



## LA PSICO-TANATOLOGÍA COMO HERRAMIENTA PARA COMPRENDER EL DUELO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE LA MUERTE DE LOS PACIENTES: UNA HISTORIA DE VIDA

### PSYCHO-TANATOLOGY AS A TOOL FOR UNDERSTANDING THE GRIEF OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE FACE OF PATIENTS' DEATHS

Mtra. Sofía Vega Hernández<sup>1</sup>, Mtra. Gabriela Pichardo González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Coordinadora de Enseñanza en el Departamento de Apoyo Vital área de Tanatología. Instituto Nacional de cardiología Ignacio Chávez, México.

<sup>2</sup>Enfermera Especialista Cardiovascular en el Departamento de Apoyo Vital área de tanatología. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

Recibido el 11 de febrero de 2022; aceptado el 18 de agosto de 2022

#### RESUMEN

El presente artículo revela algunas experiencias laborales que el profesional de enfermería vive con frecuencia al establecer un vínculo afectivo y de compromiso en la atención de los usuarios; cuando estos mueren, enfermería vive un duelo el cual socialmente no es reconocido, por lo anterior, no se genera la conciencia de las experiencias vividas, vulnerando a dicho profesional en varios sentidos. Por un lado, no se genera compasión y autocompasión en el gremio, y por otro, se generan errores conductuales con el doliente al no contar con la información necesaria de cuidado y autocuidado en dicho contexto. Finalmente, es necesario ofrecer información para normalizar y favorecer la comprensión de las reacciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales ante el duelo de enfermería.

**Palabras clave:** Enfermería, duelo, tanatología, psico-tanatología.

re in this context. Finally, it is necessary to provide information to normalize and promote the understanding of cognitive, emotional, physiological, and behavioral reactions to nursing bereavement.

**Key words:** Nursing, bereavement, thanatology, psycho-tanatology.

#### INTRODUCCIÓN

La tanatología actualmente está sustentada en una corriente teórica psicológica especializada (psicodinámica, conductual, existencial, humanista, o transpersonal) que ayuda a entender el contexto de la persona desde una perspectiva más amplia, como, por ejemplo, los procesos del ser humano ante la pérdida y muerte; así también, ayuda a normalizar las reacciones esperadas ante el duelo e identificar las alternativas de cuidado.<sup>1</sup>

#### ABSTRACT

This article reveals some work experiences that the nursing professional lives frequently when establishing a bond of affection and commitment in the care of users; when these die, nursing lives bereavement which socially is not recognized, therefore, awareness of the experiences lived is not generated, violating this professional in several ways, on the one hand, compassion and self-pity is not generated in the guild, and on the other hand, behavioral mistakes are generated with the mourner by not having the necessary information of care and self-ca-

Con relación al profesional de enfermería aun cuando es aquella persona que mantiene una relación de ayuda más estrecha, y por lo mismo, aumenta la posibilidad de crear un vínculo afectivo con los usuarios, no cuenta con un programa de entrenamiento que facilite el proceso de duelo generado por la muerte del paciente; ya que aún se percibe en el contexto hospitalario la inquietud por saber cómo reaccionar o qué decir en momentos de crisis tanto con el paciente como con su familia, más aún qué hacer ante la experiencia aversiva de su propio duelo. Lo que aumenta la vulnerabilidad emocional y física del profesional de enfermería poniendo en riesgo su salud mental y como consecuencia dicha relación de ayuda con los usuarios. Por lo anterior, se tuvo el objetivo de ofrecer información para normalizar y favorecer la comprensión de las reacciones cognitivas, emocionales,

#### Correspondencia

Sofía Vega Hernández

Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, México, CDMX. Tel.: 55732911, Ext. 24927 Correo electrónico: vegsofi@yahoo.com.mx

fisiológicas y conductuales ante el duelo del profesional de enfermería.

## DESARROLLO

Quisiera comenzar este escrito compartiendo mis inicios como pasante de enfermería, en un servicio de cardiopediatría. Yo tenía 17 años, contaba con una familia que, aunque no expresábamos afectos abiertamente sabía que me apoyaban. En ella vivía cotidianamente la muerte en casa de familiares que morían por enfermedades crónicas como el cáncer, o por envejecimiento, así también vivía los ritos funerarios como algo que precedía a la muerte, pero sinceramente no recuerdo que algún adulto me explicara por qué pasaban las cosas, lo que sí recuerdo es que la atención estaba para los adultos más afectados por la muerte y en momentos de dar noticias, a los niños nos apartaban concentrándonos en un cuarto en lo que hablaban los adultos. A mis 17 años aún no era lo suficientemente grande para formar parte de ellos.

Como es de esperarse, me dieron un par de semanas para capacitarme dentro del servicio, dicha capacitación estaba enfocada en entrenarme en las actividades y a sensibilizarme sobre el trato humano el cual siempre tendría que procurar a mis pacientes.

Algo que recuerdo mucho es que las enfermeras más jóvenes teníamos la costumbre de considerar como "nuestros hijos" a los bebés que atendíamos. Cuando alguien llegaba de descanso y encontraba un bebé nuevo preguntaba si ya tenía mamá (refiriéndose a nosotras), y de no ser así lo adoptaba.

Sucedían muchas situaciones en donde me mantenía interesada y fascinada como enfermera, como por ejemplo presenciar las crisis de hipoxia o el paro cardiaco en verdad me encantaba, porque en ese moverse rápido y de una manera organizada le daba un sentido a la razón de ser de haber estudiado enfermería (ayudar para vivir, a disminuir riesgos y complicaciones).

Lo difícil era cuando ellos morían, era devastador, porque no solo me sentía agotada, también me dolía mi cuerpo, especialmente mis pies, sentía un nudo en la garganta que me mantenía callada la mayor parte del tiempo e incluso me impedía comer, al día siguiente me sentía muy triste, sin ganas de ir a mi servicio, queriendo evitar llegar a ver la cuna vacía o con otro bebé pues eso provocaba mayor malestar. No se acostumbraba entre nosotros hablar al respecto y continuábamos con nuestro día a día.

Al terminó, de algunos meses yo bajé de peso, y me parece desarrollé algo que se llama desensibilización, no es que ya no sintiera emociones, pareciera que no tan intensas; tampoco que no me desgastara, o que no

me involucrara emocionalmente con mis pacientes, solo que sin tener consciencia de ello dirigía mi atención a otros aspectos de mi servicio social cuando presenciaba la muerte.

En casa platicaba al respecto, pero veía la reacción de sorpresa de mis hermanos y mi mamá que sólo quedaba en eso, contarle, sin hablar de mis sentimientos, y eso era incomodo y desgastante que seguía dentro de mí.

A través de la tanatología logré comprender que, como enfermeros, también presentan pérdidas y duelos ante el contexto de la enfermedad y la muerte de los usuarios, ya que existe un vínculo afectivo generado por la relación de ayuda; dicho duelo se expresa en la interpretación de lo que sucedió y derivado de ello se presenta la reacción emocional desagradable, que puede ir desde la tristeza hasta el enojo, la impotencia y la frustración. Dichas emociones activan diversos síntomas somáticos tales como tensión muscular, agotamiento, cefaleas, disminución o aumento del apetito, alteraciones del sueño y sensaciones, como un hueco en el estómago o un nudo en la garganta. También puede generar ciertas respuestas impulsivas y de evitación experiencial como por ejemplo el fumar, ingerir bebidas alcohólicas y/o esforzarse para que el paciente no muera en el turno laboral, o una inacción como por ejemplo no asistir al trabajo al pensar que de esta forma se puede estar mejor, o bien no favorecer el vínculo afectivo con los usuarios para no sufrir su muerte.<sup>2</sup>

En la literatura, Doka desde 1989<sup>3</sup> menciona que el duelo generado en los profesionales de la salud está clasificado dentro de los duelos desautorizados, ya que no son socialmente reconocidos, ni públicamente expresados pues el vínculo afectivo no es valorado por los demás y justo eso es un factor de riesgo para la complicación de dicho proceso ya que según Rando, Stroebe y Schut, se carece del apoyo social y rituales significativos.<sup>4</sup>

Según Polo Scott, la desensibilización es un mecanismo homeostático que el organismo genera en la persona para protegerla ante el dolor que no está listo para experimentar y, por lo tanto, disminuye las sensaciones y emociones displacenteras que se puedan presentar incluso haciendo que la persona no sienta dolor alguno.<sup>5</sup> Es importante mencionar que gracias a este mecanismo los enfermeros se mantienen concentrados en actividades y procedimientos que requieren de exactitud y habilidad; este mecanismo para considerarse sano y esperado se activa y desactiva inconscientemente según la necesidad de la persona para adaptarse al contexto.

Cuando escuché que las reacciones presentes forman parte de mi historia de vida y entrenamiento personal, cobraron sentido mis experiencias, pues en realidad, yo no contaba con información considerada para los más adultos, y cuando quise hacerlo se salió de mi control

al ver la reacción de mi familia y no supe qué hacer con ello, por lo que reproduce lo mismo de mi trabajo en ese entonces: no hablar de ello.<sup>6</sup>

Como menciona Díaz Seoane, el temor que experimentan los adultos ante la muerte hace que en ocasiones elijan ocultarla y cuando se trata de niños y jóvenes, es habitual que se hagan cosas para protegerlos pensando que así se les protege y evita el sufrimiento; sin embargo, esto es imposible y a la larga al no ser expuestos, a este sufrimiento, no solo será menos tolerante a la frustración, tampoco desarrollarán las habilidades necesarias para afrontar eventos a los que deberán vivir cuando sean adultos.<sup>7</sup>

Con el tiempo, pase de ignorar a la muerte, a tener la intención de evitar el sufrimiento de los familiares ante la muerte de su ser querido. Aunque no recuerdo su nombre ni su diagnóstico, recuerdo muy bien que la paciente, era una adolescente y que en nuestra conversación ella me decía que quería ser enfermera. Tuve el tiempo suficiente para generar un vínculo afectivo y de poder experimentar algo que ahora sé que se llama "empatía", pues teníamos muchas cosas en común y entendía perfectamente cuando después de hablarme de sus sueños, me hablara de saber que no podría realizarlos, o cuando ella me mencionaba su tristeza, yo la podía sentir.

Cuando ella murió, yo quise ayudar a su mamá y a su tía y en ese querer ayudar con mi inexperiencia, consideré importante borrar los rasgos de la muerte y me di a la tarea de bañarla, peinarla, maquillar un poco su rostro y ponerle una bata rosa. Mi intención era que ellas al entrar la vieran bonita y sufrieran lo menos posible. También me apuré para arreglar la habitación y cerrar la cuenta para que se la llevaran a casa lo más pronto posible, pues ahí estarían con su familia y serían consoladas.

Cuando ellas entraron, comenzó mi gran frustración, pues pensé que lo que hice no aminoró en nada su gran dolor, que lo que hice no sirvió en nada. Recuerdo que entraron abrazadas, lloraban mucho, y le preguntaron a Dios ¿por qué le hacía esto a su hija?, mientras yo pensaba que la paciente y yo teníamos casi la misma edad (tres años de diferencia).

Yo consideré necesario tuvieron privacidad y salí de la habitación para darles su espacio, y con reloj en mano les di 10 min. Así que entré y solicite fueran a realizar su trámite para poder llevar a la chica a casa (y estuvieran acompañadas de más personas que las consolaran); pero de inmediato, la tía se levantó y me reclamo el acto, diciéndome muy dolida *"ojalá y nunca estés en esta situación solo así podrías saber la injusticia que estás cometiendo en no permitirnos estar con ella..."*

Lo anterior me decía que no solo no las protegí de su dolor, sino que se sintieron agredidas por mí, eso fue causa de una gran vergüenza a tal grado que no me permití contárselo a nadie por miedo a ser juzgada. En ese entonces no se contaba con computadoras, celulares tan sofisticados como hoy en día; así tampoco se tenía acceso a los medios de comunicación para buscar información que me ayudara a comprender las reacciones más frecuentes de los pacientes, de su familia y por supuesto, la mía. Hoy en día, la literatura aborda con mayor frecuencia el tema de los eufemismos en la muerte (manifestaciones suaves o decorosas que sustituyen a un contexto demasiado franco o crudo)<sup>8</sup> y su pobre funcionalidad ante dicho contexto (maquillarlos para que se vean como dormidos) ya que no aminora en nada el impacto de ver a un ser querido muerto.<sup>9</sup>

Quisiera mencionar que el profesional de enfermería debe darse la oportunidad de ir a consulta con un psicólogo para desarrollar habilidades personales, entre estas la habilidad de autocompasión, ya que al esforzarse en dar un trato humano comete errores que le produce un sufrimiento simbólico, significativo y desgastante, que si no lo sabe procesar puede terminar en ser injusto con el mismo al recriminarse y será más difícil madurar para dar a las personas que atiende lo mejor de sí mismo, preservando las equivocaciones una y otra vez.

Con el tiempo y al contar con más información logré conciliar mis emociones. La culpa y autorreproche según Worden, se experimentan cuando la persona interpreta que hizo algo incorrecto o faltó algo por hacer (a través de lo ocurrido en vida o en el momento de la muerte) y la mayoría de las veces es irracional, sobre todo cuando existen otras personas también con reacción del duelo que experimentan enojo ante la muerte de su ser querido<sup>10</sup> y lo desvía con frecuencia al personal de enfermería. Lo anterior me hace concluir que nada de las reacciones de los dolientes es personal, que, en realidad, todos los que estamos en el contexto de la muerte estamos lidiando con ella de acuerdo con la perspectiva que nos toca vivir.

Con relación a la vergüenza que surgió ante dicha experiencia, ahora noto que en ese entonces me centré en mí misma, evaluándome como inadecuada o mala, tal como lo describe Greenberg y Pavio, al definir la vergüenza interna. Me sentí expuesta y me encontré carente de dignidad o valía, y ahora sé, que para este tipo de emociones existen técnicas autocompasivas para convivir y observar la autocrítica, la rumiación y la fusión cognitiva; además, que también favorece el reconocimiento de los errores sin necesidad de una actitud defensiva.<sup>11</sup>

En este proceso de conciliar con mis emociones entendí que mi actuar, aunque poca acertada, tenía la intención de protegerlas del sufrimiento, acto que forma parte de un instinto ante el peligro y adaptación, donde se-

gún Gilbert, todo ser humano la tiene y es parte de la compasión; ésta última, implica un sentimiento de bondad, cuidado y comprensión por las personas que sienten dolor, junto con el deseo emergente de aminorar su sufrimiento,<sup>12</sup> aunque reconozco que en ese entonces no contaba con la habilidad de ser tolerante al malestar, y de no caer en la autocrítica ni el enjuiciamiento, por lo que me generaba un sufrimiento innecesario el cual me seguía afectando.

Con el tiempo, en el país, comenzaron a promover a la tanatología y tuve acceso a algunos cursos; eso me ayudó mucho porque comprendí mis experiencias y mejor aún, comencé a integrar cuidados como enfermera en la fase agónica. Al saber que tenían altas posibilidades de morir el bebé, el niño, o el adolescente, mi jefe me autorizaba dejar entrar a su mamá y ella realizaba también cuidados a su hijo, cuidados sencillos pero muy simbólicos; recuerdo que al recibir la noticia de la fase agónica de su hijo, regresaban con los ojos muy rojos, y me animaba más en mostrarles que para mí también era triste, que nosotros, el equipo médico, cuidábamos bien de él y en preguntarles si podía ayudar en algo.

En una ocasión cuando murió un bebé, la mamá me preguntó si podía ponerle su ropa, con la cabeza le dije que sí, y yo le ofrecí entráramos juntas para hacerlo; primero lloró mucho, su tristeza la sentía y me permití abrazarla mientras le comenté que lo pensara, que si no se animaba no pasaba nada, ella no accedió y mientras lo hacía, le hablaba a su hijo muerto, lloraba y paraba por unos instantes. Recuerdo que le di su tiempo y que ambas terminamos de vestirlo más tranquilas.

Es importante tener presente que los usuarios pueden tener sus propios ritos fúnebres y sobre todo saber que este tipo de rito está en función del doliente ya que son actos simbólicos y repetitivos que incluyen un proceso de preparación, que pueden o no incluir palabras; sin embargo, favorecen la expresión de emociones e ideas de quienes participan en él, por lo que deben de ser realizados en una atmósfera llena de significados, de sensibilidad, trascendencia y disposición al cambio.<sup>13</sup>

Tener información da la oportunidad de incrementar la conciencia y la autoobservación y como consecuencia se amplía la toma de perspectiva para redirigir la conducta a lo verdaderamente importante "apoyar a las personas ante la muerte de su ser querido"; como por ejemplo logré notar que mis acciones eran para aliviar mi angustia y evitarles un sufrimiento que además es necesario experimentar para que ellos logran en un futuro procesar un duelo sano que les permitiera vivir sin su ser querido.

Me parece que ahí comenzaba a conducirme de acuerdo con las necesidades de los usuarios, sin dar por hecho las cosas, observando y preguntando: "¿qué necesitan?"

o "¿qué puedo hacer por ellos?". Con el tiempo noté que ellos con frecuencia lo expresan y que con tanto estrés o angustia el profesional de enfermería lo pasa por alto.

Actualmente laboro en un servicio de tanatología y me di la oportunidad de especializarme en ello. Tengo consciencia de que la muerte no deja de tener un efecto de ansiedad en mí y que esto mismo me hace vulnerable una y otra vez, así que si es mi deseo ayudar a los usuarios en su experiencia de muerte, lo primero que cuido es reducir mis vulnerabilidades emocionales a corto plazo (evito ayunos prolongados, realizo técnicas de regulación de estrés, trato de realizar meditación),<sup>14</sup> así aseguraré que mis emociones serán experimentadas de acuerdo con el contexto, disminuyendo la posibilidad de una desregulación emocional.

Por otro lado, al formarme como psicóloga adquirí el hábito de apreciar mis experiencias en sesiones personales con un psicólogo, el cual me ha permitido desarrollar mis habilidades emocionales y tener consciencia plena; por ejemplo, tengo presente que detrás del apoyo en crisis o en defunción de las personas que atiendo se encuentra algo verdaderamente valioso (eso que me hace ser mejor persona y que no tiene que ver con ningún reconocimiento económico o social),<sup>15</sup> como es el amor a otro ser humano o el ayudar al que sufre, el cual no debo perder de vista muy a pesar de mis reacciones desagradables esperadas (tolerancia al malestar), lo que facilita darme instrucciones para permanecer conectada a los usuarios que atiendo y tener el valor de acercarme, mirarlos, hablarles, y preguntarles si hay algo en lo que puedo apoyar o bien para entablar una conversación ya que conozco su historia, aún con el miedo ante la posibilidad del rechazo o un contexto catastrófico (conducta dirigida a valores).<sup>16</sup>

Por otro lado, la experiencia laboral y el desarrollo de habilidades emocionales favorecen mi sensibilidad al contexto para desarrollar los proyectos que solicita el instituto donde laboro y que tiene de primer orden ofrecer información práctica al profesional de enfermería respecto al duelo y autocuidado.

Finalmente, aunque no todo es perfecto, me sigo equivocando y cada día hay algo nuevo que aprender, puedo decir que amo mi trabajo, al cual ya le encuentro un sentido, puedo compartir con mi familia, mis amigos y confidentes, y apoyarme en ellos en momentos difíciles para mí.

Por lo anterior, se identificó una oportunidad en el desarrollo de las habilidades de autoobservación y adaptación en donde como profesional de la salud se exploren líneas de investigación en los paradigmas propuestos por diversos teóricos en enfermería destacando el cuidado emocional, no solo en los pacientes sino también en nosotros, tal como lo propone Emma Watson; quien afirma

que la convivencia con nuestros pacientes es dialéctica en donde el hecho de compartir un contexto se hace presente la singularidad e historia de vida de ambos, generando una experiencia compartida y que influirá en su futuro.<sup>17</sup>

## CONCLUSIÓN

Es importante que en los hospitales e instituciones de salud se detecte en el gremio de enfermería la necesidad de información y entrenamiento en el apoyo en la defunción o intervención en crisis para poder generar un programa de entrenamiento que cubra las necesidades emocionales y de autocuidado en el duelo, el cual incluya dar apertura a la expresión de emociones ante la muerte, favorezca la identificación de valores personales, amplíe el repertorio conductual de dicho profesional conservando su espontaneidad y estilo personal, así también, favorezca las conductas de autocuidado entre otros aspectos que ayude a regular las emociones y facilitar la adaptación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bravo M. ¿Qué es la Tanatología? RevDigitUniv [Internet]. 2006 [01 de diciembre del 2021]; 7(8):1-10. Disponible en: <https://bit.ly/3qxsXpo>
2. Luciano C, Páez M, Valdivia S. La terapia de Aceptación y Compromiso en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. InternJourPsychPsycholTher. 2010; 10 (1): 141- 165.
3. Doka K. Disfranchised grief. Lexington, MA: Lexington books;1989.
4. Payás A. Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. 1ra edición. México: Paidós; 2016.
5. Polo MA. La Tanatología del Siglo XXI. México: MC editores; 2010.
6. Celma AG, Strasser G. El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. Physis. 2015; 25 (2): 485-500.
7. Díaz P. Hablemos de duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo;2016.
8. RAE.es [Internet]. Madrid: Real academia de la lengua española; [actualizado 2021; citado 01 de diciembre del 2021]. Disponible en <https://dle.rae.es/eufemismo>
9. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico. España: Debolsillo clave;2017.
10. Worden JW. Tratamiento del Duelo. Asesoramiento psicológico y terapia. 4a ed. España: Paidós;2013.
11. Mansilla EG. Un recurso ante la vergüenza interna: La autocompasión. Un camino de desarrollo personal.[Tesis de maestría].Madrid:Universidad Pontificia Comillas; 2016.
12. Araya C, Moncada L. Autocompasión: Origen concepto y evidencias preliminares. Rev Argent ClínPsicol. 2016;25(1):67-78
13. Laso E. Los rituales terapéuticos: una propuesta teórica clave emocional. Redes. 2015;32: 21-34.
14. Hervás G, Moral G. Regulación emocional aplicada al campo clínico. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de la Psicología de España; 2017.
15. Páez-Blarrina M, Gutiérrez-Martínez O, Valdivia-Salas S, Luciano-Soriano C. Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. Intern Jour PsychPsycholTher [Internet]. 2006 [01 de diciembre del 2021];6(1):1-20. Disponible en <https://bit.ly/3n2NLUX>
16. Reyes MA, Kanter JW, Ascencio M. Psicoterapia analítica funcional: Una guía clínica para usar la interacción terapéutica como mecanismo de cambio. Córdoba: Brujas; 2017.
17. Mijangos-Fuentes Kl. El paradigma Holístico de la Enfermería. Salud y Administración. 2014; 1(2): 17-22.