antes, a mi me toca ver acá muchas mujeres que han tenido pérdida o por fallecimiento o por otra situación, que en un comienzo lo elaboran súper bien, porque tienen que seguir cuidando a sus hijos, seguir trabajando, pero en algún momento, si eso no fue realmente bien elaborado eso pasa la cuenta, y al final después acá, y “porque estás así, porque mi marido murió hace dos años”, o “porque no tuve tiempo para elaborar mi pérdida”, la mujer siempre va a estar ahí, no todas, es una generalidad lo que estoy diciendo, pero eso también puede ser contraproducente.

En relación a la persona que fallece, no es lo mismo que fallezca tu papá a que fallezca tu señora, los roles son distintos, cada uno tiene que abordar el duelo a partir del rol que tenía esa persona, o sea, no todos lo viven de la misma manera, por ejemplo si fallece tu mamá, no le puedo decir a tu papá que asuma el duelo como lo hace ella como hija.

**- ¿Cuál es la modalidad de atención que usted más utiliza para abordar el duelo?**

Como siempre el enfoque sistémico, que es como lo más común, pero lo que te decía yo, estructurar una buena entrevista, donde tú puedas captar la mayor cantidad y antecedentes, pero con mucha empatía, no convertirse en un encuestador sino como facilitador, ayudando a la familia. La manera en que tú entrevistes, puedes sacar información para un formulario. Hay que saber entrevistar, empatizar, darte el tiempo adecuado, indagar hasta dónde la persona quiera, hasta establecer el vínculo, como más confianza.

**- ¿Hay alguna otra modalidad que usted no use pero que conozca, incluso crea que reporte mayores beneficios?**

No, para estos temas no. No he indagado más allá.



**- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo (solo con la persona, con la familia, con las redes de apoyo, etc.)?**

A nivel de la persona, primero con la persona que manifiesta el problema o la situación, y a partir de lo que se vaya elaborando con esta persona, ir integrando a su familia, dependiendo del ciclo, dependiendo de si es un adolescente, obvio que tengo que integrar a la familia, su padre. Si es una persona mayor, un adulto mayor, a lo mejor podemos integrar a sus hijos, dependiendo de las necesidades que ella te vaya manifestando. Redes para derivar no, pero desde el punto de vista teórico, consultar al equipo, a los más cercanos.

**- ¿Qué hace cuando un familiar le informa que está preocupado por un integrante de su familia que tuvo una pérdida reciente?**

Primero indagar con esa familia, porque a veces pasa mucho que el familiar falleció hace un mes y están preocupados porque llora mucho. Entonces en este caso, entrevistar a la persona que tiene la preocupación, que en realidad es un paso natural que está viviendo, que es normal que llore, que es mejor que llore, que llore su dolor, que no es lo mismo que venga un familiar y dice “sabe que hace un año y sigue igual, no se levanta”, ahí se establece un vínculo con la persona, porque si no es la que lo está sufriendo la que te viene, es como

pasa con el tema de las adicciones, que a veces todo el mundo sabe que tiene un problema de adicción pero si el problema de la adicción no lo reconoce, es difícil de intervenir.

**- ¿Qué hace cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo (duelo esperado)?**

Lo planteo en el equipo, nosotros tenemos instancias para plantearlo, tenemos reuniones en el sector todas las semanas, con todo el equipo del sector, con médicos, la asistente social, la nutricionista, todos juntos. Entonces, tú ahí puedes.....te da la posibilidad de presentar casos. Lo armamos todos, dependiendo de la problemática, o lo que uno cree que pasa, o hablarlo solo con el médico.

**- ¿Qué es lo que hace cuándo considera que el resto de la Unidad no está abordando adecuadamente una situación de duelo?**

Lo mismo, se plantea en las instancias técnicas. A veces, claro, con algunos tu tienes mayor comunicación, tu se lo puedes plantear en tu box, con los médicos es más complicado por los tiempos que ellos tienen, tienen poco tiempo de no estar atendiendo, entonces, ahí se aprovechan las reuniones, donde también están ellos, para poder intercambiar alguna opinión respecto al caso.

**- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?**

Yo no lo he experimentado, pero creo que estar como en un duelo dependiendo de las necesidades y expectativas de las personas, yo creo que es importante intercambiar experiencias. No todas las personas les gusta, pero, yo creo que intercambiar experiencias o sacar aprendizajes de otros, creo que siempre es positivo. No hemos tenido las instancias para elaborar un taller para personas con duelo. Yo creo que también sería interesante, como elaborar un protocolo y tener como una alternativa para las personas, pero eso lo tenemos que trabajar bien con las personas encargadas de paliativos y postrados.

**- ¿Quién se puede beneficiar con esta modalidad de intervención?**

Obviamente la persona que manifiesta su problema, porque yo creo que hacer una terapia o un taller grupal a una persona que le fallezca un familiar no tiene mucho sentido, creo que está más apuntado a aquel que no lo ha podido resolver. Es beneficio para esa persona y también para su familia, porque, que una persona esté con un cuadro depresivo o con un duelo no resuelto, afecta a todo, como todas las patologías. Por eso, la mirada de un CESFAM de que respecto a diabéticos, hipertensos, es parte de una familia, si ese diabético no

está compensado, es que el hábito alimenticio de esa familia no le acompaña, entonces por eso es importante esta mirada de salud familiar.

## **ENTREVISTA N° 9**

### **DOCTORA CESFMA DR. IVÁN INSUNZA**

#### **- ¿Qué es un CESFAM?**

Es un Centro de Salud Familiar que ahora está más orientado a ver la familia no solamente como el paciente que viene, sino toda su estructura familiar, de acercarse más al consultorio, a la familia, Esa sería la principal diferencia con los anteriores consultorios.

#### **- ¿Cómo llegó a trabajar en este CESFAM?**

Porque yo trabajaba en un consultorio de la comuna de Pudahuel, de la misma Dirección de Salud Metropolitana Occidente, y había...se abrieron concursos para ser de planta, entonces averigüé, participé y quedé. Yo en Pudahuel trabajé desde el 2006, tenía todo ese tiempo trabajando, entonces hubo la oportunidad de que se abrieron los concursos y quedé en este CESFAM. Allí trabajaba con contrato, que se renovaba año a año, no como el de aquí, que es a plazo indefinido.

**- ¿Cuál es el cargo dentro del CESFAM?**

Médico, médico general. Participo en el equipo de Salud Mental, veo pacientes cuando le dan ingreso para salud mental o pacientes que vienen a la consulta por morbilidad y se pesquisa un problema de salud mental, también los veo, los derivo, trabajamos en equipo con el psicólogo, si el psicólogo ve que es algo más, por ejemplo del ámbito farmacológico, otra vez lo deriva a médico, y así estamos trabajando en conjunto.

**- ¿Quiénes integran el equipo de Salud Mental?**

Médico, psicólogo y asistente social también.

**- ¿Cuál es la labor de este Unidad? ¿Cómo trabajan?**

Bueno, el objetivo es ver el ente familiar de este paciente que consulta, muchas veces el paciente no consulta por problemas psicológicos, sino que son pacientes que son poli consultantes, por ejemplo, lumbagos a repetición, entonces uno en el fondo ve que es un paciente poli consultante con lumbagos a repetición, uno dice que puede haber un problema de fondo, no se, un problema familiar, estrés laboral, y cuando usted le pregunta al paciente cómo se siente anímicamente, ahí como que aflora, se explyaya. En primera instancia

no lo dicen, después uno indagando, se explaya y todo eso conlleva a los problemas que el paciente consulta.

**- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?**

Ahora, en este tiempo problemas adaptativos, trastornos adaptativos, trastornos ansiosos, eso es lo que más hay frecuente.

**- ¿Dentro de estas atenciones o consultas, con qué grado de frecuencia se presenta el duelo.**

Haber, yo en mi consulta he visto como tres pacientes con problemas de duelo no resuelto, no es muy frecuente.

**- A nivel institucional, ¿considera que este CESFAM tiene las competencias (humanas, técnicas, espacio, tiempo) necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?**

Si, si.

**- ¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)?**

Por supuesto, si.

**- ¿Usted qué entiende por duelo? ¿De dónde surge esta definición?**

El duelo es una etapa que hay que vivir, uno siempre se pone en el plano del paciente, fallece un familiar y eso hay como que aceptarlo, asimilarlo, pero no todas las personas reaccionan de la misma manera, puede ser que algunas se demoren menos, otras tal vez un poco más, es un proceso difícil, es difícil hablarlo desde el punto de vista de mi persona, pero yo me pongo en ese plano, es difícil.

Esto surge de mi experiencia.

**- ¿Esta definición que usted entrega, es compartida por el resto del equipo, o cada cual tiene su propia definición al respecto?**

La verdad es que yo no he conversado mucho de eso con mis colegas, entonces decirle como que....como no es algo que yo veo habitual en la consulta, no he tocado ese tema.



**- ¿Cuántos tipos de duelo conoce?**

Desconozco, desconozco de ese tema.

**- ¿Cuál de ellos se presenta con mayor frecuencia en esta Unidad?**

Aquí en consulta, yo he visto los duelos de cuando fallecen los hijos, en este lapso, he visto dos pacientes que fallecieron sus hijos y en ellas les ha costado más su recuperación. Llevaban un año y todavía seguían con angustia, no estaba resuelto completamente, igual afectaba su calidad de vida.

**- La bibliografía desarrollada en torno a esta temática, ¿ha sido de utilidad para usted? ¿Acá en Chile, cómo siente que está siendo tratado el tema?**

No he leído nada sobre la temática del duelo, para nada. Desconozco ese tema.

**- Este tipo de consultas, ¿es trabajada en forma interdisciplinaria?**

Si, yo cuando he atendido este tipo de pacientes envío a psicóloga, después la psicóloga remite nuevamente a médico, pero por tratamiento farmacológico, solo por eso, pero es más de contención psicológica.

**- ¿En qué detalles o aspectos se fija para diagnosticar o evaluar una situación de duelo?**

Lo que pasa es que entrando el paciente a la consulta, a veces, entra con una cara no muy expresiva, entonces como le digo, ellos llegan con dolores, con problemas somáticos y al preguntarle como están anímicamente, entonces ellos se explayan, entonces ahí indagando más, haciendo preguntas, comienza todo el trastorno y hacen consultas, entonces uno ve que todavía no ha sido resuelto ese proceso y ahí yo lo envío al psicólogo. La manera de diagnosticar surge de mí, de la experiencia.

**- ¿Se guías por algún protocolo?**

No, para nada, no. No, yo no me guío por un protocolo si no que es la experiencia, tanto paciente que uno ve en la consulta, que está mirando la expresión, y las patologías, las sintomatologías que presenta, que a uno ya le da como para decir que este paciente tiene algo más que un problema somático.

**- ¿Esta forma que utiliza para diagnosticar, es compartido por el resto de la Unidad. O c/u lo diagnostica de acuerdo a su especialidad o criterio?**

No se, yo no lo he comentado, desconozco qué procedimiento utiliza el resto para diagnosticar el duelo.

**- ¿Cómo lo hace para diferenciar un duelo esperado de uno con evolución complicada?**

De un duelo esperado, o sea, pongamos si yo tengo un paciente que su....supongamos, su papá esta, ya está para fallecer, tiene una patología ya, por ejemplo un cáncer con metástasis y está ya agónico, no me ha tocado esa experiencia, pero en mi caso, yo creo que debería haber primero un apoyo psicológico, trabajar con ese paciente en lo que esta por venir, y a veces evoluciona favorablemente, depende del paciente, y en lo que ya está listo, trabajar psicológicamente con ese paciente, pero no veo una gran diferencia.

**- ¿Cómo distingue una situación de duelo complicado de una depresión mayor o de otro cuadro clínico?**

Bueno es que ya la depresión mayor es aquella en que el paciente...en el que el paciente ya tiene idea de autoagresión, ya no mira más allá, no encuentra escapatoria, no sale de ese cuadro depresivo. Un duelo que es ya más complicado, es aquel que ya su vida diaria no la puede hacer ya de vida normal, porque está enfrascado en lo que ha vivido, no le deja avanzar, entonces yo creo que esa sería la mayor diferencia.

**- ¿Cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado?**

No se, yo creo que si se podría, con el apoyo de la familia, del centro de salud, la parte psicológica. Como ahora los CESFAM están más con apoyo a la familia, hacerle visita, tratar de que sienta el apoyo, creo yo que de esa manera se puede como hacer que no sea tan complicado.

**- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?**

Primero escucho, me gusta escuchar, a mi me gusta escuchar y conforme yo voy escuchando lo que ellos me dicen, voy haciendo preguntas, para que me digan más cosas, y de esa manera poder ayudar y poder comprender en realidad qué es lo que pasa por la cabeza del paciente. Siempre yo...le ayudo con la parte psicológica, cuando ya no mejora, otra vez al médico.

El objetivo de esa intervención es tratar de comprenderlo, tratar de por qué no puede resolver eso que ya ha pasado, por qué no ha podido avanzar, cómo es su entorno familiar, si le apoyan, no le apoyan, cómo es su entorno laboral.

Las horas de médico son tan poquito tiempo, le dedico dos sesiones.

**- Cuando está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?**

Generalmente hacemos intervención en crisis. Si veo que el paciente está muy complicado, llamo a la psicóloga para que haga una intervención y después veo al paciente. Aquí trabajamos así, intervención en crisis. Y si ya está muy complicado el paciente, que ya vemos que hay otro tipo que se escapa, o que ya tenga ideas suicidas, o que ya tenga ideas de delirio, ya nosotros derivamos a atención secundaria.

**- Y esta forma de abordar el duelo, ¿cómo la desarrolló?**

Por la experiencia, no tenemos un protocolo.

**- Este forma de intervención, ¿es compartida por el resto de la Unidad o c/u lo aborda de manera distinta, de acuerdo a su criterio o especialidad?**

Es que en realidad no se, porque como no lo hemos conversado, cada uno lo aborda desde la experiencia, al criterio de cada cual.

**- ¿El abordaje del duelo es distinto de acuerdo al ciclo evolutivo/género/tipo de vínculo?**

Yo creo que si, por que por ejemplo, los pacientes que he visto en duelo son pacientes alrededor de cincuenta, sesenta años, no me ha tocado ver pacientes mas jóvenes, no me ha tocado esa experiencia. Y en los dos casos que he visto, les ha costado bastante porque era de sus hijos.

En cuanto al género, yo creo que si, y más complicado en los varones porque a veces el paciente hombre es como más reacio, que no le costaría tanto porque tiene sus sentimiento como....es como radical, no es tanto como las mujeres, que van a lo más sentimental, nunca me ha tocado ver un paciente con duelo hombre. Incluso los pacientes que no consultan por duelo, consultan más por estrés laboral, son pacientes que ya llevan de larga data de irritabilidad, trastorno ansioso, dificultad para conciliar el sueño, y han esperado tanto

tiempo, porque esperan que eso se resuelva, es como el ego, entonces se demoran mucho en consultar, pienso, que es lo que veo en la consulta.

En cuanto al vínculo, si podría ser, es que no me ha tocado esa experiencia, pero si podría ser distinto por el apoyo.

**- ¿Cuál es la modalidad de atención que usted más utiliza para abordar el duelo?**

Primero le pregunto cómo se siente anímicamente, y entonces el paciente ahí se expresa, y generalmente, la mayoría de veces, se expresa de una manera como si no estuviera conversando con el profesional sino como que estuviera conversando con un familiar. Yo no miro tiempo, yo sé que nosotros aquí atendemos cuatro pacientes por hora y son quince minutos, yo no miro tiempo, es como me gusta escuchar para comprender, y de esa manera se van expresando, me van contando, de por qué se siente así, por qué no lo han podido resolver, que esto les ha traído ya conflictos familiares, conflictos laborales, y eso.

**- ¿Hay alguna otra modalidad que usted no use pero que conozca, incluso crea que reporte mayores beneficios?**

No.

**- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo (solo con la persona, con la familia, con las redes de apoyo, etc.)?**

Con la psicóloga y con el paciente. Es que primero veo al paciente y después el paciente va a la psicóloga a la entrevista. Con nadie del entorno de la familia, solo el paciente pero sin el familiar.

**- ¿Qué hace cuando un familiar le informa que está preocupado por un integrante de su familia que tuvo una pérdida reciente?**

Bueno, trato de decirles que lo traiga a consulta para conversar con el paciente y hacer una intervención, porque siempre debe haber una voluntad del paciente, de que le ayuden, si no ahí estamos mal, por eso no lo levantan.

**- ¿Qué hace cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo (duelo esperado)?**

¿Qué hago? Generalmente no me ha tocado eso, pero pienso que si me tocara ese paciente, aquí hay consultorías con psiquiatra, entonces hablaría con la psicóloga para presentar ese caso, para ver el tratamiento farmacológico con



los especialistas y que ellos indiquen cuál es el tratamiento adecuado de ese paciente que no ha mejorado.

**- ¿Qué es lo que hace cuándo considera que el resto de la Unidad no está abordando adecuadamente una situación de duelo?**

No me ha tocado ese problema, pero pienso que hablaría con la psicóloga para ver de qué manera podríamos cambiar las intervenciones.

**- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?**

Es bueno, porque de esa manera ayudamos mejor al paciente, porque si solamente lo trabaja un solo profesional, no se puede trabajar un problema de duelo, un problema de salud mental, solamente un profesional, sino que tiene que haber un equipo interdisciplinario para poder ayudar bien al paciente.

**- ¿Lo ha implementado? ¿Siente que sería buena implementarlo?**

En duelo no, porque no he tenido esa oportunidad, en dos casos aquella vez fue por contención psicológica. En Pudahuel como no era un CESFAM, los programas de salud mental estaban encargado por ciertos médicos, yo no veía

salud mental. Con situaciones de duelo no me encontré, más bien me he encontrado aquí.

**- ¿Quién se puede beneficiar con esta modalidad de intervención?**

El paciente y la familia del paciente, porque de esa manera si nosotros sabemos ayudar al paciente va a estar bien la familia, el entorno donde se desarrolla, y el entorno laboral también, de esa manera hay mejor rendimiento, se restringen las licencias. La familia, lo laboral y el mismo paciente de mejorar su situación porque nadie quiere estar mal, se trata de avanzar.

## **ENTREVISTA N° 10**

### **TRABAJADOR SOCIAL CESFAM DR. FERRADA**

#### **- ¿Qué es un CESFAM?**

Un centro de salud familiar es un centro que está orientado a atender a las familias y usuarios de un sistema de salud pública, que va orientado bajo el modelo de salud familiar, que significa una atención más integral, no solamente centrado en los temas vitales si no también en los temas promocional o preventivo, y enfocado a la familia en realidad, al individuo y su familia como un sistema, y a la comunidad. Este centro en el que trabajamos nosotros, partió hace dos años y de a poco se ha ido implementando un poco lo que es el tema del modelo. La demanda de pacientes no cien por ciento se puede aplicar el modelo, esa es una opinión personal.

#### **- ¿Nota diferencias con respecto a otros centros de APS?**

De alguna forma es la ampliación del modelo, estudio de casos, significa estar con la comunidad, focalizar el tema más preventivo, de participación.

**- ¿Cómo llegó ha trabajar en este CESFAM?**

Yo venia trabajando de hace años en temas de salud primaria y se abrió el concurso, postulé y me fue todo bien en realidad. Yo llevo más de diez años en temas de salud, de gestión y salud primaria.

**- ¿Cuál es el cargo dentro de este CESFAM?**

Acá, soy parte del equipo psicosocial del centro, soy el encargado de participación y promoción del centro, soy presidente de la asociación de funcionarios del centro, eso.

**- ¿Quiénes integran el equipo de Salud Mental?**

Lo integran los médicos de cada sector, un equipo de psicólogos y asistentes sociales, nos reunimos una vez al mes.

**- ¿Cuál es la labor de este Unidad? ¿Cómo trabajan?**

Es más que nada poder verle la orientación del programa de salud mental, que está en coordinación con el municipio, ver las prioridades un poco del programa, cumplimiento de metas son algunas, focalizar el trabajo

principalmente, distribuirnos, ver casos, dependiendo de la responsabilidad de algunos casos, la coordinación.

**- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?**

Las que me ha tocado a mi ver, en temas de salud mental yo creo que sin ser experto en patología de salud mental, los trastornos ansiosos y trastornos adaptativos se dan harto. Muchas derivados de una discusión familiar producto de, aquí hay muchas familias jóvenes y con hartas rupturas familiares, entonces hay mucha demanda en eso, en mujeres de salud mental, en temas de VIF, que no han problematizado, separaciones, situaciones de duelo muy pocas en realidad.

**- Dentro de estas atenciones o consultas, ¿con qué grado de frecuencia se presenta el duelo?**

Yo creo que un cinco por cierto a un diez por cierto, así como bien estimativo, me ha tocado ver a mí, por lo menos los ingresos, porque parte de mi trabajo es hacer ingresos de salud mental. Duelo muy poco en realidad, muy poco.

**- A nivel institucional, ¿considera que este CESFAM tiene las competencias (humanas, técnicas, espacio, tiempo) necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?**

Yo creo que propiamente si. Los psicólogos hacen una tremenda labor en ese sentido, dando un acompañamiento, orientando, por lo menos lo que ha sido en mi equipo, diferencian lo que es un duelo patológico de un duelo normal, que realmente en las consultas espontáneas tampoco uno no lo tiene muy claro. Cuando llega a ser patológico o no, cuando hay que estar alerta o no, en ese sentido en realidad y las reuniones de salud mental.

**- ¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)?**

Yo creo que si, creo que si, porque de alguna u otra forma pasa mucho por, te doy como ejemplo los pacientes postrados, que es un ciclo natural de la vida, también el tema del duelo es parte del tratamiento. Me ha tocado verlo, y preparar en algunos casos a los familiares porque se hacen co-dependientes del paciente que está atendido, después cuando fallecen se quedan en el nido vacío, ahí vengo yo también a apoyarlos, conversamos, de ahí, hay que prepararlos, qué van hacer de su vida, proyectar un poco la vida de otra persona, yo creo que si, si, yo creo que absolutamente.

**- ¿Usted qué entiende por duelo? ¿De dónde surge esta definición?**

Situación en duelo es fallecimiento de algún familiar cercano. Ese como el objetivo, objetivamente es eso. Esta definición yo creo que de la experiencia más que nada, porque yo estoy más formado, mi especialidad tampoco va dentro de la línea psicopatológica o salud mental. Es lo que me ha tocado experimentar en algunas cosas. Acompañamiento a las familias en una situaciones de duelo. En el fondo, actúo a mi formación que no es psicoterapia, eso es de los psicólogos.

**- ¿Esta definición que usted entrega, es compartida por el resto del equipo, o cada cual tiene su propia definición al respecto?**

Yo creo que cada uno tiene su propia definición, yo creo que son orientaciones que nos damos bien a la pasada, realmente nunca lo hemos abordado como un tema de salud mental especificado, porque yo se que no es tan recurrente que amerite profundizar en algunos áreas, seria oportuno yo creo, seria oportuno abordarlo desde...yo creo que en todas las áreas, pero personalmente en el tema de los postrados, preparar el duelo con la movilización del trato, me entiende, preparar a la familia para una situación de duelo para cuando llegue el momento acompañarlo, una contención. Porque a mi me toca ver el duelo en

temas de shock, aquí las familias vienen hablar con el asistente social cuando ya quieren pagar los gastos funerarios, en la consulta no vienen por pena, vienen por el tramite, por orientación, me entiende, pero el modelo te cambia la perspectiva.

.

**- ¿Cuántos tipos de duelo conoce?**

Conozco dos, lo que el psicólogo me ha explicado, el duelo patológico que es como más de un año, el otro día, con el psiquiatra nos quedo más claro, cuando uno ya empieza rallando con por el tema más de un año que eso seria más patológico, y el duelo normal que son seis meses, esas dos cosas, no mas.

**- ¿Cuál de ellos se presenta con mayor frecuencia en esta Unidad?**

Yo creo el duelo normal, dentro del ciclo normal del duelo. Patológico no me ha tocado la oportunidad.



**- La bibliografía desarrollada en torno a esta temática, ¿ha sido de utilidad para usted? ¿Acá en Chile, cómo siente que está siendo tratado el tema?**

No nada. Mira yo he visto algunas cosas que no, no he profundizado en el tema, el tema de salud mental está bien escondido dentro de la salud en Chile, no mucho, desconozco si en algunos programas de salud abordan el tema del duelo, quizás lo abordan desde el tema de los postrados, desconozco escritos al respecto, desconozco gran parte.

**- ¿Este tipo de consultas, es trabajada en forma interdisciplinaria?**

Muy pocos casos, muy pocos por que yo creo que el psicólogo lo aborda el tema del duelo dentro de su formación que pueden tener, patológicamente hablando ningún caso, yo creo que en un caso de familia si se aborda el tema de duelo, lo abordamos interdisciplinario, cuando es un caso de familia que obedece un poco a los lineamientos del modelo de salud familiar, ahí abordamos todos, es el único espacio, pero son muy pocos en realidad.

**- ¿En qué detalles o aspectos se fija para diagnosticar o evaluar una situación de duelo?**

En los pacientes postrados me ha tocado ver un tema de duelo por un tema de tratamiento por enfermedad. Uno le pregunta al enfermero cómo está, para cuánto tiempo va esto, será oportuno ver el duelo, ese tipo de cosas en realidad.

**- ¿Se guía por algún protocolo?**

No, no hay ningún protocolo. Yo cuando tengo dudas, cuando ya están siendo más patológicos, se lo consulto más al psicólogo. Pero como no ha sido caso recurrente, los acompaño en realidad.

**- ¿Esta forma que utiliza para diagnosticar, es compartido por el resto de la Unidad. O c/u lo diagnostica de acuerdo a su especialidad o criterio?**

Yo creo que cada uno tiene su propio criterio, se va formando de manera independiente, salvo, ese espacio de casos de equipo donde podemos aunar criterios. Desconozco qué procedimiento utiliza el resto del equipo, yo creo que aquí la mayor opinión que pueden tener aquí son los psicólogos. Como te digo,

a mi me llega cuando es tema administrativo, o de shock, o de intervención en crisis de ciertos temas.

**- ¿Cómo lo hace para diferenciar un duelo esperado de uno con evolución complicada?**

Como lo diferencio?...yo creo que el tema es el tiempo, eso me quedo claro el otro día en la consultoría con el psiquiatra, es el tiempo, hay gente que viene hablando del tema del duelo durante un buen tiempo, ahí hay una señal, es un indicador. El psiquiatra comentaba cuando un duelo es patológico o no, un indicador es el tiempo, es lo que a mi más me llamo la atención.

**- ¿Cómo distingue una situación de duelo complicado de una depresión mayor o de otro cuadro clínico?**

Yo creo que la temática que la causa, el efecto gatillante me imagino, no, no tengo mucha especialidad para poder responderte pero si el efecto gatillante es el tema del tiempo del usuario.

**- ¿Cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado?**

Yo creo que si, dependiendo un poco del tipo de relación con la persona fallecida, de los vínculos familiares, dinámica, eso te permite el modelo también, ver en qué está. Yo por ejemplo, tengo un caso de una chiquilla de veintiséis años que me llamó mucho la atención, que era cuidadora de un paciente postrado, falleció la persona y la chica está con pena, en un duelo normal desde mi punto de vista. Pero a ella es la única persona que tiene es la cuidadora, la que asumió su responsabilidad. Entonces, yo le anticipé “que va a pasar cuando fallezca tu tío”, y la chica está atrapada, tiene veintiséis años, no tiene un proyecto de vida, bueno, ya, po, “tienes que vivir el duelo pero qué va a pasar con tu vida”, una chiquilla joven, “qué vas hacer”, acompañarla pero también armarle una expectativa de vida.

**- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?**

Acogida, me ha tocado casos más impactados. En principio acogida, cuando...una acogida, que se yo, después de un tema, mi labor, una situación legal si es posible, o administrativa, que se yo, de mi área, y luego ver un poco otro tipo de síntomas asociados, ver si hay algo, y ahí podría evaluarlo con un psicólogo para ver si me ayuda a ver ciertos aspectos o no, acompañarlo.

**- En el caso de un duelo reciente (con reacciones esperadas), ¿Qué es lo que hace?**

La acogida es la primera instancia probablemente ante un estado de shock en que se encuentra, bueno “en que te puedo ayudar”, tú también “que estás haciendo”, “de qué forma”, en fin, y de ahí empieza abrir el tema, por dónde, cómo, qué tienes que hacer, me entiendes. Me ha tocado abordar tres sesiones, máximo tres, porque la primera sería dar la instrucción, la segunda reforzar algunas cosas y tres para darle las gracias, que sé yo, y como va afrontar la vida ahora.

**- Cuándo está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?**

Ahí hablar con psicólogo, cuando ya está un poquito....que cumple un criterio y veo que hay síntomas medio raros, yo ahí veo si lo derivo a psicólogo, a médico, ahí veo.

**- Y esta forma de abordar el duelo, ¿cómo la desarrolló?**

De la experiencia, porque uno puede meter las patas si me meto en un tema de duelo, porque es un proceso, que tienes que cerrar como en psicoterapia, y si

hay síntomas raros, muy prolongados, yo creo que hay que tener la precaución y la formación suficiente y yo no la tengo.

**- Esta forma de intervención, ¿es compartida por el resto de la Unidad o c/u lo aborda de manera distinta, de acuerdo a su criterio o especialidad?**

En este equipo de salud mental, los médicos están bien preparados y si no están bien preparados yo creo que si se asesoran con el psicólogo. Yo creo que lo consultan, consultan, yo creo que la consulta de pasillo.

**- ¿El abordaje del duelo es distinto de acuerdo al ciclo evolutivo/género/tipo de vínculo?**

Yo creo que si porque tienen, si y no, no se si puedo darte una respuesta, yo creo, haber el ciclo evolutivo de todas formas parte del acompañamiento de la persona, es parte del tratamiento, me entiendes, pero es que ellos vienen como demanda espontánea y requiere, vienen a pedir conmigo que lo oriente, no a convencerlos, difícil de hablar de ciclo, yo creo que es parte normal, yo creo que a lo mejor en psicoterapia te lo pueden abordar mejor, pero cuando vienen hablar conmigo no quieren que le hable de ciclo normal. La primera sesión es para poder hacer el trámite. Me ha tocado, por lo menos en personas mayores, con un tipo de vida quizá bien limitado, me entiendes, pocos casos me ha

tocado tema de jóvenes, y siento que han sido los mas traumáticos en realidad que me ha tocado ver o percibir de los usuarios. En cuanto al género, no, fíjate que no, yo creo que dependiendo un poco del vinculo que tiene con la persona, el sexo, no.

**- ¿Cuál es la modalidad de atención que usted más utiliza para abordar el duelo?**

El tema de duelo siempre es una intervención en crisis, yo creo, lo que más hago en realidad, porque tiene que.... con la demanda, si fallece un paciente postrado es prioridad de alguna forma, o si es de algún caso familiar también es un prioridad, de crisis, de shock, la familia a veces no está preparada para tomar decisiones y uno tiene que ir acompañándolo.

**- ¿Hay alguna otra modalidad que usted no use pero que conozca, incluso crea que reporte mayores beneficios?**

No, fíjate que no. Siento que el duelo es algo poco explorado desde mi formación.

**- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo (solo con la persona, con la familia, con las redes de apoyo, etc.)?**

Con el psicólogo. Con respecto al paciente, quizá un poco para tener información más médica con el enfermero, con un médico en algunos aspectos. Con la familia del paciente también, algunas cosas, pero cuando vienen hablar conmigo, viene toda la familia también. Redes hartas, con los trámites, por el tema de las gestiones funerarias, del aspecto administrativo en realidad, del aspecto psicosocial en realidad no. De duelo no tenemos redes.

**- ¿Qué hace cuándo un familiar le informa que está preocupado por un integrante de su familia que tuvo una pérdida reciente?**

En algunos casos me ha pasado, ponte tú, casos como bien emblemáticos que han sido significativos para el centro, en algunos casos le mandamos una carta o un saludo por fallecimiento por parte de la dirección, en muy pocos casos, hace tiempo que no mandamos por fallecimiento. Y la familia te reconoce como cercano.

(Se reformula la pregunta). En algunos casos les pido que venga, para entregarle la primera acogida, y si le veo que está muy preocupado, en muy pocas ocasiones voy a visitar como esta, si está en riesgo, porque algunas personas no salen, no salen, esa parte quizás es parte del duelo, pero son muy pocos los casos también, muy pocos.



**- ¿Qué hace cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo (duelo esperado)?**

Ahí no se, no sabría responder porque no me he encontrado con casos así. No ahí, lo que hago es hablar con psicólogo, explicarle un poco la sospecha que tengo, él me la confirma o no, me trata de orientar por dónde, o por qué realmente derivo, porque puede ser más un tema algo patológico que depresión, y lo que hago es profundizar un poco más la historia.

**- ¿Qué es lo que hace cuándo considera que el resto de la Unidad no está abordando adecuadamente una situación de duelo?**

Se lo plantearía de todas maneras, si porque la única manera que yo puedo ayudar a los equipos es entregando la historia del usuario en realidad, los médicos no tienen mucho tiempo, yo indago un poco más, de tal manera que el psicólogo solo intervenga nada más.

**- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?**

No he tenido la experiencia en trabajo grupal, no lo he trabajado nunca porque nunca ha estado en las áreas laborales más el tema del duelo, nunca he tenido la oportunidad. Si me la dieran, si, creo que no sería nada malo.

**- ¿Lo ha implementado? ¿Siente que sería buena implementarlo?**

Yo creo que si, toda iniciativa es bien recibida.

**- ¿Quién se puede beneficiar con esta modalidad de intervención?**

Los familiares principalmente, si, de todas maneras.

## **ENTREVISTA N° 12**

### **DOCTORA CESFAM DR. FERRADA.**

#### **- ¿Qué es un CESFAM?**

CESFAM es un centro de atención familiar. Entiendo por el modelo de salud familiar que eso, una aplicación a nivel de la salud, pero a nivel de la familia, que eso no solamente con un individuo ni una sola patología sino a nivel global de una familia, papá, mamá, abuelos, todo una familia, que tiene que ser atendido debidamente con todas sus patologías y dando soluciones para el bienestar de ella.

#### **- ¿Nota diferencias con respecto a otros centros de APS?**

Si, porque yo vengo de otros centros médicos en la que...de pronto se aplica pero aquí veo que están más preocupados por eso, por la familia.

#### **- ¿Cómo llegó ha trabajar en este CESFAM?**

Yo llegue a trabajar por medio de un concurso, en la que concursé y tuve la...salí favorecida en la elección y por eso estoy acá.

**- ¿Cuál es el cargo dentro de este CESFAM?**

Soy médico de salud primaria.

**- ¿Quiénes integran el equipo de Salud Mental?**

Participo en el programa de salud mental. Y el programa de salud mental está compuesto por el médico, disculpa que me mencione yo primero, psicólogo, asistente social y también con la ayuda de psiquiatra que vienen a las consultorías. Y todo el equipo también de la atención primaria, pero en si, más conlleva a la atención de salud mental los que te acabo de mencionar.

**- ¿Cuál es la labor de este Unidad? ¿Cómo trabajan?**

Por ejemplo la labor de ellos, especialmente el médico, filtran, lo que harían es un filtro a nivel de morbilidad con pacientes de salud mental que los deriva al área de salud mental que hace el médico, en ese caso, yo lo hago en atención de salud mental en la que el paciente previamente evaluado por psicólogo, junto con el médico, en la cual llegan a un diagnóstico y lo ayudan con terapias, perdón, con terapias si a nivel psicológico, con medicamentos, con talleres, e incluso si hay necesidad haciendo visitas a domicilio.

**- ¿Cuáles son las atenciones que con mayor frecuencia atiende este departamento?**

A nivel de salud mental, las atenciones mayor frecuente son....bueno yo llevo haciendo salud mental muchos años y aquí he hecho poco tiempo, porque tengo poco tiempo en este centro de salud, pero las patologías que más se observan son síndromes depresivos, ansiosos depresivos, síndromes de pánico, también tenemos.....síndromes ansiosos que es lo más frecuente.

**- Dentro de estas atenciones o consultas, ¿con qué grado de frecuencia se presenta el duelo?**

Bueno yo he tenido un porcentaje de un veinticinco, treinta por ciento de los pacientes de salud mental que se presentan por duelo, especialmente en los pacientes adultos mayores. Vienen por un duelo enmascarado, porque vienen porque están depresivos, están tristes, están solos, están con insomnio, entonces uno ahí va investigando y llega a que la causa es el fallecimiento de su esposo o algún familiar cercano.

**- A nivel institucional, ¿considera que este CESFAM tiene las competencias (humanas, técnicas, espacio, tiempo) necesarias para enfrentar este tipo de consultas (duelos)?**

En un setenta por ciento yo creo que si, sesenta, setenta por ciento, pero entre un treinta, cuarenta por ciento creo que le faltaría el espacio para realizar de pronto talleres adecuados, le faltaría más psicólogos, gente con más entrega y que le guste el área de la salud mental.

**- ¿Considera que el modelo de salud familiar es pertinente o no para abordar esta temática (duelos)?**

Si, bastante bueno, bueno porque se tiene la colaboración con el COSAM y con psiquiatras que hacen la.....a pesar de que se necesitaría más, aumentar un poco más de esas reuniones con los psiquiatras.

**- ¿Usted qué entiende por duelo? ¿De dónde surge esta definición?**

Duelo es una etapa de la vida donde todo ser humano desgraciadamente tiene que vivirlo, y que su respuesta al duelo es de acuerdo a la preparación que tenga el ser humano en aceptar o no aceptar la muerte. Esta definición parte de mi experiencia.

**- Esta definición que usted entrega, ¿es compartida por el resto del equipo, o cada cual tiene su propia definición al respecto?**

Bueno ese tema yo nunca he hablado con los compañeros de equipo, ese concepto de repente lo comparte mucha gente, pero no te podría decir.

**- ¿Cuántos tipos de duelo conoce?**

Tipos, tipos, dame un ejemplo, tipos, o sea encasillar un duelo por un ser humano lo clasificaría dependiendo desde el punto de afectividad o de, o sea no conozco una clasificación que yo halla leído en un libro, pero por lógica de pronto una clasificación de acuerdo a la parte afectiva de la persona que vive ese duelo, porque no es lo mismo vivir un duelo de un esposo, de un hijo, o de un familiar lejano. Esos pacientes por ejemplo yo los encasillo con personas que tienen una mea culpa, que dejaron de hacer en su momento lo que tenían que hacer y que eso viene a los años a salir a flor de piel, a presentar el mea culpa que ellos tienen.

**- ¿Cuál de ellos se presenta con mayor frecuencia en esta Unidad?**

¿Más?...los más cercanos, o sea, en la parte afectiva sería la pérdida de esposos, hijos, que yo he atendido más.

**- La bibliografía desarrollada en torno a esta temática, ¿ha sido de utilidad para usted? ¿Acá en Chile, cómo siente que está siendo tratado el tema?**

No. En Chile me admira mucho porque aquí un duelo tiene varias variables que veo, yo soy extranjera y por ende el duelo allá se lo vive, tiene su proceso y la persona no cae en depresión como acá. O sea mira, yo creo que hay muchos factores para el estado de ánimo y que una persona padezca un duelo. Yo creo que, ahí me extendería un poquito más, que el medio ambiente, por ejemplo aquí en Santiago donde yo vivo, yo he visto gente muy depresiva por muchas cosas, pero también hay, creo yo que son muchos factores que han vivido antiguamente, el golpe de Estado con la falta de respeto al derecho humano, nose....lo que han vivido, su medio ambiente que es muy tóxico, todo eso parece que afecta, ha afectado a nivel de toda persona a nivel espiritual, a nivel mental, y en vivir el duelo, o sea, van acumulándose cosas más que van afectando a los chilenos, porque en mi país (Ecuador) claro que se llora y se sufre por un ser querido, pero tiene su proceso como todo duelo pero no veo nada con tanto impacto...o sea no he tenido, no se si será ventajoso o desventajoso de no haber visto eso en mi país.



**- ¿Este tipo de consultas, es trabajada en forma interdisciplinaria?**

Se trabaja, claro, se trabaja en forma bien, o sea que vemos trabajan en una forma equipo que hacemos mucho esfuerzo en trabajar en equipo, pero la falta de tiempo, falta, por eso yo decía que la parte física también falta espacio en tiempo, organizarnos de pronto mejor, o dedicarnos un poquito más al área de la salud mental, porque es muy beneficioso en si, si modificáramos algo, ayudaríamos mucho a esa parte, yo creo que disminuiría mucho la atención por parte en morbilidad, sería muy sencilla las otras atenciones.

**- ¿En qué detalles o aspectos se fija para diagnosticar o evaluar una situación de duelo? ¿De dónde surge?**

Siempre el paciente viene quejándose por el estado de ánimo y por su insomnio, y a penas entra a mi box yo lo veo en la parte física, en su semblante, y cuando empiezan a dialogar es lo que yo primero les pregunto, y después indago que es lo que les pasa en su entorno, qué problemas tienen, y pregunto si no hay, su esposo, su familia como está conformada, entonces, ahí me relatan de que perdieron a su esposo hace un mes, un año.

**- ¿Se guía por algún protocolo?**

El protocolo en si, bueno, yo no he recibido mayor capacitación a nivel de salud mental en duelo, entonces, por lo tanto, yo estoy haciendo lo que yo puedo y la poca capacitación que yo he recibido este año.

**- ¿Esta forma que utiliza para diagnosticar, es compartida por el resto de la Unidad. O c/u lo diagnostica de acuerdo a su especialidad o criterio?**

Bueno, yo siempre colaboro, pido colaboración del psicólogo para diagnosticar, por lo tanto, se hace una redacción en la historia clínica en la que se explica, o bien el psicólogo, primeramente llega después de la consulta con el psicólogo, entonces la coordinación es entre los dos, que eso es fundamental, la parte psicológica se va coordinando y ha habido bastante coincidencia, a veces se ve, ha habido mucha coincidencia del diagnostico y del tratamiento.

No, no lo he preguntado ni se tampoco como diagnostica el resto un duelo.

**- ¿Cómo lo hace para diferenciar un duelo esperado de uno con evolución complicada?**

Por ejemplo, ahí en pacientes que tengo experiencia en visitas domiciliarias, en pacientes postrados o con pacientes de patologías terminales, como un cáncer de próstata, un cáncer x, yo por ejemplo, he tenido la oportunidad de ver a esos pacientes durante diecinueve años acá en Chile, siempre quedarme un momento hablando con el tutor, o con...si con la familia, o directamente con la parte afectada, si es el esposo, o la esposa o viceversa, y si son los hijos, pues con los padres, entonces siempre ayudarlos con una terapia para orientar y para guiarlos de que eso es una enfermedad terminal y que deben de prepararse ellos mentalmente y espiritualmente, y hacer todo lo que está a su alcance, darles mucho amor para que luego ellos se sientan tranquilos, se sientan que hicieron todo lo que pudieron. Y de ahí, ayudarlos, se les cita, se les da una hora de morbilidad para derivarlo a salud mental con psicólogo para que tengan su ayuda profesional.

**- ¿Cómo distingue una situación de duelo complicado de una depresión mayor o de otro cuadro clínico?**

Primeramente la diferencia o, tengo que hacerla si hay un duelo, en primer lugar, si no hay duelo, se tiene que ir clínicamente o investigar al paciente con una anamnesis tratando de ser lo más completo para llegar a otro diagnóstico.

**- ¿Cree que se pueda detectar (y evitar) un posible duelo complicado?**

Haber, eso prácticamente sería una decisión de los familiares, porque, si por ejemplo, un paciente que está diagnosticado con un cáncer hoy y sabemos que el cáncer tiene su proceso, entonces ninguna persona ni siquiera el médico puede diagnosticar, es decir mañana se muere, pasado o dentro de dos o tres meses, hay médicos que lo dicen pero yo no lo acepto como médico, porque el dueño de la vida no somos nosotros. Entonces hay muchos pacientes de que...pueden tomar muchas decisiones, porque hay pacientes que se les puede alargar su vida y darles quimioterapia. Hay pacientes que la rechazan y su vida se acorta, hay pacientes con mucha forma de evolución, y simplemente asesorando y hablando honestamente a los familiares, más a los familiares, y si tiene mucho dolor el paciente o está preparado también informarle. Hablar qué es lo que les espera, intervenir, explicándoles para ver qué resoluciones toman,

la resolución del paciente con el familiar o en si de los familiares solo, porque a veces el último en enterarse es el paciente mismo.

**- ¿Qué es lo primero que hace cuando detecta una situación de duelo?**

Si son los adultos mayores yo les pido, si viene el paciente solo y viene con un diagnóstico de un posible fallecimiento de un paciente, yo me abstengo de comentario y le pido que venga entre semana, que le doy una hora, o conmigo mismo, que venga con un familiar, o si no pido el numero telefónico y cito a un familiar.

**- En el caso de un duelo reciente (con reacciones esperadas): ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención? ¿Cuántas sesiones dedica a la persona en duelo?**

Cuando un paciente viene con un duelo reciente le hablo mucho acerca de que, hago primeramente explicarle que nosotros somos unos seres humanos que nacemos, crecemos, nos reproducimos y tenemos que morir, y que este mundo es como un aeropuerto muy grande, donde todos aterrizamos desnudos, sanos unos, otros enfermitos, pero para luchar en esta vida y disfrutar en esta vida, tenemos que partir, como aterrizamos también tenemos que partir, y que esa partida es simplemente un viaje en la que, es un viaje que nos toca a unos u

otros más temprano que los demás y que poco a poco, todos nos tenemos que ir, y que el último, al final, dentro de mi creencia nos vamos a reunir. El objetivo de eso es de darle un poco de entendimiento dentro de su angustia, para tranquilizar, y que ellos hagan conciencia de que esa persona querida se fue, simplemente se adelantó al viaje y que todos nos tenemos que ir. Sesiones, serían consultas, yo personalmente la cita al mes o a los dos meses pero yo derivó al psicólogo, porque el psicólogo es el encargado de las terapias, de ampliar más el tema como psicólogo.

**- Cuando está frente a un duelo complicado, ¿Qué es lo que hace? ¿Cuál es el objetivo de esta intervención?**

El duelo complicado sería ya con, bueno, ya no hablamos de un duelo simple, un duelo que necesitaría sesiones más seguidas, ayuda con el psicólogo y de medicamento, y necesitaría un tutor para esa persona, que puede ser un hijo, puede ser un familiar, en la que se le daría explicaciones detalladas para el cuidado. Indagaría el núcleo familiar, siempre hay, es muy escaso que no halla, siempre hay un hijo, una hermana. El objetivo es para que la persona...si estamos abordando un duelo severo es porque esa persona ya no quiere ni vivir, esa persona ya no le interesa nada, entonces evitar, pues que ella tome actitudes incorrectas como quererse matar, como, que se yo, hacerse daño.

**- Y esta forma de abordar el duelo, ¿cómo la desarrolló?**

Experiencia y la práctica de la vida.

**- ¿Este forma de intervención, es compartida por el resto de la Unidad o c/u lo aborda de manera distinta, de acuerdo a su criterio o especialidad?**

Tu sabes que aquí no he tenido capacitación al respecto y nunca ha habido una reunión donde se pueda hablar de ese tema, primera vez que me lo tocan, lo que yo hago como persona, como mujer, como madre, y como medico, lo que yo he sentido.

**- ¿El abordaje del duelo es distinto de acuerdo al ciclo evolutivo/género/tipo de vínculo?**

Si, claro, varia mucho, porque, o sea, te refieres a un niño adolescente que haya fallecido o que tenga que vivir el duelo, yo he tenido eso oportunidad de verlo pero muy poco, pero más en adultos mayores, pero yo he notado que el adulto mayor necesita más cuidado, necesita más, o sea por el hecho de que ya está en su etapa final de la vida, también hay que ayudarlo mucho, he visto mayor.....creo que debería haber mayor preocupación en los tres grupos, pero yo creo que es más lindo que la gente conviva disfrutando de su vida, de los

pocos años que les faltan. A pesar de que los otros tres grupos también son importantes, porque a un niño también hay que apoyarlo y al joven también, pero, al adulto de pronto por su edad.

Al género, yo creo que si, yo en lo que he visto la mujer es más fuerte, el hombre es más débil, y eso se ve en adultos, en adultos mayor, del adulto al adulto mayor, o sea, el hombre será por su....no es cien por ciento útil en todo, entonces la mujer de pronto es más, no se, hace prácticamente todo, casi la mayoría de las mujeres, pero he visto más debilidad en la aceptación en un varón.

En cuanto al vínculo, también, mucho, hay bastante variedad.

**-Cuál es la modalidad de atención que usted más utiliza para abordar el duelo?**

En cual?, en el cercano?, en general, solo prácticamente el paciente, casi el paciente viene solo en un cuarenta y cinco, cincuenta por ciento, y el resto vendría siempre acompañado, de acuerdo también a la edad, al grupo de edad, y casi por lo general si está con el familiar yo nunca lo....solamente cuando veo casos muy difíciles, muy extremos, cuando el paciente está muy angustiado, muy depresivo, primeramente hablo con el familiar y después hago pasar al



afectado, para entender un poco más, porque a veces con la angustia, con el grado de ánimo bajo, el paciente se pone a llorar y llorar y se expresa muy poco.

**- ¿Hay alguna otra modalidad que usted no use pero que conozca, incluso crea que reporte mayores beneficios?**

No, no conozco, la única sería por ejemplo un paciente que tenga un duelo reciente o antiguo, siempre me ha gustado que saque todo hablando con un psicólogo, que saque todo lo que tenga, porque en la medida en que el psicólogo aplica sus técnicas o modalidad de atención puede sacar mucho, entonces ellos van haciendo enfoque de recuerdos, me pasa esto y esto, y van encasillando.

**- ¿Con quién interviene cuando trabaja el duelo (solo con la persona, con la familia, con las redes de apoyo, etc.)?**

Con el paciente y con la familia, y redes, pidiendo ayuda cuando se puede.

**- ¿Qué hace cuando un familiar le informa que está preocupado por un integrante de su familia que tuvo una pérdida reciente?**

Le digo a ese familiar que tome una hora, si es posible le ayudo a tomar una hora conmigo, o con el psicólogo, para que el paciente venga, sea atendido, porque necesitan ayuda, porque le explico la gravedad de cómo puede seguir aumentando la parte anímica de la persona.

**- ¿Qué hace cuando considera que una persona está siendo medicada por un “mal” diagnóstico de duelo (duelo esperado)?**

Me da mucha pena, me pena porque el paciente no....pero casi por lo general los medicamentos...es que el duelo en sí es más terapia, ayudar de pronto por unos meses, o talleres. Simplemente lo que hago es, lo suspendo y le digo señora vamos a disminuir, vamos a tomar solamente eso y la derivo a otra parte sin ningún comentario.

**- ¿Qué es lo que hace cuándo considera que el resto de la Unidad no está abordando adecuadamente una situación de duelo?**

Voy, la paciente al regresar o de pronto viene por morbilidad, pregunto como está su situación, informan, y yo voy y golpeo puertas, pido hora, me acerco al SOME, o me acerco al psicólogo, o al jefe de sector.

**- ¿Qué opina del trabajo grupal en duelo?**

Con lo poco que he visto acá, pacientes terminan mejorando, ante todo, se dan cuenta que la vida sigue para ellas, y que han adquirido un sentido de vida para seguir adelante.

**- ¿Lo ha implementado?**

Los talleres yo no he hecho, yo no hecho nunca.

**- ¿Quién se puede beneficiar con esta modalidad de intervención?**

Toda la comunidad, de toda índole, gente con problemas de duelo, gente con problemas de otros factores económicos, de drogadicción, de alcoholismo, gente, especialmente tutores de gente discapacitada, gente con patologías terminales. Yo veo bastante, yo vengo de un consultorio donde me asignaron adulto mayor, entonces en ese consultorio observé, fue una ventanita de aprendizaje y de experiencia propia para mi vida, de que es lo que sucede con el adulto mayor, el abandono, el abuso, dentro del abandono y el abuso hay otras cosas que no se ven, entonces, y que los tutores por más amor que tengan, por falta económica o por otros factores, van empeorando y a veces se enferman más que el propio...como se dice, es una cadenita, mientras el tutor

este excelente y bien capacitado, o pueda compartir ese cuidado, es mejor y el familiar se va a sentir mejor y va a recuperarse.