

Experiencia del psicólogo de la salud en el proceso de acompañar a morir¹ Experience of the health psychologist in the process of accompanying dying

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.16501608>

Pachano Piñero, Hector David²

Correo: psic.hectorpachano@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-3960-0914>

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela

Resumen

Esta investigación tuvo como propósito, comprender la experiencia del psicólogo de la salud en el proceso de acompañar a morir dentro del contexto hospitalario. Elaborada bajo un paradigma interpretativo, con metodología cualitativa y empleando un diseño fenomenológico. Se efectuaron seis (6) entrevistas semiestructuradas a informantes venezolanos psicólogos de la salud que acompañan a morir en el contexto hospitalario, de género femenino, entre 25 y 70 años. La información se analizó de manera hermenéutica, con triangulación de expertos y clasificando extractos de sus discursos en categorías principales y subcategorías. Los resultados indicaron que, la experiencia del psicólogo de la salud que acompaña a morir, revela una compleja interacción de múltiples factores que la conforman, tales como la concepción de la muerte, la formación profesional, los desafíos del acompañamiento, el propósito de vida, y la trascendencia. Concluyendo que, pese a las adversidades manifiestas en el acompañamiento, el proceso revela una fuente de profundo significado y transformación para el psicólogo que lo efectúa.

Palabras clave: experiencia, psicólogo de la salud, comprender, acompañar a morir, cualitativo.

Abstract

This research aimed to understand the experience of health psychologists in the process of accompanying the dying within the hospital context. It was developed under an interpretive paradigm, with qualitative methodology and employing a phenomenological design. Six (6) semi-structured interviews were conducted with Venezuelan informants, health psychologists who accompany the dying in the hospital context, female, between 25 and 70 years old. The information was analyzed hermeneutically, with

¹ Artículo de investigación derivado del trabajo especial de grado, titulado: Experiencia del psicólogo de la salud en el proceso de acompañar a morir, presentado en la Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela

² Psicólogo. Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela



triangulation of experts and classifying excerpts of their speeches into main categories and subcategories. The results indicated that the experience of the health psychologist who accompanies the dying reveals a complex interaction of multiple factors that comprise it, such as the conception of death, professional training, the challenges of accompaniment, the purpose of life, and transcendence. Concluding that, despite the adversities manifest in the accompaniment, the process reveals a source of profound meaning and transformation for the psychologist who carries it out.

Keywords: Experience, health psychologist, understanding, accompanying dying, qualitative.

Introducción

Desde los inicios de la psicología de la salud, el psicólogo que se adentra en el contexto hospitalario se aproxima al dolor psíquico sumido en la terapia, en la que el consultante manifiesta un malestar o incomodidad que interfiere o no en las distintas áreas del funcionamiento, en este sentido, es esperado que el profesional de la salud aborde a individuos con trastornos psicológicos, problemas emocionales o conflictos respecto a alguna área en particular, sin embargo, en el ámbito hospitalario, el psicólogo puede vincularse con personas que debido a su condición o patología, se enfrenten a la etapa final de la vida, ameritando cuidados paliativos y acompañamiento en el proceso de morir. De este modo, la experiencia del especialista de la salud mental que acompaña a morir es de sumo interés, al tratarse de una persona que cuenta con su propio portafolio de miedos, expectativas y creencias que lo afectan, sobre todo cuando afronta la complejidad de acompañar a un paciente en sus últimos momentos.

Partiendo de los conceptos esenciales anteriormente mencionados, en primera instancia se abarca la experiencia, Dewey (1967) la describe como la totalidad de las relaciones del individuo con el medio ambiente, considerándola una unidad de análisis que toma en cuenta las interacciones de las personas y el contexto en el que están inmersas, destacando que, la significación, importancia, sensaciones, emociones y pensamientos en la vivencia son determinantes para el ser humano, ya que uno de los rasgos que plantea el autor sobre el concepto, es el carácter transformador, en el que las experiencias pasadas modifican las posteriores a través de las conexiones entre el pasado y el futuro, lo ocurrido con lo que acontecerá, lo cual implica que cada experiencia recoge algo de lo que ha pasado antes y modifica de algún modo la cualidad de lo que viene después. A su vez, al pensar la experiencia a partir de “lo que me pasa”, Larrosa (2006) establece un principio de subjetividad, reflexividad y transformación, ya que cada

sujeto tiene su propia experiencia que sufre y padece, por ello, nadie puede aprender de la experiencia del otro; siendo reflexiva, ya que no se limita en tanto a “lo que pasa”, como los sucesos y a los acontecimientos, sino a “lo que les pasa” a los individuos, a lo que viven y a la manera como lo viven.

Del mismo modo, en relación al concepto de psicología de la salud, Matarazzo (1982) describe esta disciplina como la suma de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la psicología aplicadas a la promoción, el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la de la persona que padece la enfermedad. Por tanto, el psicólogo de la salud se interesa en cómo los pensamientos, emociones y comportamientos de los individuos influyen en su salud y bienestar. Por otra parte, Avendaño (2020) menciona que, el psicólogo a pesar de contar con el entrenamiento, habilidades y capacidades teórico-prácticas para realizar abordajes a sus consultantes, existen movilizaciones dentro de sí mismo que resultan imperceptibles durante el ejercicio profesional, que se vinculan mayoritariamente con el desgaste emocional generando frustraciones y enojos.

En el mismo orden de ideas, Kübler-Ross (1969) menciona que el acompañamiento a morir subyace de la necesidad de no expropiarle al paciente la despedida, ya que concibe que se vive en una sociedad que niega o evita hablar sobre la muerte de manera radical, siendo considerada inclusive un tabú, influyendo en que las personas cuya condición o patología los posicionen en la etapa final de su vida, no puedan expresarse respecto a ella, desconociendo cómo quería ser despedido ese individuo, que pensaba y que sentía. A través de sus investigaciones sobre la muerte y el morir, pudo conceptualizar el duelo y establecer las etapas de este, por consiguiente, fue pionera en torno a lo que se conoce hoy en día como el proceso de acompañar a morir, dado que pudo ofrecer una comprensión más profunda de cómo la muerte “inminente” afecta a pacientes, familias y profesionales de la salud, desde su experiencia.

Respecto al proceso de acompañar a morir, la autora anteriormente mencionada lo considera único e individual para cada persona, en el cual no existe un procedimiento o enfoque establecido que funcione para todos los consultantes, y cuyo objetivo es adaptar el acompañamiento a las necesidades y deseos específicos del ser humano que está muriendo, priorizando durante este recorrido la presencia y escucha activa, la comunicación honesta y abierta, el apoyo emocional, el respeto a la autonomía y el cuidado personal del acompañante. Por ende, el abordaje desde la posición del psicólogo cumple el propósito de permitir que la persona hable de esa muerte, los términos en los que se quiere marchar y que quiere hacer

con ello, así como, se involucra el entrenamiento al personal de salud para manejar la frustración y ansiedad, y se efectúa la preparación y atención del contexto familiar.

En relación a las redes de apoyo de las personas que están próximas a morir, Bowlby (1993) a través de sus investigaciones sobre el apego y la pérdida, resalta la importancia de fomentar y fortalecer los vínculos afectivos entre el consultante y sus seres queridos, debido a que las personas que vivencian situaciones de peligro realizan una búsqueda de seguridad emocional y confort en aquellos sujetos que componen su red de apoyo, destacando que, tanto en el paciente como en los miembros de su familia se pueden producir fuertes reacciones emocionales, ya que la muerte próxima de una persona querida representa una pérdida significativa del vínculo de apego.

Considerando los conceptos previamente explicados, Navarro (2006) elaboró a partir de sus investigaciones una serie de planteamientos sobre la muerte y el duelo como experiencia vital, de acuerdo con este autor, el profesional de la relación de ayuda al acompañar a un paciente en su proceso de morir implica toda una vivencia cargada de una gran intensidad emocional que influye en cualquier individuo que esté cerca, provocando que se generen en los agentes de la relación de ayuda, autoexigencias profesionales, temores, frustración e inclusive síntomas propios del duelo-anticipado. Del mismo modo, considera que la falsa percepción de invulnerabilidad promovida por la sociedad respecto a la muerte, consolidada al evitarla, negarla e interpretarla como inaceptable, es un elemento crucial para que el malestar sea producido en la persona que realiza el acompañamiento, como en el paciente, debido a que interfiere en las modalidades de asistencia humanizada, de un acompañamiento resonante con el consultante, y en la atención eficaz, manteniendo en todo momento la dignidad y autonomía de la persona que sufre.

En cuanto a los antecedentes sobre el acompañamiento a morir, Avendaño (2020) realizó una investigación sobre las vivencias del psicólogo en la intervención con pacientes terminales, en la que descubrió que los psicólogos manifestaban elementos contratransferenciales como consecuencia de abordaje a pacientes con una enfermedad terminal, generando malestar emocional, físico y deformaciones de su práctica profesional que atenta frente a la noción ética de su quehacer, destacando que, a pesar del entrenamiento y recursos teórico-prácticos el profesional de la salud mental no deja de ser una persona que puede sentirse bien o mal mientras ejerce. Por otra parte, Bluecher (2021) efectuó

un estudio sobre las pérdidas necesarias e innecesarias y el duelo del analista, en el que describió desde su propia experiencia como terapeuta el impacto emocional generado con la muerte de una paciente, reflexionando sobre lo valioso y doloroso de esta experiencia, en el que subraya la importancia de no negar la pérdida, lo insustituible de la otra persona, sino de incorporar la vivencia al bagaje experiencial y clínico del profesional.

A su vez, Pérez y Cibanal (2016) reportaron en un estudio sobre el impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal, la existencia de alteraciones sociales y emocionales como miedo, impotencia, actitudes de distanciamiento, evasión emocional, y mecanismos psicoafectivos de defensa ante la prevención del duelo, asociados a múltiples factores como el afrontamiento cultural de la muerte, divergencias entre la actuación personal y profesional, el contexto hospitalario en el que las enfermeras estaban inmersas, y el enfoque tanatológico ausente. Del mismo modo, González y García (2019) a través de su investigación titulada vivencias de las enfermeras ante la muerte, acotaron que las enfermeras en este caso presentaban dificultades para dar una atención de calidad y digna hacia el enfermo terminal, debido a la falta de competencias profesionales, de organización y gestión sanitaria, así como de humanización de los cuidados. Enfatizando en ambas investigaciones el impacto del contexto hospitalario e inclusive cultural en el que los profesionales de la salud se encuentren, así como su influencia en la efectividad de sus labores.

Además, en la investigación llevada a cabo por Esparza et al. (2021) sobre la experiencia vivida de enfermeras al cuidado del adulto mayor en proceso de cronicidad-muerte, se hallaron dificultades por parte de las enfermeras para lidiar con el final de la vida, revelando una complicada aceptación hacia la muerte, surgiendo así, la necesidad de capacitar al personal mediante cursos de tanatología para brindar condiciones dignas para el individuo enfermo, así como que le permitan al personal de enfermería afrontar la realidad con la cual se convive diariamente en el ámbito hospitalario. Por último, Moreta (2022) efectuó un estudio acerca del profesional de enfermería y el manejo del duelo en pacientes oncológicos en fase terminal, en la que se pudo confirmar que el enfermero tiene un rol fundamental en el manejo del duelo con intervenciones vinculadas al manejo de la sintomatología en la fase final de la vida, considerando la comunicación, escucha activa y el manejo espiritual como beneficiosos para el

paciente, no obstante, manifestaron complicaciones para disminuir el vínculo emocional establecido con las personas enfermas generando malestar y sentimientos de angustia.

Por último, en relación a los hallazgos de las investigaciones se puede denotar que los psicólogos de la salud y el personal de enfermería manifiestan en conjunto un impacto emocional generado al acompañar a morir, caracterizado por temores, frustración, miedo e impotencia, no obstante, en el caso de las enfermeras el malestar producido se vincula al contexto hospitalario y la ausencia de capacitaciones para abordar a seres humanos que estén próximos a morir, debido a que en dicho contexto pueden surgir complicaciones con las inducciones, protocolos e instrumentos a utilizar, por tanto, puede interferir para proporcionar una atención de calidad y digna al individuo que está próximo a su fallecer, para disminuir el vínculo emocional y para aceptar su muerte. Mientras que, en el caso de los psicólogos la mayor distinción radica en la auto-exigencia a nivel profesional, las deformaciones que se pueden efectuar en la práctica frente a la noción ética, y en mayor capacidad de adaptación al no negar la pérdida del paciente, e inclusive integrar la vivencia al portafolio experiencial y clínico.

Hasta este punto, es necesario mencionar que los estudios que se vinculan con la psicología se centran únicamente en los consultantes, ya sea partiendo de sus avances en procesos particulares empleando técnicas y métodos en específico, considerando su vivencia ante una circunstancia de interés, o para indagar nuevos campos de estudios o aspectos que en la actualidad son cada vez más relevantes, como lo puede ser la espiritualidad. Sin embargo, poco se tiende a hablar sobre el mundo interno del psicólogo de la salud, como se siente ante las circunstancias que vive su paciente o que genera en él.

Por ello, se plantea la interrogante de: ¿Cómo es la experiencia del psicólogo de la salud en el proceso de acompañar a morir?, ya que hay indicadores por antecedentes anteriormente expuestos, de que existe una influencia o elementos contratransferenciales generados en el psicólogo y el consultante durante los abordajes realizados, destacando que, en circunstancias tales como las del ámbito hospitalario, en el acompañamiento a morir, pueden incrementarse debido a la complejidad de la situación en la que estarán implicados el psicólogo de la salud, el consultante en la etapa final de la vida, personal de enfermería y el contexto familiar. Lo cual puede implicar una carga importante para aquel que se espera que pueda proporcionar el equilibrio en todos aquellos que se ven afectados, planteando de

este modo, como objetivo de la investigación: comprender la experiencia del psicólogo de la salud en el proceso de acompañar a morir dentro del contexto hospitalario.

La relevancia de la investigación radica en generar conocimientos e indagar acerca de las circunstancias ante las cuales los psicólogos de la salud en el ámbito hospitalario están expuestos en el día a día, así como el impacto que pueden tener estas situaciones en ellos, considerando que se han efectuado pocas investigaciones y es un tema de relevancia actual, pudiendo aportar a protocolos de autocuidado y gestión emocional dirigido al especialista. Destacando que, la percepción que se tiene del psicólogo es de aquel que cuenta con los recursos suficientes para hacerle frente a todas las situaciones sin verse afectado, a pesar de que en el ejercicio profesional no ocurre de esta manera, y puede tornarse mucho más complicado cuando el profesional de la salud mental se ve involucrado en procesos tales como los de acompañar a morir, donde se aborda uno de los temas más difíciles de comprender para la sociedad: la muerte.

A su vez, el trabajo pretende contribuir al reciente paradigma biopsicosocial-espiritual desvelando la importancia de las distintas dimensiones que componen al ser humano: la biológica, psicológica, social y la espiritual, permitiendo una mayor comprensión respecto a la salud y su interrelación con el bienestar. Del mismo modo, se aportará al actual modelo salutogénico al focalizar la investigación en la importancia de proporcionar la atención digna y más humana posible al individuo que manifiesta el sufrimiento, sin patologizar, haciendo énfasis en los factores que contribuyen a la resiliencia y capacidad de adaptación de las personas implicadas en el proceso de acompañar a morir.

Por otra parte, al involucrar el acompañamiento a morir en la investigación, esta adquiere una relevancia contemporánea indeleble según menciona González & López (2013), debido a que las personas independientemente de la época y contextos en los que estén implicados, no dejarán de vivenciar pérdidas significativas que producen un impacto en ellos, que pueden ser subyacentes de los ámbitos hospitalarios, y en las que el psicólogo de la salud tiene la posibilidad de formar parte. Por último, el aporte social de la investigación proviene de la posibilidad de informar a aquellos psicólogos que en el futuro quieran llevar a cabo el acompañamiento a morir, considerando no solo la aportación al gremio de la psicología, sino al de aquel ser humano que se encuentra en la etapa final de la vida, quien merece marcharse en las condiciones que desee y con la dignidad que le corresponde.

1. Materiales y métodos

La investigación fue efectuada bajo un paradigma interpretativo con metodología cualitativa, debido a que permitió comprender desde la manifestación verbal y singular la experiencia del psicólogo de la salud que acompaña a morir en el ámbito hospitalario, extrayendo fundamentos particulares respecto a las sensaciones, emociones, sentimientos, pensamientos y significación de la vivencia en la que se ve implicado el profesional de la salud mental. Del mismo modo, se empleó el método hermenéutico con la finalidad de comprender, interpretar y traducir la naturaleza de los datos extraídos mediante las verbalizaciones emitidas por los psicólogos de la salud que llevaron a cabo el proceso de acompañar a morir.

El estudio contó con 6 psicólogos de la salud, femeninos, con un rango de edad entre veinticinco y setenta años, pertenecientes a diversos hospitales de Venezuela, quienes fueron seleccionados a través del método de conveniencia, de acuerdo a las características propias de la investigación. La recolección de datos se llevó a cabo en una sesión, a través de entrevistas semi-estructuradas individuales donde se logró recoger información necesaria por medio de una conversación natural y amena, las cuales contaron con una duración de 40 minutos aproximadamente y fueron grabadas con previa autorización.

La sesión se realizó con el objetivo de recolectar información específica sobre el fenómeno, y se plantearon las siguientes preguntas: 1. ¿Qué es la muerte para usted?, 2. ¿Qué significa para usted "acompañar a morir?", 3. ¿Qué lo motivó a prepararse y trabajar como psicólogo de la salud que acompaña a morir?, 4. ¿Qué dificultades se pueden presentar al iniciar una conversación con un paciente que está al final de su vida?, 5. En sus primeras intervenciones de acompañamiento a pacientes con diagnóstico de terminalidad ¿Qué pensamientos o ideas generaba el hecho que trabajaría con alguien que posteriormente fallecería?, 6. ¿Podrías compartir alguna experiencia en la que, durante el acompañamiento de un paciente, te hayas visto en la necesidad de realizar una remisión por razones personales?, 7. ¿Cómo aborda las emociones y sentimientos de su paciente próximo a morir?, 8. ¿Podrías hablarme acerca del abordaje a los familiares de aquellos pacientes próximos a morir?, 9. ¿Cuál es la posición que toma como psicólogo de la salud entre las diferentes demandas del personal de enfermería, familiares y el paciente que acompaña a morir?, 10. ¿Cómo es la colaboración con otros profesionales

de la salud?, 11. ¿Podrías compartir alguna frase o conversación que haya resonado profundamente contigo durante tu experiencia acompañando a personas en el proceso de morir?

Por otro lado, en lo que refiere a la investigación, estuvo constituida por varios pasos, el primero se asocia con la transcripción textual de las narrativas y experiencias, revisando todas las descripciones e información para obtener un panorama completo e identificar las unidades de análisis que permitieron la categorización, donde se transcribió textualmente y analizó de forma manual cada manifestación verbal emitida por los informantes, organizándola en conceptos, categorías, subcategorías o la posterior interrelación que tuviesen entre ellas, donde cada una fue identificada con un color distinto para mejor discernimiento. El segundo paso fue la formulación y descripción de las categorías interpretativas, donde se combinaron las categorías y subcategorías encontradas previamente con toda la información suficientemente desarrollada. En el tercer paso se llevó a cabo la triangulación de investigadores, donde participaron tres psicólogos especialistas en el tema para validar las categorías y subcategorías que fueron planteadas de acuerdo con las verbalizaciones de los psicólogos de la salud entrevistados.

El cuarto y último paso consistió en la construcción de significados individuales que permitieron dar respuesta a la pregunta de investigación. Posteriormente se estableció una categoría central y sus dimensiones de acuerdo a la integración de toda la información obtenida, permitiendo así, comprender la experiencia del psicólogo de la salud en el acompañamiento a morir dentro del contexto hospitalario.

2. Resultados y discusión

Los resultados presentados en la investigación se plantean a través de una serie de categorías, sustraídas y analizadas de la experiencia particular de cada uno de los participantes. La información obtenida del discurso expuesto por los informantes, permitió conocer como elemento principal, la experiencia de los psicólogos de la salud que acompañan a morir. Por tanto, la distribución está compuesta por seis categorías principales, que fueron denominadas como: a) La muerte, b) Acompañar a morir, c) Funciones del psicólogo de la salud, d) Desafíos en el acompañamiento, e) Propósito de vida, y f) Trascendencia. Donde cada una de estas categorías, de igual modo, están conformadas por subcategorías (Figura 1).

Figura 1. Experiencia del psicólogo de la salud en el proceso de acompañar a morir



Fuente: elaborado por el autor

2.1. La muerte

Se concibe como una parte inherente a la vida que demarca el final de la vivencia de la persona, pudiendo proyectarse cada individuo según sus creencias en un plano espiritual o físico distinto al conocido.

Perspectiva biológica: La muerte es comprendida como una parte inherente de la vida, la cual da fin a la vivencia del individuo.

“Es una etapa final de ser humano en un plano como lo conocemos, que es esta vida, este periodo, este viaje que hacemos” (SP; L4/L5-P1) “Es como un cierre a la vivencia de esa persona” (LP; L9-P1).*

Perspectiva trascendental: Se vincula con las creencias presentes en los individuos acerca de la muerte, que le permiten proyectarse en un plano espiritual o físico distinto al conocido.

“Para mí es una transición, una transición a un plano diferente, en función de mi propia creencias, religiosas o espirituales” (SP; L1/L2-P1) “para mí la muerte es un proceso de transición que lleva a una transformación que efectivamente va más allá de la vida, pero no necesariamente es un fin, sino una*

transformación, a ver, somos energía, somos materia y la energía no se destruye, sino que se transforma” (PV; L5/L7-P1).

2.2. Acompañar a morir

Es un proceso que consiste en el acompañamiento y contacto psicológico de aquel paciente que está próximo a morir, priorizando las dimensiones que componen a ese ser humano, como la psicológica, biológica, social y la espiritual, aunado al manejo de la culpa, gestión emocional, y la adaptación de deseos y necesidades subyacentes del individuo, con el fin de que este pueda irse en paz. Destacando que, el psicólogo de la salud que efectuó el acompañamiento debe contar con competencias que le permitan un mayor abordaje y adaptación al consultante.

Descripción del proceso: Trata sobre el acompañamiento al paciente que debido a su enfermedad o por el cese progresivo de las funciones vitales, está próximo a morir, por tanto, el psicólogo de la salud involucra las distintas dimensiones del ser humano, el componente emocional, sus necesidades, deseos, y requerimientos para que este individuo pueda fallecer tranquilo en los términos que este establezca.

“Significa dar ese acompañamiento emocional y también físico, la parte biológica, psicológica, social y espiritual. Es como, acompañar al paciente dependiendo de la etapa en la que él esté llevando su proceso de morir” (LP; L10/L12-P2) “Es acompañarlo en este tránsito a que se vayan en paz, a que sientan que se están yendo en paz, que ya no hay deudas, que ya no hay resentimientos que pueda sentir, que cierran y dejan este mundo, dejan este plano tranquilos, y, sobre todo, que puedan ayudarlos a liberar esas cargas emocionales tan pesadas, tan profundas que, justamente en el momento de la hora de la muerte, se hacen manifiestas” (SP; L11/L16-P2).*

Competencias requeridas: Considera que, el psicólogo de la salud para llevar a cabo este proceso debe contar con experiencias clínicas previas en el contexto hospitalario, vinculado a los cuidados paliativos, los derechos de los pacientes moribundos, y la aceptación de la muerte. Aunado a presentar conocimientos sólidos respecto a la interrelación entre el sistema nervioso, inmunológico y la mente humana, así como con cursos, formaciones o inducciones acerca de patologías en particular que le permitan un mejor abordaje y adaptación al paciente, destacando que, es requerido una actualización continua por la evolución constante que se evidencia respecto a la enfermedad.

Del mismo modo, en función de la situación compleja que plantea el acompañamiento a morir, el psicólogo de la salud debe poseer habilidades de gestión emocional que le permitan regular sus propias emociones y las del paciente, buscando apoyo terapéutico de ser requerido. Así como, contar con la capacidad de trabajar en equipos interdisciplinarios, y de establecer una comunicación abierta a las necesidades y deseos del paciente, o incluso las demandas de la familia.

*"Bueno, yo empecé a adentrarme en todo lo que era la parte de psicología, en la psiconeuroinmunología, es toda parte de la conexión mente-cuerpo y todas las redes de comunicación a nivel sistémico del organismo, y todas las implicaciones que a nivel de salud había" (SP; L92/L95-P3)**
"Por supuesto, la escucha activa, la empatía, y la empatía desde el desde no ponerme necesariamente en tu lugar, pero sí reconocer que a pesar de que no estoy en tu lugar, yo te acompaño y te respeto esa emoción que puedes estar sintiendo, aunque sea la negación, también es comprender y respetar ese proceso, yo pienso que es muy necesario el área o el sustento como humano y la capacidad de saber trabajar bajo presión" (PV; L91/L95-P8).

2.3. Funciones del psicólogo de la salud

Se refiere a las distintas funciones que debe efectuar el psicólogo de la salud en el acompañamiento a morir, puesto que, el proceso implica un trabajo multidisciplinario con el personal de enfermería, doctores, así como, el contexto familiar del paciente, pese a ello, en primera instancia el psicólogo prioriza la adaptación del acompañamiento al cumplimiento de las necesidades y deseos del paciente, para que pueda morir de la manera en la que él quiera y con los términos que requiera. Por otro lado, el personal de enfermería y doctores pueden verse afectados debido al estrés que produce el contexto hospitalario y las situaciones complejas de los individuos que allí se encuentran, por este motivo, el psicólogo de la salud efectúa estrategias para reducir el estrés, así como, protocolos de auto-cuidado. Por último, en cuanto al contexto familiar, el profesional de la salud mental busca disminuir la angustia o estrés generado, a través de recursos de relajación, e inclusive si es requerido, lleva a cabo la elaboración del duelo por la pérdida de ese pariente.

Abordaje holístico del paciente: Implica las estrategias utilizadas por el psicólogo de la salud para abordar a sus pacientes próximos a morir, priorizando su emocionalidad, actividades para reducir el

estrés, preparación para ser ingresados en procedimientos quirúrgicos, el estilo de vida, el respeto a la dignidad, y los deseos manifiestos.

“Entonces, es acompañarlos en ese momento a eso ¿Qué significa el hecho de que ya tú sabes que vas a morir? ¿Cómo miras la muerte?, ¿Qué crees tú que te vas a encontrar frente a ese momento? Independientemente si son católicos o algo, o sea, no, yo trabajo con las creencias del paciente, obviamente. Pero, ¿qué crees tú que vas a encontrar?, ¿Cómo estás encarando la muerte? ¿Cómo la quieres encarar? O sea, eso también lo trabajamos” (SP; L54/L59-P2) “Siempre busco respetar la dignidad al paciente, cuando tiene un pañal y le resulta incómodo que lo vean, yo ayudo a taparlo, la temperatura si es muy fría o caliente, él no puede hacer muchas cosas por sí mismo cuando está a punto de morir, y esa parte es acompañar” (LP; L88/L91-P7).*

Abordaje al sistema familiar: Abarca la intervención efectuada con la familia del paciente próximo a morir, en la que se prioriza la exploración en cuanto a la información que poseen acerca del estado actual del paciente, y la aplicación de actividades de relajación para reducir la angustia y el estrés, generados por la situación adversa que enfrentan. Del mismo modo, se hace énfasis en la naturaleza del vínculo de ese familiar con el paciente, y si resulta un factor protector o perjudicial para él, con el objetivo de intervenir. Por último, es necesario destacar que el abordaje a los familiares no culmina, por lo general, con la partida del paciente, puesto que, existe la tendencia a acudir al psicólogo de la salud para disminuir la culpa y elaborar el duelo.

“Lo que se hace es primeros auxilios psicológicos, ahí se trata de contener la crisis que se genera en el momento y se le da cita de seguimiento para trabajarlo posteriormente, porque no es un paciente que se atiende allí y ya, que son los familiares, sino que se aborda en ese momento y luego se le da continuidad por consulta externa, bien, entonces allí si se hace el proceso de duelo, bien para ir cumpliendo con las distintas etapas del duelo y acompañar en el proceso de muerte, porque allí inicia todo el proceso como tal” (LO; L168/L173-P8) “los padres, por más que de pronto lo sepan o se lo imaginan o el médico se los dice, realmente hacer ese insight era uno de los procesos más difíciles como terapeuta” (PV; L80/L82-P8).*

Intervención al personal de enfermería: Comprende la implementación de actividades en el área de enfermería que permitan drenar, reducir el estrés, y disminuir el impacto emocional que producen las intervenciones con las personas próximas a morir, priorizando la expresión del malestar.

*“Realizo actividades en el área de enfermería durante veinte o veinticinco minutos, en el que hacemos dinámicas con bolsas o cualquier cosa que pueda ayudar a reducir el estrés, ya que ellas se agotan, y suelo preguntarles cómo están, cómo se sienten, como le va todo” (LP; L124/L127-P10)**
“Hay enfermeras que manejan la situación, sin embargo, hay algunas que son nuevas que cuando estamos afuera de las salas de enfermería, se escucha cómo le afectan las situaciones, y de repente se puede conversar un poco acerca de los acontecimientos que ocurren con esos familiares de los pacientes que ellas abordan, ya que la situación del paciente antes de morir, suele ser tranquilo, pero es su familia la que está muy atenta o alerta de que no caiga en agonía o vean que algo anda mal, y cuando incluso no ocurre nada de eso pueden sentirse mal por el hecho de ver al paciente así” (LP; L104/L110-P9).

Labor en conjunto con doctores: Se refiere al trabajo efectuado entre el psicólogo de la salud y el doctor, cuando su paciente está próximo a morir, puesto que, ambos especialistas deben estar en constante comunicación para evaluar los avances y pronóstico del paciente, fomentando el abordaje interdisciplinario, así como, la implementación de estrategias de auto-cuidado proporcionadas por el psicólogo de la salud para los doctores que permiten reducir el estrés y el agotamiento.

*“Afortunadamente, todo ahorita está evolucionando para que sea una medicina integrativa, ¿sí? multidisciplinaria, donde hay el enfoque del médico tratante, médico principal, es donde está el nutricionista, donde está el fisioterapeuta porque muchos requieren de fisioterapia, donde está el psicólogo, donde incluso hay el psiquiatra porque a veces uno tiene que también repetir a un psiquiatra o tener la colaboración y el apoyo también de un psiquiatra” (SP; L286/L291-P7)**

“Los doctores suelen estar súper full, pero cuando se hacen actividades con ambos se nota la diferencia, siempre me pongo a la orden de ellos, y no he tenido ningún inconveniente hasta el momento, al menos yo me he podido complementar muy bien con ellos, por y para el paciente” (LP; L129/L132-P10).

2.4. Desafíos en el acompañamiento

Abarca los distintos elementos que pudiesen perjudicar a las personas involucradas en el proceso de acompañar a morir, tanto al psicólogo de la salud como al paciente, puesto que, existe la posibilidad de que se produzcan complicaciones por pensamientos negativos vinculados con: la muerte repentina de la persona moribunda, dificultades para mantener la objetividad provocadas por el involucramiento del psicólogo de la salud, de manera personal durante el abordaje, lo cual puede deberse principalmente a la identificación de características similares del individuo próximo a morir con sujetos significativos para él. Del mismo modo, la represión emocional es otro de los elementos que, en algunos casos, puede afectar al psicólogo de la salud, ya que puede optar por conservar para sí mismo el malestar o movimiento interno que produce el acompañar a morir a una persona, pudiendo ser una de las razones los estigmas sociales que promueven la omisión del tema.

A su vez, se debe considerar la actitud del paciente ante el acompañamiento a morir, puesto que, si el psicólogo de la salud se involucra con el paciente, principalmente en el área infantil, sin encuentros previos en el transcurso de su enfermedad, se podría generar negación, resistencia e inclusive rechazo para que el profesional de la salud mental pueda realizar el abordaje, por último, es de suma importancia el contexto hospitalario en el que el psicólogo de la salud está inmerso, ya que, de allí se pudiesen producir complicaciones como niveles de estrés elevados debido a las exigencias de áreas en particular de la institución a la que el psicólogo pertenece.

Ansiedad anticipatoria: Incluye los pensamientos que se producen en el psicólogo de la salud vinculados con la idea repentina de que pudiese haber muerto el paciente, y el impacto de la defunción en su contexto familiar.

“Los pensamientos que me llegan es que, en cualquier momento me llamarán y me dirán que murió tal persona, que la mamá puede estar muy aprehensiva y todo eso” (LP; L68/L70-P5) “Al principio los pensamientos que se me generaron fueron de preocupación por esos familiares que quedan acá en la tierra, un poco de nostalgia, pero ya luego, a medida que yo también me permitía empaparme del proceso del duelo, esos pensamientos fueron cambiando a más aceptación y comprensión de la muerte” (LO; L113/116-P5).*

Dificultades para mantener la objetividad: Se relaciona con los desafíos que se pudiesen presentar en el psicólogo, debido a la poca preparación para realizar el abordaje, el involucramiento personal con el paciente y su familia, y dificultades para mantener la objetividad profesional durante el acompañamiento. Destacando que, el psicólogo de la salud podría vincular al paciente próximo a morir debido a sus características con personas significativas para él, influyendo en la percepción y procedimientos que se llevarán a cabo con ese individuo que se encuentra al final de su vida.

*“La dificultad sería si el profesional no está preparado, si se mete en la vida del paciente o de o la familia, y hace una relación que no sea profesional, allí puede haber una situación difícil, en caso de que se involucre y no lleve el proceso como debe ser, manteniendo la objetividad” (LP; L48/L51-P4) **
“La niña tenía la misma edad de la mía y yo estaba pasando por procesos similares de posibles separaciones y entonces fue como, proyectarme” (HC; L73/L75).

Represión emocional: Se refiere al mecanismo que implica ocultar e inclusive enmascarar emociones, durante los acompañamientos a morir, donde el psicólogo de la salud pudiese presentar dificultades para hablar acerca de la vivencia, debido a los estigmas que giran en torno a la muerte, y que promueven el silencio del final de la vida, así como, por las demandas propias del contexto hospitalario que imposibilitan la interiorización de las sensaciones agradables y desagradables, lo cual produce tristeza e inclusive frustración.

“Yo jamás había hablado de esto, aunque me he sentido bien, tocando la heridita allí a flor de piel” (LP; L133/L134-P11) “Donde prácticamente no hay un espacio para el dolor” (LO; L20-P2)**

La enfermedad del paciente: Considera las complicaciones que se pueden manifestar en el acompañamiento a morir si el consultante presenta una enfermedad en estado avanzado o no, que genere desorientación o desconexión de distintas áreas del funcionamiento a nivel sensorial, interfiriendo la comunicación de manera directa con el psicólogo de la salud.

*“Dependiendo de la enfermedad puede hacer que el paciente tenga desorientación, se desconecte de distintas áreas del funcionamiento orgánico, ya sea auditivo, visión, lenguaje, y dependiendo del grado de evolución de la enfermedad que este paciente lleve, puede permitirme a mí un mayor abordaje o no” (LO; L80/L83-P4)**

La actitud del paciente: Se refiere al rechazo o aceptación del paciente en cuanto a ser acompañado a morir, puesto que, dependiendo de las experiencias previas que haya tenido con el psicólogo de la salud en el transcurso de su enfermedad, pudiesen o no presentarse dificultades como la negación, resistencia o el rechazo.

*“Yo creo que sí es importante que cuando tú vas a acompañar a final de vida, también estés antes de ese proceso paliativo, sea un acompañamiento psicológico previo antes de que la persona llegue a los cuidados paliativos, por ejemplo, te puedo decir que de pronto los pacientes que más fluían en ese último momento eran los que comenzaron la inducción de la enfermedad en abordaje psicológico con mí, pero obviamente de pronto los que me iban conociendo no fluían de la misma forma” (PV; L31/L36-P4)**
“De repente te puede decir, bueno mira, quiero o ya hablé con mis sacerdotes, por ejemplo, o tú puedes decirles, miren, no, que ya yo les conozco, ya yo me confesé, ya estoy tranquilo, ah, perfecto. claro. ¿ves? Pero estoy aquí, si lo necesitan, estoy aquí, tú no hasta ahí, o sea, uno sabe uno que hasta ahí está, ese es el límite, pues” (SP; L158/L162-P4).

Contexto hospitalario: Involucra la implementación de diferentes procedimientos que son efectuados por el psicólogo de la salud durante el acompañamiento a morir de su paciente, en función de las demandas de la institución médica a la que pertenezca, y según las distintas áreas de abordaje que pueda tener en el hospital, lo cual pudiese generar estrés en el profesional de la salud por las exigencias inmediatas de áreas en particular como la sala de emergencias, la unidad de cuidados intensivos u otras.

*“Bien porque allí (sala de emergencias) fallece la persona y es el corre, corre, es buscar los papeles, la copia de cédula, esto, reúne, llévalo a la morgue, busca una sábana, toma, quita tus pertenencias” (LO; L20/L22-P2)** *“Porque allí (área de hospitalización) no hay un apuro de mira, tienes que mover el cuerpo porque necesitamos la cama, porque va a entrar otro paciente, allí se permite un espacio de tiempo significativo, incluso se permite el acceso a los familiares, bien como para que se despida del niño, reciben las condolencias del personal” (LO; L40/L43-P2).*

2.5. Propósito de vida

Incluye aspectos intrínsecos de la personalidad del psicólogo de la salud que lo motivan a querer efectuar el acompañamiento a morir, relacionado con las sensaciones agradables producidas al ayudar,

observar la unión familiar en situaciones complejas, y la utilidad que proporciona el profesional de la salud mental en el contexto hospitalario, destacando que, este impulso en el comportamiento del psicólogo durante el abordaje pueden ser explicado por vivencias significativas las cuales transformaron su percepción acerca de la muerte.

Satisfacción: Abarca los motivos que generan una sensación agradable en el psicólogo de la salud al acompañar a morir, tales como el gusto al ayudar, el interés por la unión familiar, y la utilidad en el contexto hospitalario.

"Muchas personas preguntan cómo me puedo trabajar de esto, con el sufrimiento tan fuerte de las personas, pero de verdad que lo hago por ayudar por ser útil en el hospital y para esa persona, así como su familia, más allá de la técnica, es lo humano, el ser humano" (LP; L150/L153-P11) "Nuestra labor y vocación tienen mucho que ver con la visión que tengamos a la vida" (HC; L120-P9)* "Me encanta, bien, me gusta mucho, ya tengo más de diez años dentro de las actividades intrahospitalarias y es algo que yo disfruto mucho" (LO; L51/L52-P3).*

Vivencias impulsoras: Contiene las vivencias significativas de los psicólogos de la salud que motivan o explican las razones por las que acompañan a morir, desde una perspectiva humana e inclusive científica.

"Vi que trabajando que los problemas de salud muchas veces no eran abordados desde el punto de vista psicológico, no se preparaba un paciente para una operación, cualquiera que fuera una operación, o si tenía un accidente o algo, no se manejaba la parte emocional, si era un paciente hospitalario tampoco se estaba trabajando esos aspectos, sino únicamente la parte física, y sabiendo que la salud es algo integral, es la parte no solamente física, la parte biológica, la parte psicológica, sino también espiritual" (SP; L85/L91-P3) "Fíjate que yo soy voluntaria en el hospital desde que tenía quince años, y tengo treinta, o sea tengo media vida siendo voluntariada del hospital, antes de estudiar psicología, de todo" (HC; L20/L21-P3)* "Yo decidí acercarme a esa, a esa área, porque es un área de mucha vulnerabilidad y es un punto detonante para la vida de la persona, de una carga muy significativa porque por un mal proceso de duelo se pueden desarrollar múltiples trastornos" (LO; L68/L71-P3)**

“Porque comprender lo que lleva a un ser humano a manejar los procesos de duelo, tiene que ver con tu propia vida y con tus procesos de duelo” (YP; L88/L89-P2).

2.6. Trascendencia

Subyace del análisis y reflexión acerca de la experiencia en la que estuvo involucrada el psicólogo de la salud acompañando a morir, generando un cambio en cuanto a la manera de vivir, debido a las circunstancias complejas en la que ambos seres humanos se encuentran, y que le permiten establecer una conexión con algo más grande que sí mismos.

“Con el paciente todo es un aprendizaje, lamentablemente ese sufrimiento que yo he visto en ellos, esas reacciones con sus familiares al momento de ver que su ser querido se va, me ha dado enseñanzas” (LP; L138/L140-P11) “Para mí la manera en la que te enseñan los niños no hay” (HC; L34/L35-P3) * “Entonces, eso también un poco es como, si yo estoy encarando esto, estoy acompañando a las personas a esto, ¿de qué manera yo quiero tener mi vida? ¿Y cómo yo quisiera tener también mi muerte? O sea, ¿cómo quisiera morir yo?, ¿Ves?, ¿De qué manera? O sea, yo también me quisiera ir en paz. Entonces, si eso es lo que yo quiero, ¿qué tengo que ir haciendo mientras estoy viva?” (SP; L175/L179-P5)* “Entonces, ¿qué fue para mí ese acompañamiento? fue un proceso tanto de que ellos evolucionaban y yo también evolucionaba como persona en todas las áreas de la vida, o sea, no solamente en lo laboral sino en lo personal” (PV; L16/L19-P2)* “Porque me ha permitido también a mí experimentar la muerte desde aspectos significativos, bien, no como desde aspectos del dolor” (LO; L242/L244-P11) * “Aprendí mucho, parece mentira, pero, como se crece a través del dolor” (YP; L409-P2).*

De acuerdo con la información presentada anteriormente, la experiencia del psicólogo de la salud al acompañar a morir, está influenciada por múltiples factores implicados durante la vivencia con aquella persona que se encuentra al final de la vida, entre los cuales se involucran aspectos intrínsecos como el propósito de vida, la satisfacción al ayudar, y la trascendencia que producen los abordajes a través de su reflexión, así como, la ansiedad, la frustración, y las complicaciones manifiestas en el psicólogo, cuando identifica similitudes en el paciente con personas significativas para él, lo cual genera un cambio en la percepción del individuo moribundo, e influye, en algunos casos, en las emociones del profesional de la salud mental. Del mismo modo, se destacan aspectos extrínsecos que se interrelacionan con la

experiencia del psicólogo de la salud al realizar el acompañamiento, entre los cuales se menciona el abordaje al sistema familiar, el trabajo multidisciplinario, y las circunstancias de la institución hospitalaria a la que se pertenece, como elementos que tienden a influir de manera positiva o negativa en el acompañamiento a morir efectuado por el profesional de la salud mental.

A manera de discusión, por medio de las entrevistas realizadas se pudo evidenciar que, los informantes, psicólogos de la salud, conciben el acompañamiento a morir, como un proceso focalizado en la presencia y contacto psicológico con el paciente, en el que se consideran las dimensiones que componen al ser humano, como: la biológica, psicológica, social y espiritual, donde se prioriza el manejo de la culpa, la gestión emocional, y la adaptación de deseos y necesidades propias de la persona, con el fin de que este pueda irse en paz, se pueda conocer qué pensaba, sentía y se expresara sobre su deceso. Destacando que, abordan de manera holística al consultante, el sistema familiar, e inclusive los enfermeros y doctores involucrados directamente durante el proceso; lo cual guarda relación con la investigación realizada por Kübler-Ross (1969), donde en sus aportes enfatizaban el abordaje en función del acoplamiento de los requerimientos que el individuo establezca, para que pueda hablar sobre su fallecimiento y logre marcharse bajo las condiciones que este desea, además, la autora acotaba que, el acompañamiento, proviene de no expropiarle la despedida al paciente por las dificultades socioculturales para hablar sobre la muerte, lo cual se evidenció durante la investigación debido a que algunos informantes afirmaron no haber hablado sobre su labor en el contexto hospitalario y su cercanía a la muerte con terceros, como familiares y amigos, debido a la poca deseabilidad social respecto al tema, fenómeno que se manifiesta, de igual forma, con los familiares del paciente próximo a morir, y que no cuentan ocasionalmente con recursos para hablar sobre ello cuando identifican su estado de gravedad, por lo que el psicólogo en este caso, también aborda al sistema parental para propiciar una comunicación abierta y honesta, y mejores condiciones para el cierre de la vivencia de su ser querido, evitando los conflictos por distintos intereses o problemáticas del pasado.

En el mismo orden de ideas, los aportes realizados por Bowlby (1993) durante su investigación sobre el apego y la pérdida, denotaron la relevancia de los vínculos significativos como los familiares, cuando las personas experimentan situaciones de peligro, de modo que, en los procesos de acompañar a morir, se demostró a través del discurso de los informantes, que, los parientes o allegados resultaron

siendo un factor protector para ese individuo que enfrentaba una situación tan adversa como el fin de su vitalidad, por lo general, pudiendo generar seguridad emocional, confort y compañía en el paciente, siendo inclusive un apoyo para el psicólogo que realiza el abordaje, pese a ello, en algunas circunstancias el contexto familiar puede resultar un factor de riesgo, puesto que, puede haber conflictos con el paciente moribundo que interfirieran en las condiciones de tranquilidad que espera proporcionar el psicólogo de la salud. Cabe destacar que, el trabajo del profesional de la salud mental no se limita hasta el deceso del ser querido, sino que se aborda el proceso de duelo una vez haya partido el familiar, con el objetivo de elaborar y propiciar la integración de la pérdida.

Por otra parte, entre las funciones del psicólogo de la salud, no solo se encuentra el abordaje dirigido al paciente y el contexto familiar, también se involucra la intervención al personal de enfermería y el trabajo en conjunto con los doctores, puesto que, los profesionales se encuentran inmersos en un contexto hospitalario, donde el trabajo multidisciplinario es fundamental para brindar la atención requerida al consultante, desde una perspectiva integral de la salud. Por tanto, mediante las verbalizaciones sustraídas de los informantes, destacaron que, las enfermeras tienden a presentar dificultades cuando se trabaja con un paciente moribundo, debido a que suele producirse un impacto emocional notorio, motivo por el que el psicólogo realiza entrenamientos dirigidos a reducir el estrés, gestionar emociones y priorizar la expresión del malestar, mientras que, en el caso de los doctores, ejecutan estrategias de autocuidado que permitan disminuir el agotamiento producido durante sus jornadas laborales, lo cual puede vincularse con los aportes de Pérez y Cinabal (2016) quienes entre sus hallazgos, resaltaron la existencia de alteraciones socioemocionales al brindar cuidados a pacientes en fase terminal, específicamente en el personal de enfermería, lo cual puede originarse por el afrontamiento cultural de la muerte, el contexto hospitalario al que pertenecen, e inclusive las divergencias entre la actuación profesional y personal.

Asimismo, el psicólogo en el contexto hospitalario que acompaña a morir, puede verse afectado por distintos desafíos, entre ellos, en primera instancia, se menciona la ansiedad anticipatoria, la cual se vincula con la manifestación repentina de pensamientos acerca de la muerte del paciente moribundo e inclusive el impacto de la defunción en su contexto familiar, planteamiento que le produce angustia y sensaciones desagradables al profesional de la salud mental. Por otra parte, se destacan las dificultades

para mantener la objetividad en el acompañamiento por parte del psicólogo, en el que pudiese vincular al paciente próximo a morir debido a sus características, con personas significativas para él, lo cual puede implicar una carga emocional complicada de gestionar, así como síntomas somáticos, ya que se proyecta en el paciente, un familiar que murió con una condición similar, un allegado que preferiría el psicólogo que no pasará por una situación parecida, entre otras circunstancias que se vinculan con las vivencias de la persona que realiza el abordaje, estableciendo un contacto con la vulnerabilidad del especialista respecto a su pasado. Esto último, concuerda con los aportes realizados por Avendaño (2020), investigación en la que pudo denotar la manifestación de elementos contratransferenciales como consecuencia del abordaje a pacientes con una enfermedad terminal, ocasionando malestar emocional y físico.

En el mismo orden de ideas, a través de los resultados, se pudo evidenciar la tendencia del psicólogo al acompañar a morir, de reprimir sus emociones, lo cual puede ser ocasionado por el contexto hospitalario y las múltiples actividades que deben realizar entre los distintos pacientes, no pudiendo detenerse a interiorizar las sensaciones agradables o desagradables que se generan por las ocupaciones o demandas que se presentan, y a las cuales deben responder, así como, por los diversos estigmas que rodean la muerte, y que promueven el silencio al final de la vida, destacando que, no interrumpe el proceso de acompañar a morir y la atención digna del individuo que la requiere, pero si afecta al psicólogo para expresarse respecto a la vivencia con terceros o allegados, ya que no es un tema socialmente deseable, lo cual coincide con los hallazgos de Navarro (2006) acerca de la predisposición de la sociedad para conversar respecto a la muerte, ya que es evadida, negada e inclusive interpretada como inaceptable.

De igual forma, los últimos desafíos que se le pueden presentar al psicólogo de la salud, radican de su paciente, puesto que, en algunas circunstancias puede generarse resistencia para aceptar el abordaje propuesto por el profesional de la salud mental, en especial cuando no se han tenido experiencias previas entre ambos seres humanos por áreas como hospitalización, y al no tener un trabajo previo, resulta mucho más complejo conformar la alianza terapéutica, así como, es necesario considerar si el consultante presenta una patología que genera desorientación o desconexión de distintas áreas del funcionamiento a nivel sensorial, interfiriendo en la comunicación y en la expresión de esos deseos y necesidades que se requieren para el buen morir.

Ahora bien, en cuanto a las competencias que debe presentar el psicólogo de la salud para acompañar a morir, Kübler-Ross (1969) enfatiza la capacidad de estar presente, de escuchar activamente, de proveer una comunicación honesta y abierta, proporcionar apoyo emocional, el respeto a la autonomía y el cuidado personal del acompañante, como habilidades que debe poseer el psicólogo de la salud durante el proceso de muerte. No obstante, en función de los resultados obtenidos, también se pueden incluir dentro de esas competencias la adquisición de conocimientos respecto a la interrelación entre el sistema nervioso, inmunológico y la mente humana, desde la perspectiva de la psiconeuroinmunología, puesto que, esta disciplina ofrece una comprensión de cómo los factores psicológicos, como el estrés y las emociones, pueden influir en la función inmunológica y la salud en general, además de, contar con formaciones o inducciones acerca de patologías en particular que le permitan un mejor abordaje y adaptación al paciente, ya que al incluirlos se proporcionará un mayor control acerca de la situación actual y pronóstico del individuo, considerando la interacción entre los sistemas biológicos y psicológicos.

Por último, en relación a los aportes efectuados por Bluecher (2021), sobre las pérdidas necesarias e innecesarias, el psicólogo de la salud al acompañar a morir, obtiene una experiencia valiosa y dolorosa subyacente del fallecimiento de su paciente, lo cual puede producir agotamiento, ansiedad e inclusive tristeza, sin embargo, la autora remarca la importancia de incorporar la vivencia al bagaje experiencial y clínico profesional, circunstancias que se propiciaron con los informantes que participaron durante la investigación, puesto que, en su totalidad, hicieron énfasis en las enseñanzas que le proporcionaban los pacientes moribundos, refiriendo ser los grandes maestros, que, contribuyeron en el proceso de resignificación en cuanto a su propia concepción de la muerte, e inclusive de la vida, partiendo del análisis y reflexión acerca de la vivencia en la que estuvieron involucrados ambos seres humanos, y que le permitieron a los psicólogos establecer una conexión con algo más grande que sí mismos, de trascender, de evolucionar como persona en las distintas áreas de su vida.

Consideraciones finales

La experiencia del psicólogo de la salud en el proceso de acompañar a morir, revela una compleja interacción de múltiples factores subyacentes del profesional de la salud mental, entre ellos, se ha

desentrañado la concepción de la muerte como un fenómeno dual, el cual está arraigado en perspectivas biológicas como transcendentales, que, moldean significativamente la práctica del psicólogo al momento de acoplarse al marco referencial de su consultante, permitiendo proyectarse a sí mismos o al paciente, en un plano espiritual o físico distinto al conocido, y que le proporciona la oportunidad de navegar las necesidades tangibles de la persona moribunda, mientras ahonda en sus creencias y valores más profundos.

A su vez, el acompañamiento a morir trata de un proceso holístico que involucra la totalidad del ser humano, donde se integran dimensiones como, la psicológica, la social, la biológica y la espiritual, enfatizando esta última como esencial para facilitar una transición pacífica respecto a la muerte, destacando que, esto exige del psicólogo una gama de competencias especializadas que parten desde la gestión emocional, el conocimiento teórico, la experiencia clínica, y la colaboración interdisciplinaria. Del mismo modo, las funciones del profesional se despliegan en múltiples demandas, abarcando el cuidado directo del paciente, el abordaje al sistema familiar, y la intervención respecto al personal médico, destacando la gestión emocional, la disminución del estrés, y la promoción del autocuidado como pilares fundamentales de su labor.

Por otra parte, el acompañamiento a morir presenta desafíos significativos para el psicólogo de la salud, entre los cuales se encuentra, la ansiedad anticipatoria respecto a la muerte del paciente, las dificultades para mantener la objetividad generadas por la relación que pudiese establecer el profesional de la salud mental, entre una persona significativa para él y su consultante, lo cual produce malestar e interfiere para llevar a cabo el abordaje, así como, la represión emocional presente por las demandas constantes del contexto hospitalario que, imposibilitan la interiorización de experiencias desagradables, no obstante, este mecanismo resulta útil y funcional durante el acompañamiento in situ, pese a ello, debe ser monitoreado y gestionado a fin de evitar un impacto negativo en la salud mental y física del profesional; y por último, el paciente, considerando en primera instancia, la enfermedad, como elemento determinante para poder efectuar el proceso, debido a que, en algunos casos la enfermedad en estados avanzados pueden generar desorientación o desconexión de áreas del funcionamiento a nivel sensorial, interfiriendo directamente en la comunicación, además de, la actitud que posee el consultante que se encuentre con sus funciones conservadas, ya que puede manifestarse rechazo o aceptación al ser

abordado por el psicólogo, aunque, esto varía en función de las experiencias previas que haya tenido el paciente con el profesional de la salud mental, con anterioridad, durante el transcurso de su enfermedad.

Pese a las adversidades manifiestas en el acompañamiento, el proceso revela una fuente de profundo significado para el psicólogo que lo efectúa, donde la motivación que impulsa al profesional de la salud mental, subyace de la satisfacción intrínseca de percibir la disminución del sufrimiento del paciente moribundo, aunado a la observación de la fortaleza y unión de los lazos familiares en situaciones complicadas, así como, en la percepción de utilidad que concibe el psicólogo dentro del contexto hospitalario, destacando que, estas motivaciones pueden ser influenciadas por vivencias personales significativas relacionadas con la muerte, las cuales permiten una perspectiva del final de la vida distinta, puesto que, el acompañamiento se convierte en un camino de aprendizaje mutuo, donde el psicólogo al presenciar la vulnerabilidad y resiliencia del paciente, conecta con una dimensión trascendente de la existencia, por tanto, el acompañamiento a morir no solo enriquece su comprensión de la vida y la muerte, sino que también provoca una reevaluación de las prioridades propias del psicólogo, generando cambios en su manera de vivir y de concebir la finitud humana.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos, se recomienda realizar una investigación donde se pueda comparar las experiencias del psicólogo que trabaja en el acompañamiento a morir con diferentes poblaciones, ya sea niños, adultos mayores o inclusive individuos con enfermedades en específico, puesto que, la particularidad y cualidades de la persona moribunda resulta como un factor que puede influir de diferentes maneras en la experiencia del profesional de la salud mental. Del mismo modo, se sugiere fomentar la investigación interdisciplinaria que involucre a psicólogos, médicos, enfermeros, y otros profesionales de la salud, para comprender con mayor profundidad la complejidad del acompañamiento a morir y su repercusión desde múltiples perspectivas, permitiendo obtener una visión más holística del proceso.

A su vez, se propone involucrar a informantes masculinos en próximas investigaciones para comprender con mayor profundidad la experiencia durante el acompañamiento a morir, permitiendo aumentar significativamente la comprensión de este fenómeno complejo, partiendo desde las semejanzas y diferencias manifiestas con la población femenina, y, por último, se plantea a raíz de los resultados obtenidos en la investigación, establecer entrenamientos específicos dirigidos a los psicólogos de la salud

que deseen formarse en el área, debido a la complejidad emocional y existencial del proceso, la necesidad de habilidades de comunicación y manejo del dolor especializadas, y las consideraciones éticas y de autocuidado requeridas al abordar a una persona que se encuentra al final de su vida.

Referencias

- Avendaño, S. (2020) *Vivencias del psicólogo en la intervención con pacientes terminales*. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/757>
- Bowlby, J. (1983) *La Perdida: El Apego y la Perdida* III. Ediciones Paidós.
- Bluecher, S. (2021) Pérdidas necesarias e innecesarias: el duelo del analista. Clínica e investigación relacional. *Revista electrónica de psicoterapia*. Vol. 15 (1). <https://tinyurl.com/bdhkzx8m>
- Dewey, J. (1967). *Experiencia y Educación*. Losada.
- Esparza, M., Gallegos, F., Morales, P., Rodríguez, M., Plascencia, J. y Altamira, R. (2021) *Experiencia vivida de Enfermeras al cuidado del adulto mayor en proceso de cronicidad-muerte*. Ene, 15(3). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2021000300004&lng=es&tlng=e
- González, I. y López, L. (2013) *Proceso de duelo, estrategias de afrontamiento y resiliencia en adultos ante la muerte de un ser querido*. Trabajo especial de grado. Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo. Venezuela.
- González, M. y García, A. (2019) *Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión*. (2), 1321. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200001&lng=es&tlng=es
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y el morir*. Ediciones Gualbo.
- Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia. *Revista de Educación y Pedagogía*, 18. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeyp/article/view/19065>
- Matarazzo, J. (1982). *Comportamiento saludable: Un manual de mejora de la salud y prevención de enfermedades*. Wiley.
- Moreta, P. (2022). *El profesional de enfermería y el manejo del duelo en pacientes oncológicos en fase terminal*. Universidad técnica de Ambato. <https://tinyurl.com/9tsasbwz>
- Navarro, M. (2006). La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir. *Información psicológica*, (80) 12-21. <https://www.informacionpsicologica.info/revista/article/view/297>
- Pérez, M. y Cibanal L. (2016) Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Revista Cuidarte*. 7(1): 1210-8. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>

Declaración de conflicto de interés y originalidad

Conforme a lo estipulado en el *Código de ética y buenas prácticas* publicado en **Perspectivas. Revista de Historia, Geografía, Arte y Cultura**, el autor: **Pachano Piñero, Héctor David**, declara al Comité Editorial que no tiene situaciones que representen conflicto de interés real, potencial o evidente, de carácter académico, financiero, intelectual o con derechos de propiedad intelectual relacionados con el contenido del manuscrito del artículo: ***Experiencia del psicólogo de la salud en el proceso de acompañar a morir***, en relación con su publicación. De igual manera, declara que este trabajo es original, no ha sido publicado parcial ni totalmente en otro medio de difusión, no se utilizaron ideas, formulaciones, citas o ilustraciones diversas, extraídas de distintas fuentes, sin mencionar de forma clara y estricta su origen y sin ser referenciadas debidamente en la bibliografía correspondiente. El autor consiente que el Comité Editorial aplique cualquier sistema de detección de plagio para verificar su originalidad.