

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO
ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA**

**VIVENCIA DE LA MUERTE DE LOS PACIENTES
POR PARTE DEL PERSONAL PROFESIONAL
HOSPITALARIO DESDE EL CICLO DE LA
EXPERIENCIA**

Sustentante: Carlos Roberto Arce Núñez

Mayo, 2019

DEDICATORIA

A mi esposa y mi hijo, Montserrat y Carlos Efrén, por ser y estar siempre a mi lado en el camino de la vida, sin soltar mi mano, por su ayuda, motivación y, sobre todo, por su amor incondicional. Gracias por enseñarme a luchar todos los días, por no dejarme caer en los momentos más difíciles y ayudarme a crecer. Ustedes son mi motivo de vida y de inspiración, los amo.

A mis padres, Carlos Arce y Mayela Núñez por sus consejos y apoyo, porque gracias a esto he llegado hasta donde estoy, por haberme enseñado a luchar por mis sueños, aunque a veces las cosas se vieran cuesta arriba.

A mi hermana, Pamela, quien siempre ha creído en mí más que yo mismo, por estar siempre presente, apoyarme y hacerme sentir que está tan orgullosa de mí, como yo lo estoy de ella.

A mi abuelita Dora, quien, aunque hoy ya no está con nosotros en esta vida, fue siempre una fuente de inspiración y de amor.

Carlos Arce Núñez

AGRADECIMIENTO

A mi familia y amigos, quienes me ayudaron y apoyaron a lo largo de estos años de estudio, que me alentaron en momentos difíciles y me recordaron cuánto creían y confiaban, todo esto fue esencial para alcanzar esta meta.

A mis profesores, que fueron parte importante de mi formación como estudiante y crearon las bases para ser un mejor profesional.

A todas las personas y personal hospitalario que me ayudaron a concretar las entrevistas, así como reservar espacios y lugares para realizarlas y en especial a quienes participaron de las entrevistas, abriéndose para explorar sus vivencias y sentimientos.

A mi tutora Inti Álvarez, ya que siempre se mostró solidaria, empática y comprometida durante todos los meses de esta investigación, con gran profesionalismo y dedicación.

Carlos Arce Núñez

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Tabla de Contenidos	iv
Resumen	vii
Abstract.....	viii
Capítulo 1. Problema de Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.1.1. Antecedentes del Problema	2
1.1.2. Delimitación del Problema	7
1.1.3. Justificación	7
1.2. Pregunta de la Investigación	10
1.3. Objetivos de la Investigación.....	11
1.3.1. Objetivo General	11
1.3.2. Objetivos Específicos.....	11
Capítulo 2. Marco Teórico	12
2.1. Contexto Teórico-Conceptual.....	13
Capítulo 3. Marco Metodológico.....	25
3.1. Enfoque de Investigación.....	26

3.2. Tipo de Investigación	27
3.3. Unidades de Analisis u Objetos de Estudio	28
3.3.1. Área de Estudio	28
3.4. Instrumentos para la Recolección de la Información	29
3.5. Diseño de la Investigación	30
3.6. Matriz de Categorías.....	31
3.7. Procedimientos para el Análisis de la Información	36
3.7.1. Análisis de Contenido	36
3.7.2. Pasos de la Recolección de Datos.....	36
Capítulo 4. Análisis de Datos	39
4.1. Presentación de Datos	40
4.1.1. Generalidades	40
4.2. Análisis de Resultados según la Interpretación de los Bloqueos del Ciclo de la Experiencia.....	41
4.2.1. Postergación / Reposo.....	42
4.2.2. Desensibilización / Sensación.....	42
4.2.3. Proyección / Darse Cuenta – Conciencia.....	45
4.2.4. Introyección / Movilización de la Energía	47
4.2.5. Retroflexión / Acción	49
4.2.6. Deflexión / Contacto.....	50

4.2.7. Confluencia / Retirada	50
Capítulo 5. Conclusiones y REcomendaciones	54
5.1. Balance Final de los Resultados	55
5.2. Implicaciones con los Objetivos	58
5.2.1. Objetivo General	58
5.2.2. Objetivo 1	59
5.2.3. Objetivo 2	60
5.3. Recomendaciones	61
Bibliografía	63
Anexos	67
Anexo 1	68
Anexo 2	71
Anexo 3	73
Anexo 4	75
Declaración Jurada	77
Carta de la Tutora	78
Carta de la Lectora.....	79
Carta de Revisión Filológica.....	80

RESUMEN

La terapia Gestalt otorga gran importancia a los cierres, como parte del proceso de satisfacer las necesidades de los individuos. El ciclo de la experiencia involucra estos cierres y que el individuo complete, de forma sana, cada etapa del ciclo, además de interesarse en los bloqueos que impiden que cada una de estas se complete.

Esta investigación busca demostrar la capacidad de adaptación de la persona en el ciclo de la experiencia, los bloqueos, así como la resolución de las etapas y, de esta forma, analizar la vivencia de la muerte de los pacientes por parte del personal hospitalario, desde el ciclo de la experiencia.

Para efectuar la investigación se realizó un estudio cualitativo, con análisis de contenido de las entrevistas, estas últimas se aplicaron a 10 profesionales, entre estos enfermeros, médicos y terapeutas respiratorios. Lo que se pretendía era entender los bloqueos presentes y cómo se manifiestan en el discurso de los entrevistados, esto con el propósito de comprender el flujo del ciclo de la experiencia en estas personas.

Los resultados demuestran la presencia de todos los bloqueos en las diferentes etapas del ciclo de la experiencia, lo que evita que puedan fluir. En los resultados de la investigación se encontró que los bloqueos pueden variar en cada uno de los profesionales hospitalarios y pueden no coincidir.

Palabras Clave: Personal Profesional Hospitalario, Ciclo de la Experiencia, Bloqueos, Etapas, Muerte, Pacientes.

ABSTRACT

Gestalt therapy gives high importance to the closures, as part of satisfying the individual's needs, the cycle of experience, involves this closures and how the person complete in a healthy way each stage of the cycle, adding to this the importance of the resistances.

This investigation is looking to demonstrate the ability of the person to adept themselves to the cycle of experience and how the resistances can affect the resolution of each stage of the cycle of experience, in this way analyze the experience of the death of patients from the hospital professional staff as of the experience cycle. To prepare this investigation a total of 10 hospital professional staff were interviewed, among the professionals are, nurses, doctors and respiratory therapists, with it trying to understand the resistances existing and how they are manifested in the discourse of the interviewers, in order to understand the flow of the cycle of experience in these professionals.

The results that were obtained in this investigation demonstrate the presence of all the resistances in the different stages of the cycle of experience, preventing it from flowing in. In the results of the investigation we found that the resistances can vary in each one of the hospital professionals and not precisely coincide in the presence of the same resistance.

Keywords: Hospital Professional Staff, Cycle of Experience, Resistances, Stages, Death, Patients.

CAPÍTULO 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del Problema

La muerte genera ansiedad y angustia en muchas personas. “Cuando volvemos la vista atrás y estudiamos las culturas de los pueblos antiguos, constatamos que la muerte siempre ha sido desagradable para el hombre y, probablemente, siempre lo será” (Kübler - Ross, 1972, p. 15), por lo que se puede entender que, a pesar de que la forma de entender la muerte en cada cultura es diferente, esta no se percibe como algo agradable.

Entender cómo ven las personas la muerte evoca a la historia de vida de cada individuo y de su cercanía con esta, por ejemplo, a través de las muertes de familiares o amigos. Sin embargo, “la muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador y el miedo a la muerte es un miedo universal, aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles” (Kübler - Ross, 1972, p. 18).

No se encontraron antecedentes de vivencias de la muerte de pacientes desde el ciclo de la experiencia, sin embargo, se encontraron estudios relacionados con la vivencia del personal de salud con respecto a la muerte de pacientes.

Ante los estilos de vida actuales, se entiende que todas las personas se enfrentan a diferentes grados de estrés y la vida laboral no escapa de esto. Como lo indican Martínez-Lanz, Medina-Mora y Rivera (2004), aunque las profesiones y sus actividades pueden generar cierto grado de estrés, los trabajos relacionados con la atención de la salud poseen algunos estresores únicos, como consecuencia de la

necesidad y dedicación que implica el cuidado de otras vidas. Aunado a esto, cada institución de salud tiene sus propias características que pueden llevar al límite y poner en riesgo a los profesionales de la salud.

Todos los factores mencionados producen agotamiento emocional, que además puede propiciar el aislamiento, depresiones, uso de psicofármacos, abuso del alcohol, tanto en hombres como en mujeres. Con este estudio se demuestra que las actividades laborales de un centro médico-hospitalario pueden tener consecuencias emocionales, psicológicas y físicas en los profesionales a cargo del cuidado de los demás.

Ortega Herrera, Ortiz Viveros y Coronel Brizio (2007), se propusieron identificar los niveles y distribución de los factores que componen el síndrome del *burnout* y cómo se relaciona con el tipo de personalidad resistente, para entender si este puede identificarse como un protector que evite que el individuo experimente el síndrome de *burnout*.

El estudio se realizó de forma descriptiva, utilizó como instrumentos los cuestionarios de información general, el Maslach Burnout Inventory y el Inventario de Puntos de Vista Personales, en 119 personas, profesionales en medicina y enfermería. Entre las conclusiones del estudio, se encontró una correspondencia negativa y reveladora entre el tipo de personalidad resistente y el síndrome de *burnout*, además, se identificó al personal de enfermería como el más afectado por el síndrome.

La investigación de Vega-Vega *et al.* (2013), tenía objetivo revelar cuál es el

significado del duelo en los enfermeros que afrontaron la muerte de niños diagnosticados con cáncer. El estudio fue cualitativo, se documentó la experiencia de 10 profesionales en enfermería pediátrica que, en su experiencia profesional, afrontaron la muerte de pacientes con cáncer. Los datos se recolectaron por medio de entrevistas a profundidad.

Entre las conclusiones más relevantes se encuentra que los profesionales en enfermería forman vínculos con los pacientes que permiten que su atención y cuidado se lleve a cabo de una manera particular, además, los participantes experimentan el proceso de duelo, de una forma hacendosa y retribuyen al paciente con un cuidado especial y dedicado.

Huertas, Allende y Verastegui (2014), exploraron el tema de la muerte y lo complejo que resulta dentro del sistema de salud:

El manejo de la muerte es muy complejo dentro del sistema de salud, principalmente en aquellos servicios de atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y en donde la muerte del paciente forma parte del proceso de atención cotidiano. La atención de este tipo de pacientes hace necesario considerar a la muerte, no únicamente como proceso biológico, sino como un proceso multidimensional en el que la atención de los aspectos psicosociales, económicos y culturales son importantes de considerar (p. 102).

Lo anterior permite identificar la importancia que tiene para el personal atender a pacientes que pueden morir y cómo se convierte en un tema complejo en el ambiente intrahospitalario.

El estudio de Sepúlveda Sánchez, Morales Asencio y Morales Gil (2014), tuvo como objetivo indagar diferentes áreas como las percepciones, creencias, bloqueos y

facilitadores que encuentran médicos y enfermeras ante el derecho a morir con dignidad, en un hospital de pacientes críticos.

La investigación se realizó con un enfoque cualitativo descriptivo, para recopilar y analizar alocuciones de médicos y enfermeras, tanto del área oncológica como no oncológica de este hospital. Se utilizaron dos grupos de profesionales, el primero de ocho participantes y el segundo de nueve. Se demostró que existe una necesidad de optimizar la forma de comunicación con el paciente y su familia, para que esto ayude en la toma de decisiones compartidas. Además, se evidenció la necesidad de una mejor formación ética en todos los aspectos que involucra el cuidado de pacientes en estas situaciones.

La investigación de Fernández-Oedo, Pérez-Urdiales, Unanue-Arza, García-Azpiazu y Ballesteros-Peña (2017), tuvo como objetivo investigar las estrategias de afrontamiento, así como las emociones y experiencias utilizadas y presentes en las enfermeras y técnicos de emergencias tras realizar maniobras de resucitación con resultado de pérdida de vida.

Esta investigación se realizó de manera cualitativa, con seis participantes individuales y un grupo focal, a partir de esto se realizó el análisis del contenido de las entrevistas. Como resultado, se comprendió que la maniobra de reanimación (cuando el paciente pierde la vida) puede convertirse en una experiencia traumática para los participantes.

Estar en contacto con el dolor ajeno es una fuente de estrés que afecta directamente la vida personal y profesional de los implicados, además, se concluyó

que las estrategias de afrontamiento no son recurrentes en los participantes de esta investigación.

La investigación de Pérez Vega y Cibanal (2016), tenía objetivo era determinar el impacto psicosocial en las enfermeras que prestan sus servicios en el cuidado de pacientes hospitalarios en cuidados paliativos, en la etapa final de su vida. Se realizó desde un enfoque cualitativo, por medio de la entrevista a profundidad, participaron un total de cuatro enfermeras. Entre las conclusiones de este estudio se encontró que existe un impacto psicosocial, este forma en ellas una disyuntiva entre sentir y no sentir, entre el compromiso vocacional y ser persona.

En la investigación de García-Avenidaño, Ochoa-Estrada y Briceño-Rodríguez I (2018), se pretendía establecer la actitud que presenta el personal de enfermería ante la muerte en pacientes de cuidados intensivos. El estudio fue cuantitativo, se utilizó una muestra de 30 profesionales en enfermería y, para obtener los resultados, se utilizó el cuestionario Actitudes ante la muerte.

En las conclusiones se describe que los profesionales en enfermería se encuentran capacitados para cuidar la vida y que aceptan la muerte como ineludible. Sin embargo, desde el aspecto profesional, se considera un alivio, debido a la carga que manifiestan los parientes de los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.

En el ámbito nacional, cabe mencionar que en no se encontraron antecedentes en investigaciones relacionados con el ciclo de la experiencia, desde la vivencia de la muerte, por parte de los profesionales de centros médicos. Se encontraron estudios e investigaciones relacionados con el manejo de la muerte del

propio paciente, así como el tema de duelo en familiar, acompañamiento psicológico, atención cognitivo conductual emocional al paciente oncológico. Sin embargo, ninguna de estas se correlaciona con el tema de esta investigación, por ejemplo: Maroto Vargas (2003), Navarro Díaz (2014) y Salazar Ramírez (2015).

1.1.2. Delimitación del Problema

La investigación se lleva a cabo con personal profesional hospitalario, durante el periodo del segundo semestre del año 2017.

1.1.3. Justificación

De acuerdo con la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel), “la incidencia de patologías de la esfera psiquiátrica en el personal de Salud es cada vez mayor”(2016, p. 1). Además, se menciona la preocupación por el aumento de casos de *burn out* y de las tasas de suicidios que duplican los valores de la población general. Debido a esta preocupación, se solicitó implantar políticas dirigidas al combate de estos escenarios.

La presente investigación busca proveer de resultados relevantes y evidenciales, al analizar cómo se enfrenta el personal hospitalario la muerte de pacientes. Asimismo, se pretende identificar si existen bloqueos que les impidan resolver el ciclo de la experiencia. Como primer estudio de este tipo, puede ayudar a entender, desde la teoría gestáltica, las vivencias de estos profesionales.

Según un estudio realizado por el Hospital Central de Nueva York, entre 28 y 40 médicos de cada 100 000 se suicidan, estos a menudo presentan cuadros de

depresión. Entender cómo viven la muerte de los pacientes puede ayudar a que se identifiquen síntomas presentes en esta población.

La población profesional hospitalaria se beneficiará gracias a que la investigación será un primer acercamiento en este ámbito, además, permitirá entender, desde su perfil profesional y personal, cuánto les puede afectar estas muertes y la resolución del ciclo de la experiencia.

De acuerdo con datos de la Caja Costarricense de Seguro Social (2017), se presentan un total de 9.71 días promedio de incapacidades en personal de servicios de la salud, es la segunda actividad económica con mayor promedio de días de incapacidad en el país.

Esta investigación, al ser la primera en su tipo, podría producir datos importantes para futuros esfuerzos, con respecto a las carencias que puedan identificarse en el personal hospitalario. De este modo, se podría beneficiar a las instituciones y a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los resultados de la investigación tendrán importancia teórica al acercar el ciclo de la experiencia con la vivencia de la muerte en el personal profesional hospitalario. La Gestalt, como teoría, se interesa en el aquí y el ahora, así como en el cierre de las figuras. Los resultados pueden tener relevancia, tanto teórica como social, al identificar se presentan bloqueos en los ciclos de la experiencia de los participantes del estudio y cómo pueden afectar la resolución del ciclo.

Gaitán Gelvez y Flores Gutiérrez (2014), indican que:

Es indudable que el profesional de la salud como cualquier otro debe estar técnica y, científicamente, capacitado, es decir, dominar ampliamente la práctica y disciplina. Sin embargo, independientemente de su grado de capacitación tecnológica existen otros aspectos que afectan directamente su carrera. Entre estos sobresalen dos: la madurez profesional y la conciencia de su responsabilidad ética y social (p. 96).

Los resultados de la investigación pretenden demostrar la necesidad de acompañamiento por parte del personal profesional hospitalario, por lo que estos resultados pueden ser de interés para las autoridades sanitarias del país. Se busca atender las necesidades de acompañamiento psicológico que pueden evidenciarse con la investigación. Además, será de interés para los estudiantes y profesionales en Psicología, para futuras investigaciones.

1.2. PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la vivencia del personal profesional hospitalario ante la muerte de los pacientes, desde los bloqueos en el ciclo de la experiencia?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Analizar la vivencia de la muerte de los pacientes por parte del personal profesional hospitalario desde el ciclo de la experiencia.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los bloqueos utilizados por el personal profesional hospitalario al enfrentarse a la muerte de los pacientes.
- Describir las etapas del ciclo de la experiencia que se presentan en el personal profesional hospitalario al enfrentarse a la muerte de los pacientes.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

En el contexto de esta investigación, es importante conceptualizar la vivencia como todo que marca o genera un aprendizaje y modificación en cada individuo y que ayuda a formar la personalidad. Permitiendo sobrevivir o bien reaccionar de diferentes maneras ante los sucesos externos que puedan acontecer en la vida y, al mismo tiempo, estos sucesos y la forma de enfrentarlos generan nuevas vivencias (León, 2015).

El segundo concepto importante para la investigación es el de ciclo de la experiencia, que se define como “el proceso psicofisiológico relacionado con la satisfacción de necesidades del organismo, es un ciclo que se repite incesantemente, está presente durante la vida de toda persona” (Stange Espínola y Lecona Pintado, 2014, p. 108).

Por otra parte, la terapia Gestalt considera que el ciclo de la experiencia es el núcleo básico de la vida humana. El ciclo de la experiencia busca la manera de que el individuo pueda hacer contacto con lo que le rodea y consigo mismo, puede verse envuelto en diferentes bloqueos, pero el ciclo siempre buscará que se alcance un estado de estabilidad (Stange Espínola y Lecona Pintado, 2014).

“La satisfacción de necesidades: un ciclo de conciencia-excitación-contacto. En toda persona se opera un ciclo psicofisiológico. Se relaciona con la satisfacción de necesidades y, a veces, se lo denomina *ciclo de autorregulación del organismo*” (Zinker, 1977, p. 67).

Zinker menciona que el ciclo de la experiencia busca satisfacer las necesidades. Sin embargo, antes de introducir el ciclo de la experiencia, es necesario entender, desde el enfoque Gestalt, cómo nace este concepto.

Castanedo argumenta que “es el modelo más comprensivo de la teoría de la Terapia Gestalt” (Castanedo, 1988, p. 99). Zinker tomó el ciclo del contacto propuesto por Perls, exponiéndolo a seis etapas o fases y dividió, de forma imaginaria, el flujo de la experiencia (Santacruz, Valiente, Velásquez y Lazcano, 2002).

De acuerdo con Zinker (1977) el ciclo tiene seis etapas, las cuales son: la sensación, darse cuenta, energía, la acción, contacto y retirada, en circunstancias sanas. Este ciclo cumplirá todas las fases y terminará sin obstáculos, para satisfacer la necesidad por la que se inició, de modo que podrá iniciar nuevamente para suplir la siguiente necesidad.

Zinker, ejemplifica las seis etapas del ciclo con una muestra descriptiva de cómo satisfacer una necesidad básica como el hambre: menciona que al realizar una actividad se pueden sentir contracciones en el estómago, además de otras sensaciones, estas son el hambre. El individuo es capaz de nombrarlas y describirlas, esta conciencia permite entender qué se necesita, lo que sucede y qué se debe hacer para estar mejor.

Al haber tomar conciencia de la sensación de hambre, el cuerpo se moviliza y permite que la energía fluya por el cuerpo, esta es la etapa de excitación o movilización de la energía. Moverse para satisfacer la sensación corresponde a la

etapa de la acción, llevar comida a la boca es la etapa del contacto. Al comer y saciar el hambre, el individuo se siente completo, se logró satisfacer la necesidad e inicia la etapa de retirada. El desinterés por la comida y el hambre se apoderan de la persona que regresa al reposo hasta que una nueva necesidad surja y se inicie de nuevo el ciclo (Zinker, 1977).

El ciclo de la experiencia “sirve para ilustrar los objetivos y aspiraciones de la terapia Gestalt” (Castanedo, 1988, p. 99). Al utilizarse de manera completa, el ciclo permite al terapeuta entender la etapa exacta del proceso que se encuentra bloqueada y, de esta forma, puede acceder a la información (Castanedo, 1988).

La persona en condiciones sanas es capaz de experimentar y distinguir lo que ve en primer plano y puede diferenciarlo de lo que no es de su interés, distingue con claridad la figura del fondo. En el caso de las personas con deficiencia o alguna psicopatología, no es posible distinguir entre la figura y el fondo, les resulta difícil discernir lo que es importante para ellos (Zinker, 1977). Esto mismo sucede en el momento de satisfacer la necesidad, la persona no va a distinguir cómo satisfacerla y la energía del ciclo de la experiencia se centrará en alguno de los bloqueos.

El ciclo de la experiencia busca:

Reproducir cómo los sujetos establecen contacto con su entorno y consigo mismos. Explica también el proceso de formación figura/fondo: cómo surgen las figuras de entre el fondo difuso y cómo una vez satisfecha la necesidad esta figura vuelve a desaparecer (Benavides Ríos, 2005, p. 1).

Tanto las etapas como los bloqueos son importantes para entender, de forma completa, el ciclo de la experiencia, por lo que se continua con la división y explicación

de cada una de las etapas.

La primera etapa del ciclo de la experiencia es la sensación, la persona sale del estado de reposo y empieza a experimentar sensaciones que todavía no son claras y pueden tener causas internas o externas. Las internas pueden ser musculares o de los diferentes sistemas del organismo, así como pensamientos, ideas, etc., es decir, se centran en la persona. Las externas se deben a factores que activan los sentidos, están relacionadas con el entorno del individuo (Castanedo, 1988).

Además, “experimentar en el aquí y ahora comienza siempre con la sensación” (Castanedo, 1988, p. 100). Esto se debe a que en el siguiente paso se llega a la conciencia. En este lapso entre la sensación y la conciencia puede presentarse un bloqueo que evita que se pase a la siguiente etapa del ciclo, la persona priva sus sensaciones, esto no permite que el ciclo avance.

En resumen, la etapa de la sensación es la que permite iniciar un nuevo ciclo. Es la etapa posterior al reposo, en la que las sensaciones todavía no son claras. Estas sensaciones se pueden experimentar, tanto de manera interna como externa, y son el inicio para que el individuo experimente el aquí y el ahora (Zinker, 1977).

En el ciclo tiene especial relevancia la etapa de la toma de conciencia, debido a que esta utiliza dos importantes conceptos gestálticos, el primero consiste en la figura-fondo, la cual se entiende como que “al experimentar el medio visualmente, elegimos un centro particular de interés que se destaca, para nosotros, respecto de un fondo difuso. Lo que se destaca se llama figura y el resto es el fondo” (Koffka,

1973, p. 33).

El segundo concepto gestáltico que se encuentra en esta etapa es el *awareness* o *darse cuenta*, concepto de gran importancia para la terapia Gestalt, es el momento en el que el individuo toma conciencia del presente y de las sensaciones que en la etapa anterior no eran claras (Castanedo, 1988).

En la etapa de conciencia o darse cuenta, se hace consciente la sensación, se identifica una necesidad y aquello que la satisface. Se delimita una porción de la realidad que adquiere un sentido vital para el sujeto, esto permite poner atención a aquellas sensaciones que aparecieron en la primera etapa y darles un orden específico. Si las sensaciones llegan a bloquearse, el sujeto no logrará finalizar sus situaciones o concluir el ciclo (Castanedo, 1988).

En este momento el individuo resolvió la primera etapa y su energía fluyó hacia la continuación del ciclo, lo que permite que se forme la figura y se tome conciencia de las sensaciones y se ordenen (Benavides Ríos, 2005).

La importancia que tiene esta etapa para la terapia Gestalt y para el ciclo de la experiencia, es que logra que el individuo:

Se desplace hacia una mayor toma de conciencia de sí mismo, su cuerpo, sus emociones, su medio.

Aprenda a tomar como propias sus experiencias, en lugar de proyectarlas a los otros.

Aprende a darse cuenta de sus necesidades y desarrolle habilidades que le puedan satisfacer sin dañar a los otros.

Se desplace hacia un mayor contacto con sus sensaciones, aprendiendo a oler, degustar, tocar, oír y ver; saborear todos los aspectos de la vida.

Se desplace hacia la experiencia al conocer su fuerza y la capacidad de darse soporte; en lugar de depender del soporte de los otros, culpar o culpabilizarse

para movilizar el soporte del medio;

Desarrolle sensibilidad al establecer contacto con su entorno y al mismo tiempo se vista de una armadura que le proteja para hacer frente a las situaciones destructivas que le puedan dañar.

Aprenda a tomar responsabilidad por sus acciones y sus consecuencias.

Se sienta bien con el «darse cuenta» de su vida de fantasía y sus expresiones (Castanedo, 1988, pp. 101-102).

La etapa *darse cuenta*, se clasifica en tres tipos. Primero se menciona el externo, este se refiere a las sensaciones y las percepciones; el segundo *awareness* es el de las sensaciones y las emociones; en el último, darse cuenta de las fantasías, se logra un aumento en los dos primeros. Esta tercera forma de darse cuenta impide vivir el aquí y el ahora, pues no está situada en el presente existencial de la persona.

“Cuando se toma conciencia de las sensaciones que se tienen en el aquí y el ahora, se pasa inmediatamente a la movilización de la energía” (Castanedo, 1988, p. 102). El individuo ha fluido en el ciclo hacia la tercera etapa.

La tercera etapa se denomina la movilización de la energía. Durante esta, el individuo busca reunir la fuerza que necesita para satisfacer la necesidad, se alista para llevar a cabo la acción (Benavides Ríos, 2005).

Como cuarta etapa sucede la acción, el individuo realiza la conducta concreta para satisfacer la necesidad y buscar cerrar, de manera placentera, la Gestalt (Castanedo, 1988). “La acción permite manipular el medio para establecer el contacto” (Santacruz *et al.*, 2002, p. 24).

La siguiente etapa consiste en el contacto, esta tiene una estrecha relación con la siguiente, que es la retirada. En esta, el individuo busca la manera correcta de

actuar y presta atención a sus necesidades para satisfacerlas y retirarse a descansar (Zinker, 1977).

El contacto no se limita al individuo, ya que implica unión con agentes externos e internos y todo lo relacionado con lo sensorial y emocional, busca satisfacer al individuo que lo instaura (Santacruz *et al.*, 2002).

La retirada, como última etapa del ciclo, en un principio es una etapa de “desergenetización, con un camino hacia el reposo, juntamente con los procesos de asimilación y alienación de la experiencia, dentro del continuum de conciencia” (Benavides Ríos, 2005, p. 5).

La retirada se da una vez que culmina el contacto, la necesidad ha sido satisfecha y se prepara para entrar en reposo hasta que una nueva necesidad o Gestalt se presente para activar un nuevo ciclo (Castanedo, 1988).

La terapia gestáltica busca entender los bloqueos presentes en la persona durante el ciclo de la experiencia, estas interrupciones pueden estar relacionadas con la psicopatología del individuo, por lo que entenderlas e identificar donde se presentan es de gran interés para esta teoría (Zinker, 1977).

Sin embargo, las resistencias no necesariamente se relacionan con patologías y pueden considerarse desde el ciclo de la experiencia como energía encaminada. La energía puede fluir por el ciclo y convertirse en una forma de protección o de aceptación, lo que hace que se presente el bloqueo. La terapia Gestalt busca que canalizarla, para que el bloqueo no impida el flujo y se resuelva de manera sana

(Castanedo, 1988).

Las resistencias que se presentan en el ciclo de la experiencia son bloqueos que evitarán la resolución del ciclo y el paso de una etapa a otra, estos se detallan a continuación.

La desensibilización como bloqueo se presenta entre la etapa de reposo y la sensación y lo que hace es evitar el contacto del sujeto con la sensación. Se desvía la interpretación y se produce indecisión con respecto a las sensaciones (Sosa Ortega, 2017).

Cuando el bloqueo de desensibilización está presente, el individuo no es capaz de enterarse de la necesidad o de las sensaciones que le invaden, no hay contacto, se desensibiliza de sí mismo y del entorno (Ferrándiz Saborit, 2012).

El bloqueo de proyección evita que se dé el contacto con la conciencia (Benavides Ríos, 2005). En este estado “la persona inhibe las sensaciones, estas no pasan al segundo estadio del ciclo, no llegan a la toma de conciencia” (Castanedo, 1988, p. 101). La persona ha evitado las sensaciones y las proyecta en el ambiente y en sus propias vivencias.

En este mecanismo el sujeto trata de evitar adueñarse de su realidad, llega a ser perjudicial tanto para el individuo como para su entorno, ya que afecta y tiene secuelas en el contacto y la comunicación, afecta el diálogo o interacciones con otras personas al estar en una realidad no reconocida por el sujeto (Castanedo, 1988).

Entre la toma de conciencia y la movilización de la energía se presenta el

mecanismo de defensa de introyección “lo que significa, este de otra forma, la aceptación de las proyecciones de los otros” (Castanedo, 1988, p. 103). La introyección valora el comportamiento de la persona, todas las normas, reglas, educación, religión, contexto sociopolítico, socioeconómico, cultural y familia. Algunos de estos, llamados introyectos, llegan a formar parte de la personalidad, otros se convierten en cuerpos extraños en el individuo y aturden su funcionamiento. (Santacruz *et al.*, 2002).

Otro aporte importante que se puede señalar para entender la introyección como mecanismo de defensa es: “cuando la persona introyecta se sirve de mecanismos como el de intelectualizar las situaciones emocionales, en lugar de sentirlas o vivenciarlas movilizandando la energía de su organismo. En estas situaciones la persona se limita a «hablar» de sus emociones” (Castanedo, 1988, p. 103).

La resistencia presente entre la movilización de la energía y la acción se denomina retroflexión. Este mecanismo puede manifestarse de forma funcional u orgánica en el cuerpo del individuo o en un mundo de fantasía que el individuo reconoce como suyo (Castanedo, 1988).

“El retroreflector se vuelve contra sí mismo, en lugar de volverse contra aquellos que lo disgustan. Otra forma de retroflexión supone hacer por ellos mismo lo que desean de otros” (Zinker, 1977, p. 88).

En otras palabras:

Se vuelven sujeto y objeto en sus acciones y expresiones, pudiéndose afirmar que basados en la idea de que él y el sí mismo son dos personas diferentes o

sea, vuelve contra sí mismo lo que querría hacerle a otro o se hace a sí mismo lo querría que el otro le hiciera (Benavides Ríos, 2005, p. 4).

El sujeto puede encontrar un bloqueo que puede presentarse por diferentes sentimientos que lo pueden detener. La hostilidad, la agresión, y todos los sentimientos de ira y enojo se dirigen hacia el individuo y no hacia el origen de estos (Zinker, 1977).

La persona con bloqueo en esta etapa permite que los demás puedan penetrar en él, abriéndoles la posibilidad de la crítica, a esto le suma sus propias críticas, descontentos y enojos. No utiliza la energía de su entorno para nutrirse, sino que lo utiliza para perjudicar la suya (Santacruz *et al.*, 2002).

La deflexión, como bloqueo, se presenta entre las etapas de acción y contacto, interrumpe el ciclo en el paso de estas dos etapas. La persona que manifiesta este bloqueo confunde la figura con el fondo, no logra identificarla (Castanedo, 1988).

El mecanismo de deflexión afecta el resultado, el individuo actúa sin darse cuenta y desvía una conversación o alguna actividad que puede llevarle a enfrentarse con un tema, situación o persona que no desea afrontar (Santacruz *et al.*, 2002).

La persona presenta difusión de su realidad, lo que produce que se sienta fuera de su medio, sin contacto consigo misma. Para llegar a la lucidez, la persona necesita que se le guíe para que logre localizar su energía interior y canalizarla para que fluya en el ciclo y así resolver el bloqueo (Zinker, 1977).

El mecanismo de confluencia aparece en entre las últimas dos etapas, la del contacto y la retirada, la persona no logra diferenciar entre el contacto y el reposo. Se disipa el límite entre el entorno y el individuo y se le dificulta retirarse, aunque la necesidad ya haya sido satisfecha (Castanedo, 1988).

“La confluencia es un mecanismo que consiste en colarse en otro para evitar, de esta manera, llegar al contacto real, autentico, difícil, a veces y que puede desembocar en la confrontación” (Castanedo, 1988, p. 90). La persona se mezcla con el ambiente y evita el contacto con la realidad.

Cuando el individuo llega a reposo en el ciclo de la experiencia, llega la retirada y, en este momento, se podrá iniciar un nuevo ciclo. Cuando se presente una nueva sensación, si la Gestalt no ha sido resuelta, el individuo mantendrá el bloqueo que no le permitió resolverla. Si la resolución de la Gestalt se ha completado y fluyó por las diferentes etapas hasta llegar a la retirada, se trata de un ciclo sano (Zinker, 1977).

Por lo anterior, la investigación se basa en el ciclo de la experiencia para entender las vivencias del personal hospitalario ante la muerte de los pacientes. Es importante entender cómo la enfrentan e interiorizan. Muchas veces se ve la muerte en otros, sin embargo, las personas no consideran la muerte propia: “la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos. Para nuestro inconsciente, es inconcebible imaginar un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra” (Kübler - Ross, 1972, p. 15).

Entonces, ¿existen bloqueos del ciclo de la experiencia en el personal

profesional hospitalario ante la muerte de los pacientes? y ¿cómo se maneja la muerte?, ¿el personal tiene comportamientos mecánicos, que podrían considerarse insensibles ante el dolor? Si es así, como afirma Kübler-Ross:

La razón de este comportamiento cada vez más mecánico y despersonalizado ¿no será un sentimiento de autodefensa? ¿No será esta actitud nuestra una manera de hacer frente y reprimir la angustia que un moribundo o un paciente en estado crítico despierta en nosotros? (1972, p. 23).

La sociedad ha tratado de hacer el que la muerte tenga un matiz más resistible, se ha tratado de proteger a las personas del dolor y se busca que la apariencia del muerto tenga un aspecto de dormido. Esto evita que las personas que se consideran vulnerables se vean inmersas en todo lo que implica la muerte, incluso se discute cuánto debe saber el paciente o si se le debe decir la verdad (Kübler - Ross, 1972).

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Según señalan Bonilla y Rodríguez (citados en Monje Álvarez, 2011), “La investigación cualitativa se interesa por captar la realidad social a través de los ojos de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto” (p. 13).

La investigación se realiza con el enfoque cualitativo, ya que se busca entender la vivencia de los profesionales hospitalarios desde su propia percepción.

Como se trata de una investigación cualitativa, se utiliza la recolección de datos sin medición numérica, para descubrir o afinar las preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

Para recolectar los datos, se utiliza como instrumento la entrevista semiestructurada con doce preguntas de guía. Esto permite al entrevistado contar su experiencia y percepción de las situaciones, en sesiones individuales. Cada sesión durará dos horas.

“El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes” (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014, p. 8).

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación empleado es descriptiva, “la investigación trata de describir situaciones” (Gaitán Gelvez y Flórez Gutiérrez, 2014, p. 100). Además, es exploratoria, se utiliza para la obtención de datos, “donde un grupo reducido de personas (de seis a doce personas), con la guía de un moderador, se expresa, de manera libre y espontanea sobre una temática” (Gaitán Gelvez y Flórez Gutiérrez, 2014, p. 152).

3.3. UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Los objetos de estudio de la investigación son los profesionales en salud que laboran durante el segundo semestre del año 2017 en un centro hospitalario. Se entiende por profesional a toda aquella persona con un mínimo de grado de licenciatura y que realiza labores de cuidado y diagnóstico de pacientes hospitalizados. Se entrevistará a 10 de estos profesionales con el instrumento elaborado.

Cada uno de los entrevistados firmó y autorizó la entrevista, por medio de un consentimiento informado (ver anexo 1), que se leyó en voz alta a cada uno de los participantes. Este fue firmado en presencia de un testigo.

3.3.1. Área de Estudio

Se realiza en centro hospitalario, el cual cuenta con área de emergencias, consulta externa y medicina interna, laboratorios, radiología y farmacia. En el hospital se ubican tres edificios, el primero de un piso que contiene los servicios de emergencias, rayos X, laboratorio y farmacia.

En el segundo edificio, de cuatro pisos, se ubica el área de consulta externa donde hay consultorios de las diferentes especialidades, mientras que en el tercer edificio, que consta de cinco pisos y el sótano, se ubica el área de hospitalizados, centro de equipos, admisión, nutrición y morgue. En cada piso hay salones con camas distribuidas, según la especialidad. Por la naturaleza de la investigación, las entrevistas se realizarán en el tercer edificio.

3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utiliza una entrevista semiestructurada, con 12 pregunta planteadas como guía para la entrevista. De acuerdo con Gaitán Gelvez y Flórez Gutiérrez (2014), en la entrevista semiestructurada:

Se usa una lista de áreas hacia las que hay que enfocar las preguntas, es decir, se utiliza una guía de temas. El entrevistador permite que los participantes se expresen con libertad con respecto a todos los temas de la lista y registra sus respuestas (con frecuencia mediante grabadora). En lugar de hacer preguntas tomadas directamente de un cuestionario, el investigador procede a un interrogatorio partiendo de un guion de tópicos o un conjunto de preguntas generales que le sirven de guía para obtener la información requerida (p. 149).

Las preguntas se plantearon de manera que cada una sirviera como guía para abarcar las diferentes etapas y bloqueos que se podrían experimentar en el ciclo de la experiencia, según la teoría investigada.

Este instrumento se sometió a una evaluación por dos jueces, se obtuvo un coeficiente Kappa de 0.65, este es índice concordante y mayor al 0.5 necesario para considerarse como válido. Según lo que indican López y Pita, “el índice de Kappa, la fuerza de concordancia para la valoración del índice kappa es buena” (1999, s. p.).

3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se utiliza para la investigación el análisis de contenido, este método permite “manejar material narrativo cualitativo, pero también un procedimiento que permite la cuantificación” (Monge, 2001, p. 119).

Se utilizan como categorías y subcategorías, las etapas y los bloqueos y el ciclo de la experiencia propuestos por Joseph Zinker, se verifica su existencia en las entrevistas. Se desarrolla un sistema de clasificación del contenido de las entrevistas y se compara con la teoría señalada.

3.6. MATRIZ DE CATEGORÍAS

Se estudiarán las etapas y bloqueos utilizados por el personal profesional hospitalario al enfrentarse a la muerte de los pacientes. Se busca identificar, por medio del análisis de su discurso, las etapas en las que se encuentran y los bloqueos presentes (si es que los hay). Para obtener los datos se utilizarán entrevista con los participantes, en la que se extraerá la información de sus vivencias, se hará el análisis de los datos recolectados y se relacionarán con la teoría del ciclo de la experiencia, documentada por Joseph Zinker.

Categoría	Subcategoría	Preguntas Asociadas
1. El reposo, la persona se encuentra en un estado de reposo, usualmente después de haber resuelto una Gestalt anterior (Castanedo, 1988).	La postergación impide el inicio de una nueva Gestalt o un nuevo ciclo	1) Durante el ejercicio de su profesión, ¿A cuántas personas ha visto morir?
2. Sensación, refiere al inicio de la experiencia del aquí y el ahora. Esta etapa permite dar inicio al ciclo, es el primer contacto con la necesidad (Castanedo,	Desensibilización, bloquea al individuo evitándole cualquier contacto con las sensaciones internas y externas (Sosa Ortega, 2017).	2) ¿Qué cree de la muerte? 3) ¿Generalmente, qué sentimientos le embargan al enfrentar la muerte de un paciente?

1988).		
<p>3. Conciencia, es el “darse cuenta dentro del ciclo” el individuo entiende las sensaciones que en la etapa anterior eran difusas (Castanedo, 1988).</p>	<p>Proyección, evita que el individuo tome conciencia de la sensación, no hay contacto con la conciencia y por el contrario la persona inhibe las sensaciones (Benavides Ríos, 2005).</p>	<p>4. ¿Cómo fue la primera muerte de un paciente para usted (cuénteme la historia)? ¿Qué sintió?</p> <p>5. ¿Cómo vivió la muerte de su último paciente cuénteme la historia)? ¿Qué sintió?</p>

<p>4. Movilización de la energía, la persona busca reunir las fuerzas para satisfacer la necesidad, se prepara para llevar a cabo la acción que los lleve a satisfacer la necesidad (Benavides Ríos, 2005).</p>	<p>Introyección, la persona acepta como suyas todas las reglas y normas que se han establecido por medio de la educación, la religión, la sociedad y la familia. Algunos de estos introyectos pueden ser extraños dentro del individuo provocándole aturdimiento en su funcionamiento (Santacruz <i>et al.</i>, 2002).</p>	<p>8. ¿Qué considera usted importante hacer apenas muere un paciente?</p> <p>9. ¿Qué hace usted apenas fallece un paciente? ¿tiene alguna rutina o algo que le ayude?</p>
---	--	---

<p>5. Acción, el individuo realiza la conducta concreta para satisfacer la necesidad y buscar cerrar, de manera placentera, la Gestalt. "El individuo es capaz de manipular el medio para establecer el contacto" (Santacruz <i>et al.</i>, 2002, p. 24).</p>	<p>Retroflexión, puede manifestarse tanto, de forma funcional/orgánica en el cuerpo del individuo como manifestarse en un mundo de fantasía que el individuo reconoce como suyo (Castanedo, 1988).</p>	<p>7) ¿Ha experimentado sensaciones físicas posteriores a la muerte de un paciente? 10) ¿Ha tenido manifestaciones de estrés, posterior a la muerte de un paciente? ¿Cómo han sido estas, qué síntomas o afecciones presentó?</p>
<p>6. Contacto, en esta etapa el individuo busca la manera correcta de actuar, prestando atención a sus necesidades, para lograr satisfacerla y retirarse a descansar. (Zinker, 1977),</p>	<p>Deflexión, la persona evita el darse cuenta, desvía con facilidad las conversaciones o actividades que lo podrían llevar hacia la situación, tema o persona que desea evitar (Santacruz <i>et al.</i>, 2002).</p>	<p>11) ¿Puede describirme las emociones que le embargan cuando muere un paciente? 12) En sus compañeros de trabajo, ¿qué reacciones físicas o emocionales ha visto usted ante la muerte de un paciente?</p>

<p>7. Retirada, es el camino al reposo, el individuo ya ha satisfecho la necesidad, durante esta etapa va asimilando y entendiendo la experiencia (Benavides Ríos, 2005, p. 5).</p>	<p>Confluencia, la persona no logra diferenciar entre el contacto y el reposo, queda pegado con el contacto, se disipa el límite entre el entorno y el individuo y se le dificulta al individuo retirarse, aunque la necesidad ya haya sido satisfecha y no logra llegar a la retirada y el reposo (Castanedo, 1988).</p>	<p>6) De todos los pacientes que ha visto morir, ¿Cuál es el que más recuerda?</p>
---	---	--

3.7. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.7.1. Análisis de Contenido

“El análisis de contenido, es un método que busca describir la significación de un mensaje” (Monje Álvarez, 2011, p. 157). Este tipo de análisis busca que el investigador pueda encontrar el significado presente en un discurso, en una entrevista o en una historia de vida. Por medio de este método se pueden clasificar los elementos existentes en el mensaje del emisor (Monje Álvarez, 2011).

Con respecto al análisis de contenido, Monje Álvarez (2011), menciona que:

Se ocupan del sentido que comúnmente atribuyen los sujetos a los conceptos y a los actos de comunicación en los cuales participan. Más allá de las evaluaciones cuantitativas, los investigadores extienden su interés y su acción al mundo de la subjetividad y de la afectividad de los sujetos, así como la forma en que los individuos describen y experimentan los acontecimientos, las maneras que tienen de aprehender la realidad (p. 14).

Además, menciona que “El análisis de contenido cualitativo permite, por ejemplo, verificar la presencia de temas, de palabra o conceptos en su contenido” (Monje Álvarez, 2011, p. 119), de este modo se entiende también que el análisis cualitativo permite verificar si en el discurso existe un tema en particular.

Para este análisis se toma párrafo por párrafo de la entrevista y se ubica en la categoría correspondiente, por medio de la teoría, a partir de la cual surgió el proceso de codificación de las frases de las entrevistas.

3.7.2. Pasos de la Recolección de Datos

1. Se divide la teoría propuesta por Zinker en categorías y subcategorías,

para que puedan identificarse y, a partir de esto, crear el instrumento. Este instrumento de entrevista se creó para utilizarlo como guía en la entrevista y así abarcar todas las categorías y subcategorías establecidas.

Se coordinó con los participantes el horario de mayor conveniencia para ellos, sin interrumpir sus labores, acordando fecha, hora y lugar para realizar las entrevistas.

Las entrevistas se realizaron en un cuarto con una mesa y dos sillas, cada una tuvo una duración aproximada de dos horas, durante las cuales se conversó con el entrevistado sobre su experiencia, tanto profesional como personal, al afrontar la muerte de los pacientes.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, con el consentimiento de los entrevistados. La conversación se realizó de manera fluida, se utilizó el instrumento de entrevista como apoyo para abordar los temas, sin embargo, no se presentó de manera directiva, sino abierta, como una conversación.

Cada entrevista se realizó de manera individual, se les explicó a los participantes en qué consistía el tema de investigación, se les leyó el consentimiento informado y lo firmaron. Posteriormente, se les invitó a narrar sus experiencias.

2. Se realizó la transcripción de las entrevistas. Se utilizó el audio grabado

durante las sesiones para transcribirlas de forma fiel y veraz.

3. Se organizó la información por categorías y subcategorías, de esta forma, se pueden clasificar las respuestas según lo que expresaban los participantes durante la conversación. Para esto, se utilizó un código de colores que permitió organizar el discurso de los participantes (ver Anexo 3).
4. Análisis teórico de las categorías, se utilizó la teoría de Zinker sobre el ciclo de la experiencia, sus etapas y bloqueos, para categorizar las respuestas. Se segmentó párrafo por párrafo para el análisis, para comparar el discurso de los participantes con la teoría expuesta. A partir de esto surgió el proceso de codificación de colores que permitió clasificarlas en las diferentes categorías y subcategorías (ver Anexo 4).

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE DATOS

4.1. PRESENTACIÓN DE DATOS

4.1.1. Generalidades

4.1.1.1. Tipo de Estudio

La investigación que se realizó es cualitativa y el objetivo general del estudio se centra en entender la vivencia de la muerte de los pacientes, por parte del personal profesional del hospitalario. Por lo tanto, se entrevistó a diez profesionales de la salud que laboran en este hospital. Se utilizó un instrumento de doce preguntas semiestructuradas, estas se presentan en el anexo 2, con el fin de identificar sus vivencias y clasificar su narración, de acuerdo con la teoría propuesta por Joseph Zinker.

4.1.1.2. Descripción de la Muestra

La muestra se seleccionó de acuerdo con la intención del investigador. Está compuesta por hombres y mujeres, con diferentes profesiones como enfermería, terapia respiratoria y médicos especialistas.

4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS SEGÚN LA INTERPRETACIÓN DE LOS BLOQUEOS DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA

En cuanto a los bloqueos, a continuación se presenta el análisis de los datos recolectados, para comprender la teoría del ciclo de la experiencia y tratar de entender la vivencia de la muerte de los pacientes del personal profesional hospitalario. Se continua con el análisis de las entrevistas, para comprender cada una de las etapas o los bloqueos presentes en los participantes.

El funcionamiento sano del ciclo de la experiencia indica que las personas pasan por las diferentes etapas, sin embargo, al contacto de cada fase se presentan bloqueos que pueden interrumpir el ciclo “En una experiencia, cuando el ciclo fluye por sí solo y se pasa por todas las fases de este” (Santacruz *et al.*, 2002, s. p.).

Los datos recolectados se analizan a través del método de comparación constante que, según Valles (1999), tiene como objetivo generar relaciones entre las categorías, no para comprobar correlaciones, ni generalizaciones, sino para exponer condiciones específicas.

Para esto, se realizó la codificación abierta de los datos en las categorías construidas que están en el marco teórico y de esta forma organizar la información de cada una para identificar las características y relaciones existentes (Valles, 1999).

El ciclo de la experiencia explica el proceso de vivencia de las personas con objetos, situaciones y otras personas y se subdivide en etapas, Para cada una de estas existe un objetivo o una forma de evitar la vivencia, estos son llamados

bloqueos (Santacruz *et al.*, 2002). Para esta investigación, se pretende describir la vivencia de personal hospitalario con respecto a la muerte de los pacientes, así como cuáles son las respuestas que los participantes tienen ante esta situación, según el ciclo de la experiencia.

4.2.1. Postergación / Reposo

La postergación se pudo identificar en el relato de la participante SM1 en parte del discurso de su respuesta a la pregunta 3, cuando indica:

Es que son sentimientos diferentes, si son pediatría o neonatos es totalmente otra cosa, ver a una mamá llorando, eso sí es muy doloroso. Afecta mucho el paciente joven, igual el adulto, pero como que, en adulto mayor, pacientes de 90 o así ya uno siente que cumplió el ciclo de vida, en cambio, en un paciente joven es donde más duele.

Por otro lado, el participante SH1, en la pregunta 11 indica:

Si he tenido, me ha sucedido tres cuatro veces tal vez con pacientes que si he tenido la sensación esa de ganas de llorar. Pero, solamente en una ocasión si lloré.

La participante SM3, por otra parte, indica en la pregunta 12:

Uno evita más que todo, es que llega la familia y talvez está atacada llorando y mejor uno se va, por otro lado. Desgraciadamente, el ambiente intrahospitalario hace que muchas veces uno tenga que crear como una barrera, trato de evitar mucho el sufrimiento y el dolor, no porque no lo sienta si no porque tengo que mantenerme como a un margen de lo que estoy viendo en ese momento.

4.2.2. Desensibilización / Sensación

La sensación es la etapa posterior al reposo y la que inicia con las sensaciones

internas, como tener asco, hambre, latidos fuertes, pensamientos y las externas, como olores, sonidos, etc. (Castanedo, 1988). Esta primera fase tiene como expresión la desensibilización, que es evitar o huir la vivencia y las sensaciones que genera.

Se puede identificar esta etapa y bloqueo por ejemplo, ante la pregunta sobre cuantos pacientes se le han muerto, el participante SH2 indica: “Muchas, no tengo un número exacto, pero muchas”.

El participante SM1: “Ah, muchas, en el caso de nosotros siempre atendemos a pacientes en condición muy crítica y no la mayoría, pero una alta población fallece”. No llevar la cuenta podría considerarse como un indicativo desensibilización, ya que esto podría funcionar de manera adaptativa, para sobrellevar las muertes sin un registro detallado.

Lo anterior se ejemplifica con la respuesta del participante SH3:

No tengo ni idea, no puedo saber, es muy variable. He tenido guardias, en el hospital viejo de 6 muertos en la misma noche en cuestión de 4 horas, en otras guardias mueren 2, en otras guardias no muere nadie, son cientos.

El participante SM6, indica: “No puedo calcular, son muchas, son 23 años en esto y todos los días pasamos por esto, son demasiadas, es muy difícil calcular”.

Se presentan respuestas con manifestaciones de bloqueo y desensibilización. En algunas indican que los años de servicio o el poco tiempo que tienen para enfrentar la muerte, son aspectos que han moldeado su forma de entender la muerte de sus pacientes. Algunos manifiestan que han cambiado con el tiempo, con lo que

se identifica el aspecto adaptativo de este bloqueo.

Los siguientes comentarios son ejemplos de lo anterior:

Al principio se sufría, muchos sentimientos encontrados, en servicios como este, di generalmente no da tiempo, a veces, hay dos o tres fallecidos en un mismo turno, entonces muchas veces hay una pérdida de sentimentalismos hacia la muerte (SM2).

Creo que eso va cambiando con el tiempo, pero en general, simplemente lo veo, como que ya se fue, ya termino una etapa (SM6).

Posteriormente, ya conforme pasan los años vas viendo que hay cosas que son inevitables y por más que hagas va a suceder va a llegar la muerte y entonces ya no sufría tanto con que se me muriera, he ido tratando de cubrir todos los aspectos hasta estar seguro de que ya no se puede hacer nada más (SH3).

En el siguiente comentario se indica que es adaptativo de la profesión.

No, es que no es que uno se vuelva duro, tal vez piensan que por uno ser personal de hospital y ve a tantas personas fallecer a diario se vuelva duro, no, pero lo ve uno como algo rutinario, como algo que siempre pasa. Y como le digo en el campo de nosotras siempre pasa, siempre (SM1).

Otra de las formas en las que se identifica esta categoría es en la respuesta de SH3, quien indica que “Casi nunca he sentido algo, así como tristeza ni nada así, más que todo, a veces, duda”. Se evidencian sensaciones internas, de la misma manera que en el siguiente extracto.

La participante SM3 indica:

A veces hay sentimientos de indiferencia, a veces, hasta se bromea. nunca, bueno yo siento que nunca es como una falta de respeto, es en un ambiente que se habla a veces, yo digo que hablamos de la muerte muy cínicamente, de verdad, como ¿Cuántos se murieron hoy?, se murieron tanto o diay ¿qué le paso? y uno lo analiza como un caso y no lo analiza más allá de que era una vida, que era el papá de alguien, sino que, a veces, se ve como muy médico

muy frío y hay personas que cero sentimientos, uno no ve nada, por eso, depende de cada persona. Tal vez solamente en un caso, pero fue hace muchos años, principalmente fue frustración, inmediatamente después de la muerte, pero después ya se me pasó. donde se vislumbra que, aunque hay sensaciones como el cinismo, la frialdad y la frustración, no es que se eviten, sino que se vivencias, de esta forma, como medio de defensa ante la cantidad de muertes.

En palabras del participante SM3:

Es que si uno agarra aquí como propio el sufrimiento de cada paciente que a uno se le muere, uno pasaría enfermo, es terrible, uno tiene que hacer, uno crea como una barrera pienso yo, ósea duele mucho, pero uno se hace como a un lado.

4.2.3. Proyección / Darse Cuenta – Conciencia

Una vez superado la etapa de sensación, el ciclo de la experiencia continua en su etapa de conciencia: “La sensación que percibe la persona, lo cual se convierten en conciencia o el darse cuenta” (Stange Espínola y Lecona Pintado, 2014, s. p.).

Darse cuenta es una forma de vivenciar, es el proceso de estar en contacto alerta con la situación más importante en el campo ambiente/individuo, con un total apoyo sensorio motor, emocional, cognitivo y energético (Yontef, 1995). “Nos permite ponernos en contacto con los objetos y acontecimientos del mundo que nos rodea, de todo aquello que está fuera y de lo que ocurre más allá de nuestra piel. El darse cuenta de sí mismo” (Santacruz *et al.*, 2002 p. 26).

La experiencia del aquí y el ahora de comienza siempre con la sensación. La sensación es la que lleva a la acción cuando esta sensación se vuelve consciente para el individuo, sin embargo, cuando una persona priva sus sensaciones, se presenta el bloqueo que no permite fluir el ciclo de la etapa de la sensación a la

conciencia (Castanedo, 1988).

La proyección es el mecanismo entre las etapas de sensación y conciencia, en este momento la necesidad está presente en el sujeto y fue identificada por el mismo como una sensación, sin embargo, el sujeto no logra la conciencia de la sensación al estar bloqueado y proyecta hacia otros, u objetos:

La proyección es el mecanismo por medio del cual el individuo evita apropiarse de su propia realidad. Las consecuencias en términos de contacto y de comunicación son perjudiciales; cómo alguien puede dialogar con alguien, sentirlo, amarlo, si lo que se percibe en el otro es la realidad propia no reconocida (Castanedo, 1988, p. 95).

Entre las respuestas de los participantes, se puede encontrar la proyección, ya que al mencionar las emociones respecto a la muerte de sus pacientes, no comentan sobre sí mismos, sino sobre los familiares o el paciente:

Tristeza, porque uno sabe que detrás de cada paciente que fallece hay una familia. Y uno sabe cómo en el caso mío que mi papá falleció uno sabe el dolor por el que esa familia está pasando. Y si son madres es peor porque yo soy mamá y, sinceramente, ni tan siquiera me imagino si a mi hijo algún día le llegara a pasar algo (SM1, pregunta 11).

Por otra parte, el participante SH3 indica:

Ahora ya más viejo lo que sucede es que pienso más en la parte emocional de esa persona, del paciente, en el momento de llegar a la situación de la muerte, si su proceso de muerte ha venido acompañado de un proceso de deterioro, de agonía prolongada, a veces, llega uno a preguntarse si no estaré ensañándome en la preservación de una agonía prolongada y no dando las mejores condiciones de la poca vida que le queda, entonces ha ido cambiando he ido siendo un poco más empático en el trato a la persona y en la percepción de la persona que está en el estado cercano a la muerte.

Como excepción, las participantes SM2 y SM5 indican haber llorado la muerte

de sus padres, a través de la muerte de un paciente, se proyectan las emociones de sus vidas personales en la muerte de un paciente, de acuerdo SM5:

A mí me pego mucho porque fue como un mes después de que se había muerto mi papá, entonces para mí fue muy chocante todo, entonces sí me acuerdo de que yo sí lloré mucho a ese paciente, creo que fue porque lo relacioné mucho con la muerte de mi papá.

Una forma de proyección es la explicación de la muerte por diversos motivos, por ejemplo:

Personalmente, creo que es un paso, que es un proceso natural, desde que nacemos sabemos que vamos a morir, toda persona tiene esperanza de un paso más después de la muerte, si uno cree en Dios piensa en una vida eterna (SH2).

Creo que la muerte simplemente es un paso, creo que, yo tengo creencias religiosas y espirituales, yo creo que es parte de la vida, es un paso a la eternidad (SM6).

Se deja la responsabilidad de la vivencia a lo divino y lo natural.

4.2.4. Introyección / Movilización de la Energía

Continuando con el ciclo de la experiencia, la siguiente etapa del ciclo es la energetización o movilización de la energía. Según indica Castanedo (1988):

En Terapia Gestalt, Enfoque centrado en el aquí y ahora, el grado de claridad y fuerza de la figura dentro del campo organismo/ambiente determina el interés que el organismo le otorga a la resolución de esa Gestalt. La movilización de energía sirve para adoptar una conducta más adaptativa (s. p.).

El bloqueo de introyección se presenta entre las fases de conciencia y la movilización de la energía, interrumpe el ciclo y propicia que la persona introyecte. La

persona pone sobre sus emociones los aspectos socioculturales adquiridos a lo largo de su vida, las reglas y normas aprendidas que han llegado a formar parte de su personalidad y que son compatibles con su forma de pensar y actuar. Las que no han sido introyectadas causan molestia en la persona, generándole inconformidad, la persona introyecta las opiniones de los otros, sobre qué está bien y qué está mal. (Castanedo, 1988).

Los introyectos sobre la muerte expresados por los participantes se asocian a lo que han aprendido de la muerte, como se ejemplifica en los siguientes comentarios indica en su respuesta que:

La muerte es el cese de las funciones vitales, como técnicamente podría definirla. Lo que sucede, lo que todavía no está muy claro es, ¿Qué pasa en ese momento?, ¿Será que el alma migra? ¿El alma se va para otro lado? ¿Existe el cielo?, todas esas preguntas suceden durante la muerte. Pues yo creo en Dios y yo creo que si puede haber algo, lo que pasa es que como médico no tengo ninguna manera de comprobar que eso suceda. Por más que yo he observado y he presenciado, no me ha quedado constancia de que eso suceda (SH3).

Además, la participante SM3 hace referencia a que:

Para mí la muerte es, desde el punto de vista físico, es la pérdida de todas las funciones de una persona, pero lo entiendo como componente espiritual muy importante, yo por lo menos soy creyente y yo si pienso que la muerte no tiene que verse como algo tan malo, sino que si uno tiene ciertas creencias.

De la misma forma, cuando se les consulta sobre qué hacen cuando muere un paciente se pueden identificar varias acciones introyectadas, como persignarlos, orar por ellos, aunque de manera discreta, para no quedar en evidencia y realizar el protocolo del hospital; todas son aprendidas.

4.2.5. Retroflexión / Acción

La retroflexión consiste en identificar consecuencias físicas de la vivencia o culpabilización, porque consiste en devolver hacia sí mismo la vivencia (Castanedo, 1988). Por ejemplo, la tensión muscular o contracturas resultantes de vivenciar una situación estresante, sueños o pensamientos recurrentes.

Por ejemplo, la anécdota de la participante SM1 que indica haber sentido la muerte pasar por sus manos:

He sentido la muerte de un paciente pasar entre mis manos, una vez en emergencias aspirando a un paciente, el señor estaba muy delicado, estaba agonizando, el personal de enfermería me solicita que lo valore, a ver si lo podía aspirar, que era un pronóstico reservado, que no le iban a hacer nada, ya estaban esperando a que falleciera, pero que no lo dejara morir con ese gargajeo, pero yo sabía que si metía la sonda podía correr el riesgo de hacer un estímulo vagal y que el paciente se fuera, pero fue tanto la cosa, que a un le da cosa escucharlo que no podía respirar bien. Donde lo aspiro, lo aspiro saco la sonda y donde la saco el señor hizo un respiro profundo y yo sentí algo tan frío en las manos donde me pasó y ahí falleció. Fue un trauma psicológico, yo empecé a pegar gritos, uno siente el frío entre las manos.

Otra manifestación de la retroflexión, se encontró en el participante SH3 que manifiesta:

El sentimiento que me embargó fue que tal vez no se había hecho todo, me quedó esa sensación. Esa sensación va variando al inicio, al inicio de ser médico y cuando estas atendiendo a los pacientes, te queda la idea, ¿Hice todo? Tal vez no hice todo, tal vez pude haber hecho más cosas. Después con el tiempo te das cuenta de que hice casi todo y ya no quedaba mucho.

Además, se manifiesta:

Solo una vez, que soñé con un paciente cuando estaba en el San Juan de Dios haciendo la residencia, un paciente con una cirrosis hepática severa, que lo habíamos pulseado, había caído en falla renal y eso la empeora. Con ese

señor me pasó algo interesante, soñé con él, que estaba sentado en su cama en el hospital y me saluda bien, sin estar enfermo y me desperté era como la 1 de la mañana, yo estaba en mi casa, era sábado y me puse a pensar ¿Qué habrá pasado? Entonces me fui al hospital el domingo, a veces, sobre todo en ese servicio yo iba los domingos, no me pagaban ni nada, iba a ver a mis pacientes, estaba en primer año de la residencia entonces le ponía muchas ganas no quería que nadie se me muriera, entonces fui y me dijeron que se murió a la 1 de la mañana.

4.2.6. Deflexión / Contacto

La deflexión es cuando la persona, evita conectarse con su vivencia, entonces maneja las situaciones con tal de no tener que vivenciar una situación o evitar las consecuencias de esta (Castanedo, 1988).

Este se puede ver en tres comportamientos, por ejemplo, la evitación del dolor: “evitar mucho el sufrimiento y el dolor, no porque no lo sienta si no porque tengo que mantenerme como a un margen de lo que estoy viendo en ese momento” (SH3). Además, se presenta el olvido de las muertes “No, no me acuerdo realmente cual habrá sido la última aquí, es que son muy parecidos todos. No recuerdo” (SH3). Por último, la evitación de la muerte o de la comunicación de esta:

Bueno como protocolo personal, más bien cuando un paciente se pone mal, yo inmediatamente llamo a la familia, antes que el paciente fallezca, previniendo así una noticia como más traumática, según mi visión, de decir de una vez el paciente falleció, es muy difícil para alguien aceptar eso. Prefiero decirle vea su familiar, su papá, mamá o abuelita está deteriorándose físicamente, preferimos que venga y se apersona para que usted vea que realmente se está atendiendo y si la persona fallece que no sientan que es por desatención.

4.2.7. Confluencia / Retirada

Este par, bloqueo y etapa, se puede identificar en dos grades formas. En los

participantes, la mayoría continúa con su vida después de la muerte de un paciente y, de forma opuesta, se puede mencionar la experiencia narrada por el participante

SH1:

Uno va cambiando con el tiempo, uno siente o más bien a la muerte la va viendo como una realidad y, a veces, como una necesidad entre otras cosas de la vida, es parte de la vida, pero siempre se afecta a uno, tal vez uno no se acostumbra a la sensación de tristeza y el dolor de la familia, sobreponer estas cosas, tiende uno a revivir mucho de las experiencias que ha tenido uno de su vida, pero ya no es el sentimiento ese de frustración e incapacidad que siente uno al principio, pero hasta cierto punto yo diría que tal vez uno maneja un poco mejor la tristeza.

Otro ejemplo de confluencia es el de SH3, quien después de 30 años indica que todavía tiene grabada la muerte de un paciente:

Fue el primero de enero de 1985, fue primer día que llegué internado, que es el año de práctica que nos toca a los médicos, me tocó en... ahí no había médico especialista, solo estaban los estudiantes de último año que son los internos en el piso y uno llamaba a la casa y entonces el médico llegaba, entonces había un paciente con insuficiencia renal crónica irreversible, joven y, pues sin experiencia uno en el ejercicio de la medicina, hice lo que se podía, hablé con el encargado del caso, me dio las indicaciones, ahí estuve toda la noche y hasta que iba a ser cerca de la mañana se murió. Era un paciente que, pues, todo el mundo sabía que se iba a morir, pero yo pensaba que no se me tenía que morir. Fue, bueno, me quedó grabado, yo lo recuerdo a él.

El presente análisis de datos implicó tres etapas, una previa en la que se redujeron los datos y se categorizaron. Se utilizó el ciclo de la experiencia como concepto para describir cómo es la vivencia de la muerte por parte de los participantes, ya que permite organizar la información para la siguiente etapa en la que se sintetiza y compara la información recolectada (Monge, 2001).

Los participantes indican haber tenido un cambio en cuanto a su vivencia de la muerte, los más jóvenes mencionan que tuvieron que empezar a ver la muerte como

algo sin importancia para que no les afectara. Al mismo tiempo, los participantes de edades más avanzadas indicaron que, a partir de la muerte o envejecimiento de sus padres, han cambiado su postura ante la inminente muerte de un paciente.

Como sensaciones más recurrentes, se presenta la impotencia, la incomodidad, la angustia y la tristeza, aunque las expresan no hacia la muerte del paciente, sino hacia la familia, la edad de la persona y su rol y desempeño como personal hospitalario. Además, indican que su forma de reaccionar ante la muerte es a través de demostraciones espirituales hacia el fallecido y el protocolo hospitalario.

Se puede inferir que las formas de relacionarse con la muerte corresponden a la desensibilización y la proyección, ya que no entran en contacto con sus sensaciones y adoptan conductas aprendidas sobre qué es la muerte y cómo actuar ante ella. Esto también les ayuda a minimizar la idea de que debían salvar al paciente, que se evidencia en el cuestionamiento sobre su labor y en la justificación de la muerte de personas adultas mayores, sobre la de personas jóvenes.

Lo anterior se presenta como una vivencia de la muerte, de forma adaptativa, para sobrellevar la muerte de los pacientes.

Los bloqueos menos presentes, en lo que se refiere a los pacientes, son la retroflexión y la deflexión y la confluencia. Cuando un paciente muere no tienen expresiones físicas como náuseas, aunque el cuestionamiento sobre si hicieron bien su labor está presente. En cuanto a la deflexión, solo un par de participantes indicaron formas de evitar la muerte o la agonía de los pacientes y solo un participante indica que un paciente muerto todavía sea un recuerdo recurrente, lo

que confirma el comentario anterior. El personal que evita la parte afectiva de la muerte lo hace como forma de preservación, con estos tres bloqueos se mantienen en procesos que disminuyen su calidad de vida.

Aunque todos indicaban no acordarse ni de la última muerte, así hubiera pasado la noche o día anterior, esto se puede entender como deflexión. Es la parte de este mecanismo que se une con los tres primeros, es la estrategia construida para no sobrecargarse emocionalmente en el trabajo.

En cuanto al mecanismo de confluencia, todos tienen alguna muerte que los ha marcado más que otras, incluso recuerdan la fecha en la que sucedió o recuerdan detalles de lo que sucedió. Sin embargo, eso no indica que la piensen siempre o que propicie que eviten trabajar en el ámbito hospitalario.

Así se describe la vivencia de la muerte de pacientes desde el ciclo de la experiencia, por parte de personal hospitalario. Con esto se cumple el objetivo general y los específicos, como esta es una investigación exploratoria y descriptiva se encarga de establecer un marco general de las vivencias de los participantes y describe los diferentes ajustes que ellos refieren en el momento de trabajar con pacientes que pueden morir y cuando mueren. Entre las más destacadas están la desensibilización, la proyección y retirada. Aunque todos tienen una muerte que recuerdan más, con detalles e indicaciones de haber llorado, el recuerdo de la última muerte era vago o nulo.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. BALANCE FINAL DE LOS RESULTADOS

- Algunos hacen referencia a que enfrentaron las primeras muertes con sentimientos de incapacidad, frustración o enojo, sin embargo, al profundizar en el tema, aceptan haber sentido tristeza o ganas de llorar, aunque pocos aceptan haberlo hecho y otros indicaron que prefieren irse a otro lado, para evitar llorar.

Sin embargo, mencionan haber visto a compañeros hacerlo o enfrentarlo de diferentes maneras “Muchas veces ve uno también el polo opuesto, que más bien se mecanizan, de una forma y que en algunos habido una pérdida de ese sentimiento de empatía, eso es muy notable” (SH2).

“Sí, diferentes, algunos desde absoluta indiferencia hasta conmoverse tremendamente como si fuera muy cercano” (SH3). “He visto que hay alguno que tienen más empatía que otros, que saben expresar mejor que otros, hay algunos que se apartan totalmente para no estar cerca, algunos han llorado, pero, a veces, es difícil, porque los otros pacientes y familiares, a veces, esperan que uno sea como un apoyo y que uno no se quiebre” (SM4).

- Al hablar de las muertes de los pacientes, los entrevistados hacen referencia a la muerte niños o personas jóvenes como las más dolorosas, incluso las perciben como más importantes que la muerte de un adulto mayor. El participante SM1 indicó:

“Dependiendo del tipo de paciente, si es un paciente que usted ve que ya ha estado mucho tiempo muy crónico o que ha estado sufriendo mucho, son pacientes a los que uno ya mejor pide a Dios que lo descanse. Si son... es que son sentimientos diferentes, si son pediatría o neonatos es totalmente otra cosa, ver a una mamá llorando, eso sí es muy doloroso. Afecta mucho el paciente joven, igual en adulto, pero como que, en adulto mayor, pacientes de 90 o así ya uno siente que cumplió el ciclo de vida, en cambio, en un paciente joven es donde más duele”.

De acuerdo con el participante SH3: “uno está acostumbrado que gente adulta a que se mueran, no se mueren niños, un niño que estaba jugando”. El participante SM2 mencionó “entonces en niños si es un poco más difícil porque todavía les falta todo”.

- La principal sensación física asociada, presente en dos participantes, es sentir la muerte como un frío que pasa entre las manos cuando la persona se muere.
- Aunque parece que se han acostumbrado a vivir con la muerte, han construido estrategias para lidiar con esto, de una manera sencilla, por ejemplo, a través de las oraciones, las explicaciones de la muerte, el olvido de las más cercanas y enfocarse en la familia y el paciente. En algunos casos, manifiestan que hasta se hacen bromas o se ve como un número más y, de esa forma, pueden enfrentar el tema de una

manera menos agobiante.

5.2. IMPLICACIONES CON LOS OBJETIVOS

5.2.1. Objetivo General

- En cuanto al objetivo general, se puede concluir que la investigación permite entender, de una forma diferente, cómo se vive la muerte de los pacientes, por parte del personal profesional hospitalario.
- Muestra una cara diferente de las personas que usualmente se señalan como frías y sin sentimientos.
- Los participantes mencionaron muertes que ocurrieron años atrás y que aún forman parte de sus recuerdos. Algunos cuentan estas historias y recuerdan el dolor que sintieron en ese momento.
- Los médicos, enfermeras o terapeutas respiratorios están preparados para abordar pacientes en diferentes etapas de sus enfermedades, sin embargo, esto no los exime de sentir dolor, angustia, tristeza y, en algunos casos, hasta rabia. También se ven afectados por recuerdos de situaciones personales.
- El ciclo de la experiencia se advierte en cada una de las muertes que los participantes viven, sin embargo, la presencia de los bloqueos ha hecho que este no fluya de manera sana. Los bloqueos se perciben como la forma correcta de manejar sus experiencias.

5.2.2. Objetivo 1

- Los participantes manifestaron la presencia de bloqueos pertenecientes al ciclo de la experiencia, cada uno de los que se identificó se agregó al análisis de los datos de la investigación.
- Todos los entrevistados manifestaron el bloqueo de introyección en la respuesta a la pregunta 2 (ver anexo 2).
- En el caso de la deflexión, muchos coincidieron al presentar este bloqueo en las preguntas 2, 5, 6, 7, 8 y 11.
- En algunos casos, una misma respuesta podía mostrar diferentes bloqueos, por ejemplo, mostrar confluencia, después deflexión y, por último, desensibilización.
- Existen muertes que han marcado a los participantes, por lo que no se puede señalar que no les importe la muerte. Sin embargo, estas muertes no han sido resueltas de una forma sana
- Se puede concluir que los bloqueos se presentaron en las respuestas a las 12 preguntas, aunque se presentaron pocas excepciones que mostraron la resolución de algunas etapas. Queda en evidencia el poco o nulo acompañamiento que existe para el personal intrahospitalario, para que puedan trabajar estos bloqueos.

5.2.3. Objetivo 2

- El ciclo de la experiencia, en lo que respecta a enfrentarse a la muerte de pacientes, se podría señalar como un ciclo no sano. Esto porque no se concluyen las etapas y hay presencia de bloqueos.
- Aunque todos los participantes experimentan las etapas del ciclo de la experiencia, desde el reposo hasta el contacto, debido a que existen tantos bloqueos es difícil concluir el proceso.
- Fue difícil explorar el ciclo de la experiencia en profundidad, ya que el discurso de los participantes siempre mostró bloqueos que impedían el flujo de este, ya que estos bloqueos no se han atendido desde la perspectiva profesional, sino que se han mantenido.

5.3. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones están dirigidas a profesionales y estudiantes de psicología que se interesen en realizar investigaciones relacionadas con el tema.

- Se recomienda realizar investigaciones que aborden el tema del acompañamiento al personal hospitalario ante la pérdida de paciente
- Se sugiere trabajar en investigaciones cuantitativas para obtener resultados con poblaciones más amplias y, de este modo, conocer las necesidades de esta población.
- Permitir, por medio de instrumentos de medición cuantitativa, que se entiendan las necesidades del personal hospitalario ante el duelo, *burn out* y acompañamiento que podrían ayudar a que tengan una mejor salud mental.
- Abarcar la población profesional intrahospitalaria que se encuentra fuera de la GAM, para que los futuros estudios puedan recolectar información de sus necesidades, esto debido a que en los hospitales de las zonas rurales la asignación de profesionales en general es muy limitada y esto podría presentar necesidades diferentes, considerando que en muchas ocasiones los pacientes con necesidades específicas son trasladados por área de atracción a hospitales clasificados por la C.C.S.S. como clase A o periféricos.

- Tomando en consideración que la atención en hospitales rurales puede variar en el vínculo entre el paciente y el profesional hospitalario, al estos hospitales estar enfocados en comunidades con poblaciones más pequeñas de la cual el profesional también son residentes de estas comunidades.
- Hay particularidades diferentes en pacientes que acuden y pueden fallecer en hospitales rurales que pueden diferenciar de los pacientes de hospitales del GAM afectaciones y motivos de muerte, por lo que es importante entender las necesidades y falencias que tienen los profesionales que trabajan en estos centros médicos.
- Que realizar este estudio pueda ayudar a entender si el acompañamiento que reciben por parte del departamento de psicología es el mismo que puede recibir un profesional hospitalario en los hospitales del GAM.

BIBLIOGRAFÍA

- Ascencio-Huertas, L., Allende-Pérez, S. R. y Verastegui-Avilés, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 101-115.
- Benavides Ríos, P. (2005). El ciclo de la experiencia en la psicoterapia Gestalt. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 1-5.
- Caribe, C. M. (2013). Declaración de Brasilia.
- Castanedo, C. (1988). *Terapia Gestalt Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Barcelona: Herder.
- Fernández-Oedo, I., Pérez-Urdiales, I., Unanue-Arza, S., García-Azpiazu, Z. y Ballesteros-Peña, S. (2017). Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. *Enfermería Intensiva*, 57-63.
- Ferrándiz Saborit, A. (2012). El ciclo de la experiencia y los mecanismos de autointerrupción del contacto. Recuperado de Gestalt Coaching: <https://gestaltcoach.wordpress.com/2012/01/18/384/>
- Gaitán Gelvez, E. y Flórez Gutiérrez, S. (2014). La humanización y su impacto en el sistema de gestión de la calidad del Hospital de Fontibón en Bogotá. *Investigación en Sistemas de Gestión*, 96.
- García-Avendaño, D. J., O.-E. M.-R. (2018). Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 281-293.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D. F.: McGraw-Hill – Interamericana Editores, S. A. de C. V.
- Koffka, K. (1973). *Principios de psicología, de la forma*. Buenos Aires: Paidós.

- Kubler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Nueva York: Penguin Random House Grupo Editorial.
- León, G. F. (2015). *Concepto de Vivencia en el enfoque histórico-cultural. Investigación en Psicología, Educación y Psicoterapia*.
- López de Ullibarri, G. y Fernández, P. (1999). Investigación: Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. A. Coruña (España)*, 169-171.
- Maroto Vargas, A. (2003). *Elaboración de una propuesta teórico-metodológica para la intervención psicosocial en los procesos de elaboración del duelo en situaciones de desastre*.
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, E. y Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud. *Salud Mental*, 17-27.
- Monje Álvarez, C. A. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa*. Universidad Surcolombiana.
- Navarro Díaz, E. (2014). *Masculinidad, vínculo y duelo: experiencias subjetivas ante la pérdida por separación de sus parejas mujeres en hombres adultos que asisten a grupos de crecimiento personal en el Instituto Wëm*.
- Ortega Herrera, M. E., Ortiz Viveros, G. R. y Coronel Brizio, P. G. (2007). *Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. Psicología y Salud Universidad Veracruzana*, 1-12.
- Pérez Vega, M. E. y Cibanal, L. J. (2016). *Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. Universidad de Santander*, 1210-1218.
- Salazar Ramírez, M. T. (2015). *Atención cognitivo conductual emocional al paciente oncológico que asiste al Departamento de Psicooncología y Hemato-Oncología del Hospital México*.

Santacruz, S., Valiente, X., Velásquez, L. y Lazcano, P. (2002). Introducción a la Terapia Gestalt. Concepción: Universidad Católica Ntra. Señora de la Asunción.

Sepúlveda-Sánchez, J. M., Morales-Asencio, J. M., Morales-Gil, I. M., Canca-Sánchez, J. C., Crespillo-García, E. y Timonet-Andreu, E. M. (2014). El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 211-2018.

Social, C. C. (2017). Incapacidades y Licencias. Recuperado de Caja Costarricense de Seguro Social: https://www.ccss.sa.cr/arc/estadisticas/actuarial/73/2017/C-09_2017.zip

Sosa Ortega, M. (2017). La desensibilización: un mecanismo de defensa en la ansiedad. Puebla, México: Universidad Iberoamericana Puebla.

Stange Espínola, I. D. y Lecona Pintado, O. (2014). Conceptos Básicos de Psicoterapia Gestalt. Asunción: Universidad Católica Ntra. Señora de la Asunción.

Valles, M. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. España: Síntesis.

Vega-Vega, P., González-Rodríguez², R., Palma-Torres, C., Ahumada-Jarufe, E., Mandiola-Bonilla, J., Oyarzún-Díaz, C. y Rivera-Martínez, S. (2013). Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichan Universidad de La Sabana*, 81-91.

Zinker, J. (1977). El proceso creativo en la terapia Gestáltica. Nueva York: Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento Informado

El estudiante **Carlos Roberto Arce Núñez** Cédula 1-1089-0775, le agradece su atención y le brinda un cordial saludo. En este momento me encuentro realizando mi tesis para optar por el grado de licenciatura. Como parte de la investigación que realizo, debo realizar una serie de entrevistas para aportar los resultados en mi investigación. Mi investigación es supervisada por mi tutora **Inti Álvarez Castro**, agremiada al Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica (Código: 9361).

La finalidad de este documento es explicarle en que consiste la entrevista que se le realizara, así como informarle de situaciones que podrían afectar su bienestar. Si usted está de acuerdo con esta información, se le pedirá que firme este consentimiento informado.

- Como se indica en primer párrafo la siguiente entrevista se utilizará como herramienta en la investigación de la tesis del estudiante Carlos Roberto Arce Núñez, el título de la tesis es **“Vivencia de la muerte de los pacientes desde los bloqueos presentes en el ciclo de la experiencia del personal profesional hospitalario”**
- En base al título de la tesis, se le informa que las preguntas a realizarse buscan profundizar en su experiencia profesional con respecto a la muerte de

pacientes, por lo que es importante para el entrevistador entender todos los detalles y sentimientos que usted pueda y desee compartir.

- La información que usted comparta será documentada y se utilizara como parte de la investigación, por esto, le solicito que, si desea omitir nombres o reservar información confidencial que pueda asociarse a identidades de los pacientes, por favor se sienta en la libertad de hacerlo, ya que las entrevistas serán transcritas para ser fuente de la investigación.
- La entrevista será grabada por parte del entrevistador para mantener la fuente original y realizar un análisis de esta.

Situaciones que podrían afectar su bienestar

La única situación que le podría afectar es la sensación de incomodidad al recordar sentimientos o situaciones vividas al responder las preguntas que se le van a realizar.

Información adicional

La entrevista será grabada (Audio) por parte del entrevistado, por lo que, al firmar este consentimiento, usted está aceptando que yo pueda hacer uso del audio para mi investigación.

Yo como estudiante de psicología, no haré uso de las grabaciones o de la información suministrada durante la entrevista, diferente que para mí investigación. Y me comprometo a que resguardaré las grabaciones para que no sean utilizadas con otro fin diferente al que se está utilizando en este momento.

Su consentimiento

Está de acuerdo en participar en la entrevista y colaborar en mi tesis de investigación *Vivencia de la muerte de los pacientes desde los bloqueos presentes en el ciclo de la experiencia del personal profesional del hospitalario*, de forma libre y voluntaria.

Sí No

Nombre: _____

Número de Cédula: _____

Colegio al que pertenece: _____

Código: _____

Firma: _____

Firma Testigo: _____ Cédula _____

Firma aplicante _____

Teléfono: 8475-8617

ANEXO 2

Entrevista

Nombre:

Sexo: _____

Edad: _____

Profesión: _____

1. Durante el ejercicio de su profesión, ¿A cuántas personas ha visto morir?
2. ¿Qué cree de la muerte?
3. ¿Generalmente, qué sentimientos le embargan al enfrentar la muerte de un paciente?
4. ¿Cómo fue la primer muerte de un paciente para usted (cuénteme la historia)?
¿Qué sintió?
5. ¿Cómo vivió la muerte de su último paciente cuénteme la historia)? ¿Qué sintió?

6. De todos los pacientes que ha visto morir, ¿Cuál es el que más recuerda?

7. ¿Ha experimentado sensaciones físicas posteriores a la muerte de un paciente?

8. ¿Qué considera usted importante hacer apenas muere un paciente?

9. ¿Qué hace usted apenas fallece un paciente? ¿tiene alguna rutina o algo que le ayude?

10. ¿Ha tenido manifestaciones de estrés, posterior a la muerte de un paciente?
¿Cómo han sido estas, qué síntomas o afecciones presentó?


11. ¿Puede describirme las emociones que le embargan cuando muere un paciente?


12. En sus compañeros de trabajo, ¿qué reacciones físicas o emocionales ha visto usted ante la muerte de un paciente?


ANEXO 3

Identificación de colores


Etapa – Bloqueo Color

Reposo – Postergación Negro 

Sensación – Desensibilización Naranja 

Conciencia – Proyección Morado 

Movilización de la energía – Introyección Amarillo 

Acción - Retroflexión Verde 

Contacto – Deflexión Rosado 

Retirada – Confluencia

Celeste



ANEXO 4

Ejemplos de transcripción y clasificación de las entrevistas.

Participante SH3

- ¿Generalmente, qué sentimientos le embargan al enfrentar la muerte de un paciente?

Ok, es variable, según la relación que tengas con el paciente. Si es tu paciente, si lo ves en una guardia, que es un paciente desconocido y que es de otro médico es, hay muchísimo menos relación emocional con esa persona y te va a afectar menos. Si es un paciente tuyo que lo has visto, en múltiples ocasiones y que sabes que se complicó y que de repente se murió y has tenido amistad, has desarrollado amistad durante el tiempo, pues te va a afectar como la muerte de alguien conocido. En general la percepción ha ido cambiando durante mi ejercicio profesional, de mis años de trabajo. La muerte al inicio era vista como un reto sobre todo personal, de impedir que las complicaciones del paciente lo llevaran a la muerte y entonces yo veía que yo tenía que ejercer para evitar que eso sucediera. Era una cuestión de una lucha mía. Posteriormente, ya conforme pasan los años vas viendo que hay cosas que son inevitables y por más que hagas va a suceder va a llegar la muerte y entonces ya no sufría tanto con que se me muriera, he ido tratando de cubrir todos los aspectos hasta estar seguro de que ya no se puede hacer nada más. Ahora ya más viejo lo que sucede es que pienso más en la parte emocional de esa persona, del paciente, en el momento de llegar a la situación de la muerte, si su proceso de muerte ha venido acompañado de un proceso de deterioro, de agonía

prolongada, a veces, llega uno a preguntarse si no estaré ensañándome en la preservación de una agonía prolongada y no dando las mejores condiciones de la poca vida que le queda, entonces ha ido cambiando he ido siendo un poco más empático en el trato a la persona y en la percepción de la persona que está en el estado cercano a la muerte.

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Carlos Roberto Arce Núñez , mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1089-0775 egresado de la carrera de Psicología de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN Psicología, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: VIVENCIA DE LA MUERTE DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL PROFESIONAL DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DESDE EL CICLO DE LA EXPERIENCIA es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los diecisiete días del mes de enero del año dos mil diez y nueve



Firma del estudiante
Cédula 1-1089-0775

CARTA DE LA TUTORA

San José, 15 de enero del 2019

Señor
Aarón Ocampo
Director
Carrera Psicología
Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

El estudiante Carlos Roberto Arce Núñez, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "VIVENCIA DE LA MUERTE DE LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL PROFESIONAL DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DESDE EL CICLO DE LA EXPERIENCIA", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	16
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19
	TOTAL		94

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



Inti Álvarez Castro
Cédula identidad No 111460718
Carne Colegio Profesional No 9361

CARTA DE LA LECTORA

Universidad Hispanoamericana
Sede Aranjuez
Carrera Psicología
Resultado de Lectoría

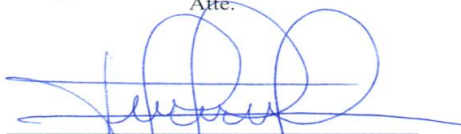
Estimado(a) señor(a)

El estudiante Carlos Roberto Arce Nuñez, cédula de identidad I-1089-0775, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de tesis denominado: *Vivencia de la muerte de los pacientes por parte del personal profesional hospitalario desde el ciclo de la experiencia*; el cual ha elaborado para obtener su grado de Licenciatura en Psicología.

He realizado las observaciones relativas al contenido analizado y coherencia de los apartados, incluyendo las recomendaciones, en términos de aporte del documento.

Por consiguiente, este trabajo puede ser presentado ante un filólogo para trabajar redacción, presentación de ideas y estilo APA. Se extiende el día 22 de marzo de 2019.

Atte.



Wendy Aguilar Freyan
Lectora metodológica

CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

Cartago, 05 de mayo de 2019

Los suscritos, Elena Redondo Camacho, mayor, casada, filóloga, cédula de identidad número 3 0447 0799 y Daniel González Monge, mayor, casado, filólogo, cédula de identidad número 1 1345 0416, vecinos de Quebradilla de Cartago, en calidad de filólogos revisamos y corregimos el trabajo final de graduación que se titula: *Vivencia de la muerte de los pacientes por parte del personal profesional hospitalario desde el ciclo de la experiencia*, sustentado por Carlos Roberto Arce Núñez.

Hacemos constar que se corrigieron aspectos de forma, redacción, estilo y otros vicios del lenguaje que se pudieron trasladar al texto.

Esperamos que nuestra participación satisfaga los requerimientos de la Universidad Hispanoamericana.



Elena Redondo Camacho

Céd. 3 0447 0799

Bachiller en Filología Española

Carné ACFIL 0247



Daniel González Monge

Céd. 1 1345 0416

Bachiller en Filología Española

Carné ACFIL 0245