



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Duelo desautorizado y fatiga por compasión en personal de enfermería de hemodiálisis: estudio mixto

TESIS PRESENTADA POR

Vasti Merab Cruz Cancino

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Judith López Peñaloza (Asesora)

Doctora en Psicología

María Elena Rivera Heredia

Doctora en Psicología

Venice Chávez Valencia

Maestro en Ciencias de la Salud

REVISORES

Erwin Rogelio Villuendas González

Doctor en Ciencia del Comportamiento

Adriana Marcela Meza Calleja

Doctora en Psicología

MORELIA, MICH., FEBRERO DE 2020



AGRADECIMIENTOS

A la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por brindarme la oportunidad de cursar esta maestría llena de aprendizajes invaluable para mí.

A la Dra. Judith López Peñaloza, por haberme guiado durante el desarrollo de este trabajo de investigación, por su amabilidad, su generosa comprensión y la motivación en cada paso.

A la Dra. María Elena Rivera Heredia y al Dr. Venice Chávez Valencia por su atención, su disposición y puntuales aportaciones al enriquecimiento de este trabajo de investigación.

A los profesionales de enfermería que accedieron a participar en esta investigación por su accesibilidad y su colaboración, sin sus vivencias y experiencias este trabajo no hubiera sido posible.

A mi familia, por su generosidad al aceptar este reto junto a mí, por su soporte y contención, este esfuerzo también es parte de cada uno de ustedes.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN.....	9
CONTEXTOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	13
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y HEMODIÁLISIS	13
ÁMBITO PSICOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	15
DUELO Y PÉRDIDAS EN LA ERC.....	16
ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN HEMODIÁLISIS	19
ENFERMERÍA MÁS QUE CONOCIMIENTOS TÉCNICOS	19
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD CRÓNICO TERMINAL	22
CUIDADOS DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS.....	24
LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE	26
DUELO EN PROFESIONALES; UN DUELO DESAUTORIZADO	28
EL DUELO ES UNA EXPERIENCIA UNIVERSAL ANTE LA PÉRDIDA	28
DUELO DESAUTORIZADO	30
APOYO SOCIAL Y FALLA EMPÁTICA	33
DUELO EN EL LUGAR DE TRABAJO.....	35
FATIGA POR COMPASIÓN-SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN	37
PROFESIONES DE AYUDA Y COMPASIÓN	37
CONSECUENCIAS DEL CUIDADO.....	38
FATIGA POR COMPASIÓN.....	39
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
OBJETIVOS	47
HIPÓTESIS Y SUPUESTOS	47
MÉTODO.....	48
DEFINICIÓN DE VARIABLES Y EJES TEMÁTICOS.....	49
PARTICIPANTES.....	52

INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS	52
PROCEDIMIENTO	53
ASPECTOS ÉTICOS.....	55
RESULTADOS	57
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	57
PRINCIPALES HALLAZGOS CUANTITATIVOS	58
PRINCIPALES HALLAZGOS CUALITATIVOS.....	62
DATOS ADICIONALES	77
DISCUSIÓN	78
CONCLUSIÓN	86
REFERENCIAS	88
ANEXOS	97
ANEXO 1.....	98
ANEXO 2.....	99
ANEXO 3.....	105
ANEXO 4.....	107
ANEXO 5.....	108
ÍNDICE DE FIGURAS.....	110
ÍNDICE DE TABLAS	111

RESUMEN

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo comprender la experiencia del personal de enfermería del servicio de hemodiálisis ante la muerte de los pacientes con insuficiencia renal crónico terminal, analizando la presencia o no de fatiga por compasión y de duelo, tanto de tipo autorizado como desautorizado, todo ello con la finalidad de discernir las necesidades de apoyo en salud mental para los profesionistas que trabajan con enfermedades terminales crónico-degenerativas como lo es la enfermedad renal crónico terminal. La muestra de participantes se conformó por 16 profesionales de enfermería, 14 de ellos mujeres y 2 hombres, todos ellos laboraban en una unidad de hemodiálisis del ámbito público o privado, en Morelia, México. Este estudio contó con una metodología mixta y un diseño paralelo y convergente; dentro de la parte cuantitativa se utilizó la Escala de apoyo en duelo en atención de salud, adaptada al español, la Escala ProQOL v-IV Cuestionario de fatiga de compasión y satisfacción tercera revisión, el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory y la Escala de empatía médica de Jefferson, en su versión en español. En la parte cualitativa los datos se recogieron a través de entrevistas semiestructuradas y a profundidad. A partir de las técnicas utilizadas se encontraron correlaciones entre la fatiga de compasión y el burnout, así como entre el reconocimiento de la relación y la satisfacción laboral. En relación con los hallazgos cualitativos se encontró que los participantes perciben su trabajo como una tarea técnica complementada con cuidado empático, la exposición al sufrimiento los lleva a brindar respuestas empáticas que van desde la escucha activa, hasta solventar algunas necesidades económicas; contribuir con el bienestar de los pacientes es una vía para satisfacción. Respecto al duelo se encontró que los participantes reconocen relaciones cercanas con algunos pacientes, sin embargo, no participan en rituales funerarios al no considerarse tan cercanos a los deudos, las personas de las que reciben apoyo son principalmente de sus compañeros de trabajo.

Palabras claves: duelo desautorizado, fatiga de compasión, enfermería, hemodiálisis, enfermedad renal

ABSTRACT

The main objective of this research work was to understand the experience of the nursing staff of the hemodialysis service about the death of patients with Chronic kidney disease. analyzing the presence or not of compassion fatigue and disenfranchised grief to discern the mental health support needs of professionals working with chronic terminal kidney disease. The sample of participants was conformed for 16 nursing professionals, 14 of them were female and 2 male, all of them worked in a hemodialysis unit in the public or private sector, in Morelia, Mexico. The research involved a mixed methodology and parallel and convergent design. For the quantitative part the Duel Support Scale in Health Care, adapted to Spanish, the ProQOL v-IV Scale of Compassion Fatigue and Satisfaction Third Review, the Maslach Burnout Inventory Questionnaire and the Jefferson Medical Empathy Scale, in its Spanish version, within the qualitative part, the data is collected through semi-structured and in-depth interviews. Based on the techniques used, correlations were found between compassion fatigue and burnout, as well as between recognition of the relationship and job satisfaction, in relation to qualitative findings, participants were found to perceive their work as a technical task that is complemented with empathic attention. exposure to suffering leads them to provide empathic responses that range from active listening to financial needs, contributing to the well-being of patients is a way to satisfaction. Regarding the grief it was found that the participants recognized a close relationship with some patients and grieving emotions caused about their deaths, however, do not participate in funeral rituals, granting the right for family members. It was found that his principal support net in front of the grief is his co-workers.

Keywords: disenfranchised grief, compassion fatigue, nursing, hemodialysis, kidney disease

INTRODUCCIÓN

En México, la enfermedad renal se encuentra dentro de las diez primeras causas de mortalidad (INEGI, 2017); de acuerdo con la secretaria de Salud en Michoacán, se estima que el 9 por ciento de la población la padece en alguna de sus cinco etapas (Secretaría de Salud, Michoacán, s/f), es por ello, que los servicios de salud enfrentan un gran desafío para brindar atención a este tipo de pacientes, sobre todo en quienes requieren alguna modalidad de tratamiento sustitutivo de la función renal, como la hemodiálisis.

Este problema de salud pública representa para las instituciones una fuerte demanda de recursos no solo económicos sino también humanos, debido a que la enfermedad renal suele tener impacto personal, familiar y social, la atención de estos pacientes requiere de un equipo multidisciplinar con la intención de abarcar los distintos aspectos del tratamiento, que van desde lo médico hasta lo social e incluso espiritual.

En la experiencia de los enfermos renales es común encontrar un historial de pérdidas constantes y duelos, que generalmente aumentan en las fases más avanzadas de la enfermedad; atraviesan por distintas situaciones en las que el deterioro de su condición física se transforma en miedos, dudas y angustias, *luchar por la vida* cobra un sentido fuertemente real y para ellos rendirse parece no ser una opción. A la par de las pérdidas también es común escuchar historias de superación y de resiliencia, mirada que muestra cómo los pacientes y sus familias se sobreponen a la adversidad y continúan en la vida.

Dentro de las unidades de hemodiálisis, los prestadores de servicios de salud que asumen mayor contacto con los pacientes son el personal de enfermería, quienes permanecen especialmente a su cuidado; esto los expone constantemente a la vulnerabilidad de la vida, ya que conocen de cerca las vivencias de sus pacientes, ante las que no pueden permanecer indiferentes y reaccionan de formas compasivas yendo en muchas ocasiones más allá de sus obligaciones estrictamente profesionales.

Saber curar y saber acompañar, es una combinación de ciencia y cariño, al paso del tiempo se aumenta el compromiso del enfermero con el enfermo, actitudes que no son enseñadas en las aulas y el aprendizaje formal, sino que más bien son aprendidas al lado de la persona que sufre o que fallece.

Dentro de este trabajo de investigación se abordaron algunas circunstancias que surgen de la interacción del personal de enfermería con los pacientes renales, en unidades de servicios de hemodiálisis, considerando que ejercer la enfermería en este contexto implica, para los profesionales algunos aspectos satisfactorios o favorecedores como también algunas consecuencias originadas al brindar cuidados constantes.

Cuidar a quienes padecen enfermedades crónicas resulta una experiencia diferente a ser cuidador de otro tipo de padecimientos, ya que el foco principal de la atención clínica deja de ser la recuperación del paciente, debido a que se sabe que este no mejorará, permitiendo ocuparse de otros aspectos. Cuidar a quienes experimentan pérdidas, sufrimiento y dolor, genera consecuencias que pueden afectar la salud psicológica de los profesionales de enfermería, aun cuando estos no sean plenamente conscientes de esta situación.

Aunque las personas con enfermedad renal crónica suelen apoyarse principalmente en un cuidador familiar, el equipo de salud suele ser un recurso que favorece la homeostasis del enfermo y su familia; el profesional de enfermería utiliza sus habilidades y competencias técnicas además de sus habilidades empáticas y de compasión para brindar atención al paciente.

Los equipos de atención sanitaria se enfrentan constantemente a situaciones de muerte y duelo relacionadas con sus pacientes; la forma en que el personal médico y de enfermería reaccionan ante estos eventos se ve acotada por las reglas para el duelo establecidas culturalmente y también por las reglas organizacionales en las instituciones de salud en el contexto mexicano.

Una de las intenciones al plantear el presente tema de investigación es poder explorar qué sucede con las emociones que el personal no reconoce abiertamente y que aún en su intimidad personal estas historias ocurren. Por las características de su actividad, el

personal de salud es una población altamente susceptible de presentar duelos desautorizados con las implicaciones que esto conlleva, por ejemplo: no se benefician de la participación en rituales y del apoyo social que sí se brindan a las personas en otras circunstancias de pérdida reconocidas socialmente.

Estas circunstancias favorecen el desgaste de los profesionales y la percepción de consecuencias negativas del trabajo aumenta, aunado a que la exposición al sufrimiento de otros puede propiciar la aparición de fatiga por compasión, común en las profesiones de servicio. La atención de personas en situaciones adversas en las que a menudo se encuentra en riesgo la vida puede ser experimentado como un estresor o una fuente de desgaste, mientras que contribuir al restablecimiento de un paciente también se experimenta como una de las más profundas motivaciones y una fuente de aliento para continuar ejerciendo su profesión.

Con estos datos de interés se llevó a cabo la presente investigación, a fin de dar cuenta de cómo estas vivencias se reflejan en la vida personal y profesional de los enfermeros de hemodiálisis y de las posibles implicaciones en su salud mental y las necesidades de cuidado y autocuidado del personal de enfermería de dicho servicio.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas son consideradas por la Organización Mundial de la Salud como una de las principales causas de muerte a nivel mundial (2014). Estas enfermedades no transmisibles se presentan con mayor incidencia en población mayor, sin embargo, esto no excluye a otros grupos, encontrándose un número importante de casos en la población joven e incluso infantil. Estas enfermedades poseen aspectos puramente biológicos, sin embargo, se sabe que pueden intervenir aspectos psicosociales tanto en el manejo como en el tratamiento y en algunos casos también en la etiología.

Los acercamientos al estudio de las enfermedades crónicas desde la Psicología han tenido diferentes enfoques, uno de ellos la psicología clínica y de la Salud desde donde se ha estudiado los efectos del diagnóstico, el apego a tratamiento, el impacto familiar, la resiliencia, la presencia de psicopatología, los recursos psicológicos, la sintomatología mayormente ansiosa y depresiva asociados a enfermedades crónicas.

Alrededor de las enfermedades crónicas el mayor interés han sido los propios pacientes, en algunos casos sus familias, destacando a los cuidadores primarios, quienes contribuyen de manera especial al afrontamiento de la enfermedad y el manejo de los tratamientos, sin embargo, el interés por el trabajo humano es decir, el de los profesionales de enfermería y médicos ha reflejado una falta de atención debido a que se ha priorizado el estudio de las implicaciones para el paciente crónico y las dimensiones del cuidado humano y las consecuencias para el profesional no han sido suficientemente indagadas.

Desde otro enfoque, el de la psicología ocupacional y del trabajo, los estudios en los profesionales de enfermería se han enfocado principalmente en el síndrome de desgaste, que se presenta con mayor frecuencia en profesionales de unidades de alta complejidad como son oncología, terapia intensiva o cuidados pediátricos, ya que en estos servicios el personal se encuentra expuesto a un alto nivel de estrés.

Las fuertes demandas de los servicios especializados afectan a la persona en su totalidad, de manera que no solo manifiesta problemas de salud físicos, sino también trae consecuencias psicoemocionales y mentales (Vega, et al, 2017). En referencia específica a las salas de hemodiálisis, se encuentran equipadas con alta tecnología específica para la realización del tratamiento que, por sus características de duración y frecuencia, exponen a los profesionales a un contacto prolongado con la fuente del desgaste.

Debido a que el cuidado es una dimensión que implica más que conocimientos técnicos, es de importancia adentrarse y conocer acerca de las vivencias y motivaciones que giran en torno a la actividad de enfermería, ya que finalmente impactan sobre la calidad de cuidados que los enfermos reciben, no solo porque el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, sino también en la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería que se traduce en un entorno de trabajo más favorecedor.

En Centro América y Sudamérica el síndrome de *burnout* en personal de enfermería se detecta con una frecuencia que va del 11.1% al 91.8%; en Cuba hay cifras que van del 7.7% al 79.7%, mientras que para México los indicadores van desde 12.8% al 50% (Castañeda y García, 2010). La presencia del síndrome de *burnout* impacta en la calidad de trabajo de los equipos de enfermería, quienes en ocasiones manifiestan sentimientos de desesperación y frustración que disminuyen el nivel de compromiso de los profesionales con las organizaciones (Maslach, 2001), este deterioro también se manifiesta en las relaciones con los pacientes e igualmente con los compañeros de trabajo, jefes y subordinados.

Un estudio realizado con médicos familiares, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la zona metropolitana de Guadalajara, México, concluyó que el Síndrome *burnout*, se presenta con mayor frecuencia en mujeres, mayores de 40 años, con hijos, con antigüedad laboral de 10 años, contratadas de manera definitiva. En este mismo estudio la frecuencia del síndrome de agotamiento fue de 41.6% (Castañeda y García, 2010).

Por otro lado, al hablar de los estudios del duelo en torno a las enfermedades crónicas, se han estudiado los efectos del duelo en las personas enfermas y sus familias, pero se

sabe relativamente poco acerca del duelo en los trabajadores y de cómo se maneja en el lugar de trabajo, más aún cuando la pérdida de un paciente es el origen del duelo, esta situación pone de manifiesto que las representaciones sociales respecto a los profesionales de la salud no incluyen su dimensión humana y de vulnerabilidad.

Se considera que el involucramiento excesivo de algunos profesionales en los problemas de salud de sus pacientes y compartir sus emociones, puede impedir la pertinencia de los juicios clínicos y de sus decisiones (Baños, 2007), por ello las manifestaciones de sentimientos asociados a los pacientes puede ser interpretado como una conducta poco ética y profesional y demeritar el desempeño clínico.

El duelo presentado por los profesionales ante la pérdida de sus pacientes podría tener características de duelo no reconocido, esta variable se ha explorado en personal médico, trabajadores de hospicios, profesores y cuidadores de animales, sin embargo, en la literatura no se encuentran estudios realizados en población mexicana y particularmente en personal de enfermería, siendo de interés explorar las reglas sociales que validan o desautorizan el duelo y cómo es esta vivencia para los profesionales.

La representación social de que el equipo médico no debe involucrarse emocionalmente con los pacientes favorece que los sentimientos generados en la relación profesional-paciente, no sean expresados ni atendidos, lo cual es un riesgo pues podría originar que el trabajo de duelo se complique. La importancia de reconocer y trabajar el duelo y las pérdidas radica en que la persona podría desarrollar conductas desadaptativas como falta de concentración, presencia de síntomas psicosomáticos, evitar situaciones o lugares que le recuerden a la persona perdida, por no ser conscientes de que hay un duelo no resuelto.

Existe una falta de atención a la forma en que la muerte del paciente afecta al personal de atención médica, la exposición constante frente al dolor y pérdida, junto con la restricción de los rituales y los beneficios de acompañamiento social, como el consuelo y las muestras de afecto, que siguen al duelo permitido, dejan de lado las emociones y sentimientos del personal. El duelo persistente puede contribuir al desarrollo de *burnout* en el personal de enfermería, ya que en sus circunstancias sociales y laborales hay

mayor facilidad para reconocer abiertamente la presencia de estrés y cansancio físico, mientras que las manifestaciones de sentimientos como dolor o pena suelen ser percibidas como disruptivas y signos de debilidad (Latbrop, 2017).

Conocer las vivencias de duelo, puede brindar orientación acerca de cómo una organización de salud puede capacitar mejor a los profesionales para enfrentar la muerte y el duelo; con ello posiblemente reducir los niveles de *burnout* o fatiga del personal y evitar la aparición de síntomas psicosomáticos; los conocimientos generados podrían brindar luz acerca de cómo atender las necesidades de salud mental de los profesionales de unidades de hemodiálisis y de cómo los jefes y coordinadores podrían apoyar y favorecer el trabajo de duelo.

El conocimiento podría ayudar a reducir la elevada carga emocional con la que tiene que lidiar los profesionales de enfermería y los demás miembros de las instituciones de salud. Si las necesidades de los profesionales en duelo son más ampliamente reconocidas, el abanico de reacciones ante la muerte se amplía y vivirlo en silencio deja de ser el único camino a la vez que las opciones de brindar apoyo y las personas podrían reestablecerse mejor a sus actividades laborales.

Podría beneficiar no solo a las instituciones sino también a los propios enfermeros quienes coloquen su mirada en las propias necesidades y en el autocuidado no solo físico sino también emocional. Y quizá llevar a la reflexión de los profesionales encargados de tomar decisiones sobre la curricular formativa de estos profesionales al incluir dentro de su educación formal el entrenamiento de habilidades de autogestión con relación al manejo del duelo y las reacciones empáticas hacia los pacientes.

Contextos de la Enfermedad Renal Crónica

Enfermedad renal crónica y Hemodiálisis

En la enfermedad renal (ER) el organismo pierde la función de los riñones, estos órganos se encargan de eliminar sustancias tóxicas de la sangre, contribuyendo al equilibrio ácido-base y al balance hidroelectrolítico, también participan en la secreción de hormonas como la eritropoyetina, renina y prostaglandinas (Venado, Moreno, Rodríguez y López, 2009), es por ello que las alteraciones en su funcionamiento comprometen todo el organismo.

La ER puede presentarse de forma aguda o crónica; para ser considerada crónica deben presentarse por al menos tres meses indicadores de filtrado glomerular (FG) menor a 60 ml/min/1.73 m² o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses (Secretaría de Salud México, 2014); se considera que la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es terminal cuando la pérdida de la función renal es irreversible, documentada como una tasa de FG <15 ml/min, como se muestra en la Tabla 1, que de acuerdo con la *National Kidney Foundation*, se encuentra en el estadio 5 de la enfermedad renal (K/DOQI, 2002).

Tabla 1. Estadios de la enfermedad Renal

Estadio	Descripción	FG (ml/min/1.73 m ²)
1	Daño renal con FG normal	>_90
2	Daño renal con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	<15

Fuente: National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Disponible en: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

La ERC se encuentra dentro las diez primeras causas de mortalidad en México (INEGI, 2017), hasta el año 2013 presentaba una incidencia de 124 casos por cada millón de usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encuentra mayormente en hombres y presenta morbilidad y mortalidad por causas infecciosas y cardiovasculares, además de las complicaciones que acompañan a las distintas modalidades de tratamiento (Méndez- Durán et al, 2016).

Con este panorama, la ERC se ha vuelto un problema de salud pública, que orilla a la persona que la padece y a su familia a modificar su cotidianeidad, ya que el tratamiento suele involucrar a más de una persona, a fin de afrontar la enfermedad y poner en juego distintas habilidades adaptativas.

El plan de acción recomendado para los pacientes en estadio 5 de la ER, es el tratamiento sustitutivo; de acuerdo con Treviño (2009) estas opciones son: la hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria, diálisis continua cíclica o automatizada y el trasplante renal; aunque este último representa mejores resultados para los pacientes las posibilidades de acceder a él aún son limitadas.

Las terapias dialíticas constituyen un soporte de vida para el paciente, sus implicaciones en recursos físicos y humanos hacen que el costo por cada sesión sea elevado y representan un enorme gasto para las familias o para las instituciones de salud; el IMSS reportó que sus gastos, sobre todo en la modalidad de subrogación, superan lo generado por los programas de atención a otras enfermedades como el cáncer de mama, cáncer cervicouterino y VIH (Méndez-Durán et al, 2016).

El tratamiento de hemodiálisis (HD) emplea una membrana dialítica externa sintética y un circuito sanguíneo extracorpóreo para llevar a cabo el procedimiento dialítico (Secretaría de Salud México, 2014), es considerado un tratamiento invasivo, suele ser demandante y compromete seriamente el aspecto físico de los pacientes (García, 2013) típicamente se realiza tres veces por semana con una duración de tres a cuatro horas por sesión (Treviño, 2009).

Debido a las particularidades del tratamiento y sus múltiples demandas, el paciente en hemodiálisis requiere ser auxiliado por un cuidador, quien le apoya en situaciones que van desde las más básicas como la alimentación hasta el apoyo emocional (Martínez, Grau y Rodríguez, 2017), las necesidades de estos pacientes incluyen también las relacionadas a las áreas psicosociales.

Esas características contribuyen a que los pacientes sientan que han perdido el control de su vida (Moya, 2017) por lo que con frecuencia los pacientes han tenido que abandonar sus empleos y sus actividades escolares, lo cual impacta psicológicamente, al añadir estas pérdidas a la condición de salud.

El aumento en el número de enfermos renales ha llevado a la necesidad de contar con profesionales especializados en este tipo de enfermedades y tratamientos, la sobrevivencia de los pacientes también ha mejorado, aumentando la esperanza de vida en los pacientes, llevando a que su permanencia dentro de los centros de salud aumente, y esto a su vez genera una forma particular en la que el personal se relaciona con los enfermos y sus familias.

Ámbito psicosocial de la Enfermedad Renal Crónica

En la ERC el funcionamiento fisiológico del organismo se ve deteriorado, lo cual tiene un impacto psicológico y social. De acuerdo con la clasificación psicosocial de enfermedades propuesta por Rolland (2000) la enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis tendría las siguientes características:

- Comienzo gradual. Aunque el paciente y la familia sean conscientes de la enfermedad hasta el momento del diagnóstico, la enfermedad ha comenzado previamente.
- Curso constante. Se caracteriza por un acontecimiento inicial (que suele ser el diagnóstico) y la posterior estabilización (cuando se inician los tratamientos), este estado es semipermanente y previsible durante un tiempo; por ello la familia y el paciente aprenden a manejar la situación hasta que se presenta un cambio.

- No incapacitante. Debido que inicialmente no imposibilita a la persona enferma.
- Desenlace fatal. La esperanza de vida es reducida y el desenlace posiblemente fatal, por lo que la familia siente la pérdida de manera anticipada, presentándose el temor de perder la vida antes de haber completado el ciclo vital.

Dentro de esta caracterización de la ERC en tratamiento de hemodiálisis, no se ha considerado que, si bien es cierto que la enfermedad no implica por sí misma una incapacidad, las demandas del tratamiento no siempre son compatibles con las actividades a las que el paciente se encontraba habituado y la visibilidad de los signos y síntomas podrían generar estigma o discriminación, incapacitando en cierto sentido a la persona realizar sus actividades como en la vida previa.

El estrés psicológico, al que se encuentra sometido el paciente con enfermedad renal pone de manifiesto la importancia de la adaptación psicológica, de sus capacidades de afrontamiento situacional y de su estado emocional, ya que el estrés psicológico se ha asociado con diversas enfermedades físicas y mentales, entre las que se encuentran la ansiedad, depresión, disturbios del sueño, irritabilidad, problemas de concentración y cambios psicomotores. (Rendon, Calvanese, García y Hernández, 2009).

Entre las consecuencias psicológicas estudiadas en personas con ERC se ha encontrado que los pacientes con niveles altos de depresión presentaron una menor adherencia terapéutica, otros factores asociados a ellos son el estilo de creencias del paciente, mitos sobre la enfermedad, percepción de gravedad y negación de la enfermedad (Moya, 2017) el duelo por la pérdida de la salud, la pérdida de empleo, funcionalidad y rol familiar, suelen encontrarse en este tipo de paciente.

Duelo y pérdidas en la ERC

Ante la presencia de una enfermedad se pueden presentar reacciones en las que el individuo manifiesta temor por la propia vida y una pérdida de control, lo cual coloca a las personas en un estado de alerta constante y estrés, en el que la persona enferma puede experimentar uno o varios duelos, algunas reacciones derivan del tratamiento y

algunas otras de la etapa del ciclo vital, estos pacientes generalmente son adultos mayores, aunque no se excluyen otros grupos (figura 1).

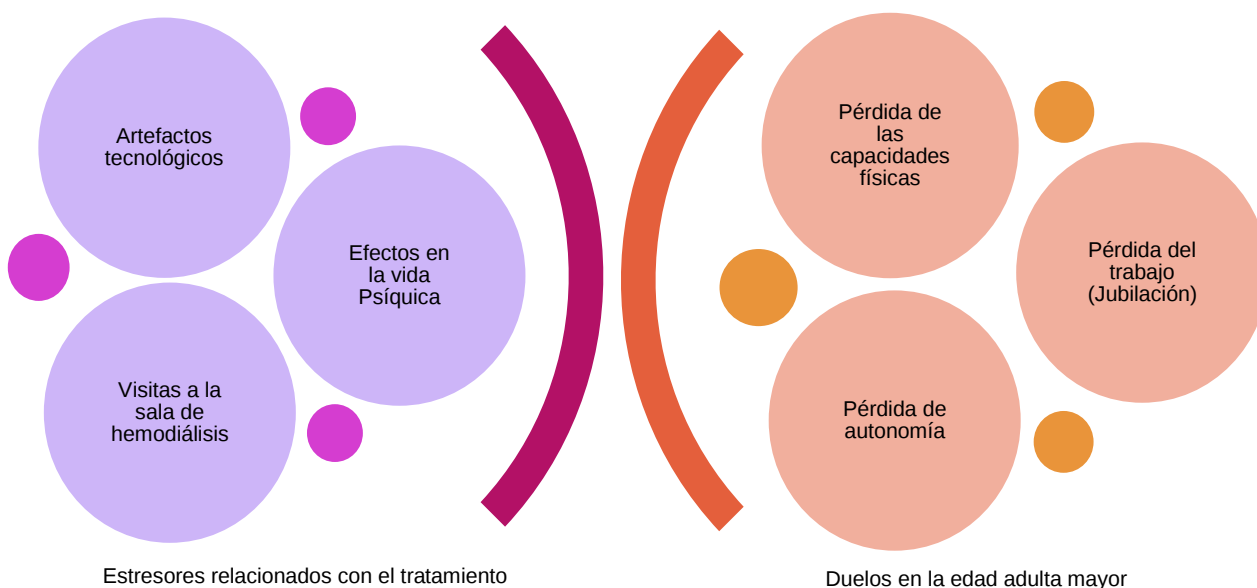


Figura 1. Fuentes estresoras y de duelo en personas con ERC. Adaptado de Kresner, P. (2000). Aspectos psicosociales del paciente en hemodialisis. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología* 7(1), 6.

El duelo, es la reacción psicológica a la pérdida afectiva (Tizón, 2016), puede presentarse por la pérdida de la salud y manifestar síntomas somáticos como pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos; y síntomas psicológicos como pena y dolor (Echeburúa, Corral y Amor, 2007).

Las personas en tratamiento de hemodiálisis deben enfrentarse a una serie de artefactos tecnológicos que, en la mayoría de los casos, son desconocidos para ellos, aumentan sus visitas a la sala de hemodiálisis lo que tiene efectos en la vida psíquica del paciente, pasan por la pérdida de la función de un órgano, dificultades para planificar su vida, pérdida de posición económica, del trabajo (Kresner, 2000), pérdida o modificación dentro del grupo familiar y social, requiriendo en algunos casos acompañamiento para la resolución de duelo.

Si se considera que un gran número de pacientes son ancianos se añaden también las pérdidas que con frecuencia aparecen en esta etapa de la vida entre las que podemos encontrar: pérdida de las capacidades físicas (oído, vista, tacto, equilibrio, etc.), pérdida de la memoria y agilidad mental, pérdida del trabajo (por jubilación), pérdida de relaciones por muertes de familiares, parejas, amistades; pérdida de seguridad y autonomía, pérdida de la intimidad (Pérez, 2007).

Las emociones presentadas por los pacientes a menudo suelen ser compartidas o socializadas en los entornos médicos donde reciben el tratamiento, suelen generar lazos estrechos con otros pacientes y sus familiares, pero también con el personal de salud, en quienes encuentran apoyo y aunque no siempre de manera consciente también comparten con ellos sus circunstancias difíciles y dolorosas.

Enfermería y los cuidados en hemodiálisis

Enfermería más que conocimientos técnicos

La enfermería es una disciplina que en su práctica profesional busca la mejora de la salud y bienestar de los seres humanos (Salazar y Martínez, 2008), se ha identificado como una profesión humanista, cuyo objetivo principal debe ser el paciente y hacia él debe orientarse el trabajo de quienes la ejercen (Zabalegui, 2003).

El objetivo de enfermería se cumple a través de diferentes aproximaciones, pudiendo contribuir a prevenir o afrontar las experiencias de enfermedad y sufrimiento, para lo cual es necesario que el personal de enfermería se relacione con las personas enfermas (Mejía, 2006), durante estos encuentros el profesional debe ser receptivo a las necesidades de la población, para generar la respuesta benéfica en favor de estos.

Algunas de las tareas de los profesionales de enfermería implican el uso de sus conocimientos, habilidades y actitudes, para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces, siendo una importante conexión entre los diferentes profesionales de la salud y el paciente y su familia (Zabalegui, 2003) esta mediación podría considerarse esencial en sus actividades, ya que el tiempo que los profesionales de enfermería dedican al paciente suele ser mayor que el de otros miembros del equipo médico.

La relación enfermero-paciente posee un carácter humano cuyo eje central es el reconocimiento y la respuesta de ayuda a los problemas de los pacientes. A diferencia de otras relaciones de ayuda cotidiana, la relación enfermero-paciente se caracteriza porque una de las dos personas se encuentra especializada (enfermero) y la otra se

encuentra enferma (Mejía, 2006), por lo que al comienzo no se trata de una relación simétrica.

Se reconoce que la relación entre el equipo de salud y el paciente se establece para satisfacer una necesidad primordial; ante la presencia de alguna enfermedad, una persona solicita los servicios de un profesional y el objetivo de ese encuentro es que el profesional, proporcione a la persona enferma un diagnóstico y/o un tratamiento para la recuperación de la salud (Gajardo y Lavados, 2010). Generalmente el espacio para establecer una conexión personal entre ambas partes se encuentra limitado, ya que la interacción se acota a la curación, o en su caso a la mejoría, cuando esto ocurre, la búsqueda de ayuda cesa.

De acuerdo con Mejía (2006) las fases de la relación enfermera-paciente son:

- 1) Orientación, en esta fase el paciente busca ayuda como consecuencia de su enfermedad.
- 2) El paciente reconoce lo que le brinda la situación y responde a quienes le brindan ayuda de manera selectiva, es decir que el paciente puede identificar qué tipo de ayuda puede obtener de cada profesional y dirigir su búsqueda.
- 3) Explotación, en esta fase el paciente intenta beneficiarse de la relación e intenta aprovechar de la mejor manera lo que tiene a su disposición.
- 4) Resolución, tan pronto como el paciente haya satisfecho sus necesidades, disminuye de manera gradual las interacciones.

Los profesionales de enfermería se enfrentan a cumplir con las tareas técnicas propias de sus especialidades y además a la tarea de establecer relación con el paciente, su individualidad y sus actitudes, esta tarea podría facilitarse por la capacidad del profesional para identificar las necesidades y estilo del paciente; es decir, que implica la capacidad empática o de sentir como el otro.

La actividad de cuidar involucra compartir la experiencia humana a través de una relación transpersonal, la capacidad de comprensión de las emociones generadas durante el cuidado representaría una diferencia central del cuidado no profesional, en la que no se

pone especial cuidado a este aspecto, debido a que se ve con mayor naturalidad (Báez-Hernández, Nana-Navarro, Ramos-Cedeño y Medina-López, 2009).

En la relación enfermera-paciente se presentan interacciones o contactos durante los cuales la enfermera y el paciente tienen influencia recíproca, transformándolo de manera gradual en una relación menos asimétrica; la comunicación verbal y no verbal, permiten al profesional de enfermería dar pasos intencionados para conocer las necesidades de sus pacientes (Salazar y Martínez, 2008).

Los cuidados de enfermería implican un proceso interpersonal de ayuda, se ha considerado que la relación enfermera-paciente tiene efectos terapéuticos por sí mismos (Ramírez y Müggenburg, 2015), ya que las personas pueden llegar a sentirse aliviadas al estar cerca de un profesional que puede apoyarlos, aunque estos beneficios no son necesariamente reconocidos de manera explícita.

De acuerdo con Salazar y Martínez (2008), existen diferentes tipos de interacciones de la enfermera con el paciente, las cuales son:

- Automática. Esta tiene poco o ningún significado para la enfermera y el paciente, ni la enfermera ni el paciente se mueven hacia el conocimiento mutuo.
- Involuntaria. La enfermera realiza la interacción con el paciente, pero no hace por él más de lo necesario de manera voluntaria.
- Inconsistente. Se interesan por el paciente solamente en ciertas circunstancias, durante una fase particular de la enfermedad.

La función de la enfermera como cuidadora implica la participación activa en la promoción mantenimiento y recuperación de la salud, evitando la progresión de la enfermedad o asegurando la continuidad del cuidado (Zabalegui, 2003), esto implica que las habilidades de las enfermeras para anticiparse a las situaciones y prevenir los riesgos de la enfermedad se sumen a su capacidad de brindar orientación y educación de los pacientes.

Durante su vida profesional los enfermeros también se enfrentan a situaciones traumáticas o trágicas al atender a pacientes con todo tipo de enfermedades, los profesionales pueden verse especialmente afectados por eventos en los pacientes con los que han creado una relación especial (Marín-Tejeda, 2017).

Así pues, responder a las necesidades de los pacientes, ser técnica y científicamente competentes, tener habilidades de comunicación, ser capaz de controlar situaciones del paciente y manejar sus emociones, representan las complejas tareas a las que los profesionales de enfermería deben enfrentarse (Zabalegui, 2003).

Cuidados de enfermería en la enfermedad crónico terminal

El envejecimiento de la población ha implicado mayor presencia de enfermedades crónicas, en los pacientes de mayor edad estas enfermedades suelen presentar comorbilidad requiriendo mayores cuidados para la supervivencia, esto implica una tarea compleja para el personal de enfermería (Cobo et al., 2007).

El interés de los profesionales en enfermedades agudas se centra en la supervivencia del paciente; sin embargo, en las enfermedades terminales, los intereses se amplían, teniendo como antecedente que el paciente no mejorará, el foco central no es la curación sino que cobra más relevancia aminorar el avance del deterioro y resaltar la satisfacción del paciente con los servicios, entre las que destacan la calidad de la atención y el interés del personal por el paciente, así como la capacidad de resolver las dudas (Hernández, Ochando, Mora, Lorenzo y López, 2005).

Con el avance de la enfermedad la funcionalidad y autonomía de los pacientes terminales disminuye, lo que a su vez aumenta el tipo de ayuda y cuidados que requieren, pasando de ser cuidados frecuentes e intermitentes a ser permanentes (Cobo et al., 2007). Los profesionales de enfermería notan el decaimiento de los pacientes y la pérdida de sus funciones durante los procedimientos y tratamientos en los que también realizan funciones para tranquilizar a los pacientes (Mejía, 2008).

El vínculo que el paciente crónico establece con sus cuidadores no profesionales también se incrementa a medida que avanza el tiempo, la comprensión de las necesidades específicas y las habilidades para el cuidado aumentan (Chaparro, 2011). Estas habilidades desarrolladas por los cuidadores primarios comparten características con el cuidado profesional en el que los miembros del equipo de atención son capaces de reconocer necesidades y preferencias de cada paciente, así a medida que la funcionalidad del paciente disminuye y el aspecto físico se ve deteriorado, el personal se encuentra más vinculado con el paciente.

El personal de enfermería requiere conocimientos tanto teóricos como técnicos para los cuidados que realiza, los pacientes perciben estos cuidados como algo necesario para la recuperación del equilibrio homeostático, no solo físico sino también social e incluso espiritual (Mejía, 2008).

En la enfermedad renal, el profesional sabe que ya no se presentará la mejoría del paciente, sino por el contrario el deterioro y la muerte del paciente son inminentes, presentándose con diferentes significados y matices que podrían generar, por un lado, ansiedad o por otro la tranquilidad, para el paciente y para los profesionales (Gajardo y Lavados, 2010).

El fallecimiento de los pacientes podría desencadenar un duelo para el personal de enfermería, cabe señalar que, no toda muerte desencadena un duelo, para ello es necesario que la persona perdida haya tenido importancia o significado para los que le pierden o bien, que hayan establecido lazos estrechos, ya que lo esencial en el duelo es el apego o cariño que se haya establecido (Meza, et al, 2008).

Un estudio sobre las reacciones de duelo realizado con asistentes de enfermería y auxiliares de salud reflejó similitudes en los síntomas centrales reportados por el personal y el de familiares; estos profesionales son quienes brindan la mayor parte de los cuidados diarios en hogares de ancianos; asociado a esta característica, se encontró que la pena fue más intensa tras la muerte de un paciente mientras más estrecha y duradera fue la relación (Boerner, Burack, Jopp, y Mock, 2015).

En el contexto de la medicina moderna, se concibe a la curación de enfermedades y prolongación de la vida como el fin principal, por lo que se llega a considerar a la muerte como un fracaso profesional (Vega, González, Palma, Ahumada, Mandiola, Oyarzun y Rivera, 2013), mismo que genera en el personal de la salud sentimientos de impotencia y frustración, llevándolos a cuestionarse acerca de la propia competencia profesional; ya que la muerte es percibida como aquello que debe ser combatido y representa el fracaso de la ciencia médica o incluso negligencia (Artiaga, 2008).

Los significados que los profesionales atribuyen a la muerte de sus pacientes pueden concebirse como un recurso positivo que les ayuda a lidiar con la situación; un estudio cualitativo realizado en enfermeros oncopedriátricos chilenos, reportó que los participantes atribuyen tres principales significados a la muerte de los pacientes: 1) la muerte como tránsito; 2) le da valor al cuidado profesional que otorgan y 3) la muerte de los pacientes como un aprendizaje de vida (Vega, et al, 2013).

Durante la convivencia con pacientes terminales, los profesionales se enfrentan con los temores de los pacientes en relación a la muerte, entre ellos encontramos el propio temor a compartir sus temores, lo que deriva en vivir las emociones y pensamientos en silencio, reduciendo la comunicación del enfermo no solo con los profesionales, sino también con sus familiares; es por ello que la atención del paciente terminal va más allá de una consulta e involucra al profesional desde el punto de vista afectivo (Hernández, González y Infante, 2002); la relación que se establece con el paciente evoca los propios temores de los profesionales.

Cuidados del paciente en hemodiálisis

La duración de las relaciones profesional-paciente, ante la ERC, se incrementa sobre todo en aquellos pacientes cuyo tratamiento sustitutivo es la hemodiálisis, ya que las características de este tratamiento favorecen que la familiaridad de los profesionales con los pacientes aumente, permitiendo un grado de involucramiento mayor, en el que la relación de cuidado profesional se vuelve significativa no solo para la persona enferma sino también para el profesional.

La hemodiálisis requiere personal de enfermería con un alto grado de capacitación debido al grado de complejidad que las tecnologías del tratamiento implican. De acuerdo con la NORMA Oficial Mexicana para la práctica de hemodiálisis (2010) pueden participar en estos tratamientos tanto personal profesional como técnico que sean especialistas o que demuestren adiestramiento; regularmente el personal atiende de manera simultánea hasta a tres pacientes, realizando la conexión y desconexión de pacientes, así como la vigilancia de los pacientes durante el tratamiento.

La relación enfermero-paciente se ve influenciada por el entorno social, la estructura de la institución, la forma y la práctica de la enfermería en sí (Ramírez y Müggengberg, 2015), de esta manera el ambiente en que se desarrolla el tratamiento de hemodiálisis tiene influencia sobre los profesionales, teniendo en cuenta las características comunes de estos pacientes, de las instituciones o centro de trabajo y de las actividades propias del cuidado.

Los pacientes en hemodiálisis, cada vez que son de mayor edad y su condición física genera un alto grado de dependencia, presentando comorbilidad y distintas complicaciones físicas (Barrios, Arechabala y Valenzuela, 2012), como son hipotensión, calambres musculares, dolor precordial, desequilibrio dialítico, hemolisis, embolia gaseosa: complicaciones técnicas como pueden ser, rotura del dializador, extravasación sanguínea etc. (Andrés, 2004).

El tipo de cuidados que deben realizar pone al personal en contacto con fluidos corporales, carga ergonómica (al tener que movilizar a pacientes), fatiga física y mental; el manejo de tecnología que puede generar ansiedad al ser desconocida en muchas ocasiones; el tipo de pacientes puede representar un estresor constante ya que por la periodicidad y duración del tratamiento, se pueden desdibujar los límites que existen de manera tradicional, lo que puede considerarse una fuente adicional de estrés al tener que forzarse a mantener los límites (Barrios, Arechabala y Valenzuela, 2012) ya sea por una creencia personal o por políticas institucionales.

El estrés profesional en salas de hemodiálisis aumenta cuando se presentan cargas de trabajo extensas, superiores a las 9 horas diarias y cuando el ambiente de trabajo resulta

hostil (carga afectiva negativa, exposición a agentes químicos, pacientes seropositivos, incorporación de nuevas tecnologías), sin embargo, podría disminuir si el profesional alcanza niveles de satisfacción adecuados con los cuidados que realiza (Barrios, Arechabala y Valenzuela, 2012).

Los profesionales de enfermería ante la muerte

Existe una tendencia a ocultar la muerte y lo que acontece alrededor de ella, convirtiéndola en un tema tabú. Dentro las instituciones de salud, si llega a presentarse el fallecimiento de un paciente, se susurra la muerte, poniendo de manifiesto las actitudes evasivas alrededor de este fenómeno (Grau, et al. 2008).

Los profesionales de la salud, particularmente los médicos, pasan por un proceso de desensibilización que termina muchas veces en la despersonalización y minimización de la muerte, cuentan con pocas herramientas para hacer frente a las pérdidas de sus pacientes (en ocasiones también para sus pérdidas personales) y las relacionadas con éstos (Artiaga, 2008). A menudo manifiestan su ansiedad ante la muerte, evitando el contacto con el paciente, esta negación ante la muerte suele encubrir las carencias personales (Rosa, 2012), añadiéndose la imposibilidad de manifestar abiertamente pena por un paciente, si llegasen a presentarla.

Los duelos en el personal de salud han sido vistos con prejuicios, es común que la relación con el paciente que murió no sea reconocida como significativa o verdadera y en consecuencia el duelo sea invalidado. Cuando la relación profesional- paciente es reconocida como verdadera, entonces el duelo es validado y así los profesionales pueden beneficiarse del soporte social, que se transforma en un importante mediador en el proceso de duelo, contribuyendo a aliviar el estrés y afrontarlo de mejor manera (Vega, et al, 2015). Una de las consecuencias de trabajar con pacientes terminales es el desgaste que presenta el personal, al respecto se han abordado el síndrome *Burnout* y su relación la percepción de apoyo ante el duelo.

Un estudio realizado en 210 funcionarios chilenos reportó que los profesionales y técnicos que se percibían reconocidos en su vínculo con el paciente y su pérdida, tenían menos riesgo de padecer *burnout*. Al momento del estudio 4% de los participantes presentaban *burnout*, y 71% se encontraban en riesgo de padecerlo; en cuanto a las dimensiones del *burnout*, 82% presentan un nivel bajo de realización personal. El 52% presentó un alto nivel de apoyo, donde el reconocimiento del vínculo es el mayor puntaje y la inclusión en rituales presentó la puntuación más baja y las mujeres presentaron un mayor nivel de reconocimiento de la pérdida. El reconocimiento del vínculo se correlacionó negativamente con el cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Los trabajadores tienen necesidad de reconocer que su vínculo con el paciente es validado, la inclusión en rituales funerarios no coincidió en el desarrollo de *burnout* (Vega, et. Al, 2017).

Los cuidadores de personas enfermas pueden evaluar los aspectos negativos y los positivos de la situación de cuidado, pueden identificar algunos beneficios como son algún tipo de recompensa en el ámbito personal en términos de crecimiento como aprender a valorar mejor las cosas pequeñas de la vida o establecer algún tipo de vínculo especial con el familiar enfermo (Ag, 2013).

Para quienes han elegido profesiones de servicio, este tipo de beneficios suele representar una de las principales motivaciones para ingresar y permanecer en sus puestos, debido a que se trata de personas relativamente sensibles y empáticas con el dolor de otras personas, para quienes las profesiones de servicio podrían ser un medio para satisfacer la necesidad de ayudar de otros y ser una fuente de motivación.

Duelo en profesionales; un duelo desautorizado

El duelo es una experiencia universal ante la pérdida

El término duelo hace referencia al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida afectiva (Tizón, 2016). Se asocia típicamente con la pérdida de un ser querido, aunque también puede experimentarse en otras situaciones de pérdida (Hazen, 2003) como separaciones o rupturas, pérdidas de trabajo, de ideología, de esperanzas o ante el fracaso personal.

El duelo es una respuesta universal en el que la persona hace un ajuste ante la pérdida (Piazza-Bonin, Neimeyer, Burke, McDevitt-Murphy y Young, 2015), sin embargo, se sabe que las manifestaciones sobre él son individualizadas y dependiendo de factores como: las circunstancias de la pérdida, personalidad del doliente, sus habilidades, sus recursos, las redes de apoyo, etc. el impacto sucede en mayor o menor grado; aunque cada dolor es diferente, sí es posible encontrar características comunes.

Las personas en duelo atraviesan una serie de momentos, los cuales no necesariamente son secuenciales e inclusive pueden llegar a sobreponerse entre sí. Basándose en su teoría del apego, Bowlby (1980) propone que los momentos del duelo son:

- 1) Incredulidad y embotamiento,
- 2) Añoranza y anhelo,
- 3) Desorganización y desesperanza y
- 4) Fase de mayor o menor reorganización

El trabajo de duelo suele presentar aspectos intrapersonales e interpersonales; en los primeros, las personas se hacen cargo de la pérdida en un proceso interno y dentro del ámbito privado; en el proceso interpersonal los duelos se relacionan con su entorno social (Piazza-Bonin, Neimeyer, Burke, McDevitt-Murphy y Young, 2015).

Algunas teorías sobre el duelo se centran en el trabajo individual para llegar a la resolución y recuperación, por otro lado, los modelos actuales del duelo han puesto énfasis en la importancia del aspecto interpersonal y social del trabajo de duelo, ya que el apoyo que brindan otros, dentro del entorno, no es solo agradable sino necesario. Cuando la persona no recibe apoyo las emociones del duelo no se comunica entorpeciendo la creación de significado del dolor, que se genera a través de la narrativa (Hazen, 2003).

Stroebe y Schut (2017) proponen un modelo del duelo, que deja de lado las propuestas que describen el duelo en fases o etapas. Desde su propuesta, una persona en duelo oscila entre dos tareas; la primera, el funcionamiento orientado a la pérdida y la segunda, el funcionamiento orientado a la reconstrucción (Hazen, 2003). En este modelo de proceso dual la persona oscila entre las emociones y expresiones de tristeza y las de restauración (Ghesquiere y Bagaajav, 2018), por lo que las diferencias culturales matizan la forma en que cada persona transita en alguna de las dos partes del modelo.

El tránsito por estos momentos tiene como finalidad la elaboración del duelo que comienza con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida y que termina con la aceptación de la nueva realidad interna y externa del individuo y la readaptación de la persona que ha vivido la pérdida; la persona afligida se adapta a la pérdida aun cuando no sea consciente de las tareas que está afrontando (Tizón, 2016).

Si el duelo se originó a raíz de un evento traumático, se acompaña de estrés traumático, siendo más intenso si la persona lo presenció o si fue víctima de un evento violento (Hazen, 2003). Si las reacciones a la pérdida derivan en un duelo complicado llegan a confundirse o solaparse con sintomatología de trastorno depresivo mayor, los que en ocasiones dificulta el tratamiento; por lo que la influencia del duelo es sumamente

relevante para la salud mental, y no solo las pérdidas de seres queridos sino de todo tipo (Chaurand, Feixas, Neimeyer, Salla y Trujillo, 2015).

Existe una asociación entre síntomas depresivos y ansiosos y también otros síntomas mentales, en dónde no solo es posible, sino que es común encontrar como tras fondo un duelo no resuelto (Wilson, Punjani, Song y Low, 2019), encontrando en estas complicaciones una necesidad de atender el duelo para favorecer el restablecimiento de los dolientes.

Duelo desautorizado

En cada sociedad existen formas adecuadas de comportarse, pensar y sentir ante una situación particular, estas normas que rigen la vida cotidiana también abarcan a algo tan personal como el dolor del duelo, indicando qué sentimientos, pensamientos y conductas se consideran adecuados para ser expresados y de qué forma (Brabant, 2002).

Por consecuencia, estas normas también indican aquello que no es permitido, o que se considera ilegítimo, estableciendo ciertas reglas que son internalizadas por los individuos; la muerte y el duelo son temas difíciles para las personas, que pueden resultar en experiencias aún más difíciles si llegan a ser inhibidas por estas normas culturales.

De acuerdo con Tehan y Thompson (2013) los efectos de la pérdida pueden dividirse en dos: 1) abiertos, son aquellos fáciles de ver como el llanto, preocupación, angustia, y fáciles de reconocer, general indican a otros que algo sucede y son compatibles con las respuestas pérdida y 2) ocultos, no se aprecian a simple vista y no se reconocen, como baja concentración, mala calidad del trabajo, cantidad reducida de producción, que podrían fácilmente atribuirse a otra causa.

Cuando la pérdida no puede ser reconocida o validada por otros y la pena sufrida, queda privada de derechos, nos encontramos ante un duelo desautorizado. Este tipo de duelo no puede reconocerse abiertamente, validarse socialmente o lamentarse en público (Doka, 2002).

Cada sociedad tiene normas que gobiernan el comportamiento, los afectos y la cognición, ante los eventos cotidianos, estas normas también delimitan las reacciones ante el duelo, no solo dan validez a ciertas pérdidas, sino que además indican cómo deberían ser las formas correctas de manifestar la pena (Doka, 2002).

De acuerdo con Doka (2002), existen características que limitan la legitimidad del duelo:

- a) La relación no es reconocida.
- b) La pérdida no es reconocida.
- c) Si la persona afectada no es reconocida con derecho a sufrir.
- d) Las circunstancias de la muerte.

En el duelo desautorizado el doliente no recibe el reconocimiento social o la pérdida tiene algún tipo de tabú social o estigma (Robson y Walter 2013). Se pone énfasis en el aspecto social del duelo, específicamente el que habla sobre el reconocimiento de la relación, ya que si no se reconoce socialmente el dolor, la pena queda marginada, más aún cuando proviene de una situación violenta o vergonzosa para los dolientes (Piazza-Bonin, Neimeyer, Burke, McDevitt-Murphy y Young, 2015).

La propuesta de Doka permitió identificar que existen normas culturales que intervienen en el dolor y que el contexto social no es indiferente al que sufre, sin embargo, sugiere que los duelos son o no reconocidos, es decir, que socialmente se les da o no el derecho de sentir y manifestar la pena (Robson y Walter, 2013), sin embargo, el comportamiento social en torno al duelo nos sugiere que las normas culturales son más complejas.

Robson y Walter (2013) argumentan que el espectro del impacto de la pérdida no es binario, sino que más bien sería escalonado o jerarquizado, es decir, que algunas personas están más o menos “autorizados” a sentir y manifestar la pérdida, de manera

que se puede identificar como una pirámide o escalera donde los primeros lugares los ocupan personas con lazos sanguíneos (Figura 2).

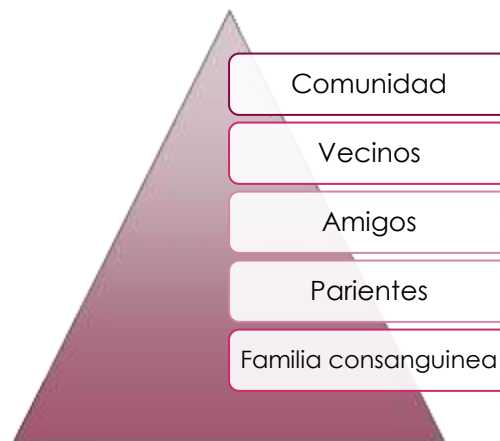


Figura 2. Jerarquía de autorización social del duelo. Basado en Robson, P. y Walter, T. (2013). *Hierarchies of loss: A critique of disenfranchised grief*. *Omega*. 66(2) 97-119.

La red para explicar la parte social del duelo sería más compleja de lo que se explica con la autorización o no del duelo, incluso se puede hablar de “jerarquías” según cada situación, aunque el parentesco parece ser un predictor de la intensidad de la pena (Piazza-Bonin, Neimeyer, Burke, McDevitt-Murphy y Young, 2015).

La desautorización no implica necesariamente una connotación negativa, también existen algunas ventajas de que no todas las personas reaccionen igual ante el duelo, o que este se presente igual en todas las personas: las ventajas pueden económicas (si se tiene que dar licencia de trabajo a todos los dolientes, sería costoso), legales (si todas las personas reclamaran la herencia) o sociales (si todos debieran recibir apoyo y consuelo).

La jerarquización de reacciones de duelo no es lo que causa el problema, si una persona acepta su posición valida su aflicción, pero si alguien sufre más de lo que se esperaría, surge la desautorización, porque sus expresiones del duelo son incongruentes con el contexto. Lo discrepante podría consistir en superar la intensidad, la duración o la forma de expresión (Piazza-Bonin, Neimeyer, Burke, McDevitt-Murphy y Young, 2015).

Las personas en duelo desautorizado deben oponerse a las normas sociales para que su dolor sea entonces visto y validado por otros, de otra manera no podrían manifestarse las emociones del duelo y permanecería en condición de oculto, en consecuencia, el trabajo de duelo en la dimensión social no aportará al restablecimiento.

Apoyo social y Falla empática

Inevitablemente para algunos el duelo sale de las normas sociales establecidas y en consecuencia queda desautorizado (Piazza-Bonin, Neimeyer, Burke, McDevitt-Murphy y Young, 2015), el apoyo social durante el duelo es necesario para una resolución satisfactoria, en ocasiones la persona en duelo no reciben el suficiente apoyo social, mientras que otras el apoyo suele ser abrumador o inapropiado, para que el apoyo social abone al trabajo de duelo debe ser percibido como útil por el receptor (Loga, Thornton y Breen, 2017).

El apoyo social forma parte de las normas del duelo, indicando cuando, quien, cómo y dónde puede ayudar (Loga, Thornton y Breen, 2017). El apoyo social puede involucrar la colaboración en diferentes sentidos, las normas pueden indicar a quien brindar consuelo y cariño, cuándo brindar ayuda instrumental (como dinero o apoyar en tareas domésticas) qué tipo de información brindar al doliente sobre el ambiente (por ejemplo, el número de personas que acuden a un funeral), o información sobre la autoevaluación (mencionar que ven mal al doliente o que notan signos de recuperación).

Uno de los elementos que contribuye a que el duelo no sea reconocido es una dificultad en la identificación del duelo de otros, sin embargo, esta negativa va más allá, implicando una falla política y un fallo ético, de acuerdo con Attig (2004), los principales fallos en el duelo desautorizado son:

- a) Falla empática. El duelo surge cuando empáticamente no existe la posibilidad de reconocer el dolor de otros, no se identifica la gravedad de lo que ha sucedido ni las consecuencias para el doliente, el desaliento activo evita el respaldo para el doliente.

- b) Falla política. En la política existen las relaciones de poder, y, por tanto, asimétricas, en las que una persona cree saber más que otra, o cuando de hecho sabe más y cree que por esta condición (de autoridad gubernamental, familiar, etc.) puede elegir por otro, asumiendo que conocen qué es lo mejor para el otro.
- c) Falla ética. Parte del respeto a la dignidad humana, requiere comprender y valorar la vulnerabilidad y la posibilidad de sufrimiento de otros. El fallo ético aumenta la vulnerabilidad, e interfiere con la recuperación de la homeostasis.

En las organizaciones donde el interés principal es ser productivo hay poco espacio para las manifestaciones de dolor, tristeza, rabia, aflicción o duelo, considerados como emociones o estados negativos; cuando estos llegan a presentarse, desencadenan sentimientos de incomodidad y ansiedad, en busca de un retorno rápido al funcionamiento normal, brindando pocas oportunidades para dar consuelo y reconfortar a quienes pasan por una pérdida (Lattanzi-Lichth, 2002). Manifestar la pena se considera inapropiado, sin embargo, algunas expresiones son aceptadas siempre y cuando sean lo más privadas posibles, como llorar en la oficina o en el baño (Bento, 1994).

Los eventos importantes en las vidas de los seres humanos se han enmarcado por el uso de rituales, los nacimientos, las graduaciones, los matrimonios y los fallecimientos, estos rituales permiten a los individuos vincularse con las personas de su entorno y darle reconocimiento a las pérdidas como sucesos en las vidas de los individuos.

Los rituales son actos altamente simbólicos que confieren significación y significado trascendental a ciertos eventos o experiencias de la vida (Doka, 2002). Los rituales proporcionan estructura, y permiten a los individuos expresar sentimiento y emociones, y son una posibilidad de contención. Los rituales permiten atravesar el umbral de una identidad o estatus a otro, contienen un significado grupal o individual.

En el duelo desautorizado, los dolientes suelen ser excluidos de los rituales funerarios, esta exclusión puede ser implícita (amantes, compañeros de trabajo, hijos de concubinas o ilegítimos) la persona puede asistir al funeral, pero no reconocer abiertamente el papel

en la vida de la persona o explicita en la que se pide a las personas abiertamente que no asistan.

Un estudio cualitativo realizado en ayudantes de salud en un hospicio reportó que las participantes no vuelven a tener contacto con los familiares del paciente una vez que este fallece. El personal de enfermería de manera regular no tiene contacto con lo que ha pasado con el paciente al fallecer (Ghesquiere, A. y Bagaajav, 2018) tener conocimiento de lo que ha sucedido con el paciente puede ayudar a aminorar la carga emocional.

Duelo en el lugar de trabajo

En las instituciones se espera que las personas puedan comportarse de cierta forma de acuerdo con su posición; así las organizaciones han establecido políticas que abarcan desde los códigos de vestimenta, hasta las formas de relacionarse con los colegas y clientes.

Particularmente en las instituciones de salud se espera que el personal, se encuentre siempre dispuesto a ayudar y cumplir las demandas de atención de los pacientes. El desempeño profesional de médicos, enfermeras o trabajadores sociales, que se encuentra estrechamente relacionados con la muerte, podría ponerse en peligro si experimentan de forma consciente las emociones del duelo (Bento, 1994).

En el lugar de trabajo las demandas del duelo compiten con las demandas de las actividades, las personas parecen hacer sus actividades asistir a reuniones y cumplir con sus tareas, pero su atención está centrada en otro aspecto. Incluso cuando las personas pueden pasar desapercibidas (Hazen, 2003).

Expresar las emociones del duelo podría ser mal interpretado si las personas no saben qué esperar de alguien en duelo y cómo podrían responder antes esto. La necesidad de los centros de trabajo, respecto a dar soporte a las personas en duelo no ha sido identificados, podría representar un peligro para las organizaciones no darse cuenta de esta necesidad (Tehan y Thompson, 2013)

Las empresas emplean políticas para retener a sus empleados. La necesidad de ayudar a otros vista como una de las principales razones para elegir trabajos que impliquen relaciones interpersonales en su naturaleza. Los profesionales pueden experimentar dolor al presenciar la muerte de uno de sus clientes. Un estudio exploró la influencia de las políticas empresariales en relación al fallecimiento encontrando que la relación de contacto se percibe como un aspecto negativo en la vida laboral. El personal es más propenso a buscar otro empleo cuando existe una política restrictiva (Boener, Gleason, y Barooah, 2016).

La respuesta de las organizaciones a las pérdidas de los empleados se concede mediante políticas y reglamentos que generalmente coinciden en las formas en que se responde al dolor. Se utiliza la cercanía socialmente aceptada para conceder días de licencia (Stein y Winokuer, 1989 como se citó en Hazen, 2003). Las políticas en torno al manejo de las defunciones en nuestro país suelen limitarse en lo establecido por la ley federal de trabajo en donde se establece que las personas pueden ausentarse de trabajo durante tres días en el caso del fallecimiento de familiar directo, existen normas establecidas pero también normas implícitas, en donde se dan algunas concesiones aunque no estén establecidas, por las políticas empresariales, aun cuando los días de licencia sean generosos, es probable que las personas retornen al trabajo aun con las emociones del duelo.

Fatiga por compasión- satisfacción por compasión

Profesiones de ayuda y compasión

La compasión junto con la empatía, son elementos que los pacientes suelen esperar de los profesionales, les ayuda a sentirse comprendidos y facilita la adherencia a las indicaciones médicas; sin embargo, no en todos los casos se vuelve un elemento indispensable, ya que las personas difieren en su necesidad de establecer relaciones.

La relación directa con el paciente se ha vuelto foco de atención, ya que dedicarse profesionalmente a la atención de víctimas de trauma, emergencias o profesiones de servicio en general, suele traer consecuencias negativas (Marín-Tejeda, 2017). La presencia constante de empatía y compasión podría repercutir en la salud física y psicológica de la profesional.

Compasión es una emoción moral desencadenada por el sufrimiento de otros y que motiva a un comportamiento de ayuda, es desencadenada por la observación de expresiones de dolor o enfermedad, se asocia a la experiencia de desagrado, excitación y un predominio de emociones de valencia negativa (Mercadillo, Díaz y Barrios, 2011). La compasión es un componente de la interacción profesional-paciente que se encuentra destinado a conocer y comprender a la otra persona con la finalidad de desarrollar un plan de tratamiento para aminorar su problema.

La habilidad compasiva puede convertirse en una carga si no se tiene la capacidad de gestionar toda la información recibida en la interacción directa con sus pacientes o con las memorias de los eventos relacionados con este, otro factor involucrado es la capacidad del profesional para reponerse a las cargas de emociones negativas originadas en la interacción.

Consecuencias del cuidado

Las instituciones de salud, en México pueden ser de dos tipos: 1) Privadas, administradas por particulares, y 2) Dependientes del estado, como podrían ser Instituto mexicano del seguro social (IMSS) para trabajadores asalariados; Instituto de seguridad social y servicios sociales para trabajadores del estado (ISSSTE), para trabajadores de gobierno; nosocomios de la Secretaría de la defensa nacional, (SEDENA) para los miembros del ejército mexicano; MARINA para los miembros de la marina, PEMEX para los empleados de petróleos mexicanos y los diferentes hospitales de Secretaría de Salud (Rojas, Tirado, Pacheco, Escamilla y López, 2011).

En estas instituciones el riesgo psicosocial mayormente estudiado ha sido el *burnout*, generalmente asociado a las condiciones del ambiente laboral y al estrés generado en la actividad; este síndrome es visto como una de las principales consecuencias negativas en las profesiones de ayuda o servicio (Carrasco, de la Corte y León, 2010), al que también se han asociado algunas características de personalidad que vuelven más susceptibles a algunos individuos (Carrobbles, 2013).

El *Burnout* es una variable estudiada en distintos ambientes laborales, entendida como una respuesta física y emocional a los ambientes de trabajo estresantes. El modelo más ampliamente estudiado es el propuesto por Maslach, en él se incluyen tres dimensiones: el desgaste, la satisfacción laboral y la despersonalización.

Algunos de los factores de riesgo asociados a este síndrome son la distribución del trabajo, sueldo, posibilidades de promoción; en profesionales de la salud se ha encontrado relación entre el *burnout* y la complejidad tecnológica, sobrecarga de trabajo, frecuencia y cantidad de tiempo dedicado a los usuarios, el manejo de papelería, realización de tareas múltiples y complejas, poco reconocimiento social y económico, dificultades para separar la vida personal y laboral (Marín-Tejeda, 2017). El clima laboral es un factor que incide sobre la presencia del síndrome de *burnout*; en las unidades de hemodiálisis en México la percepción es mejor en unidades privadas en contraste con el reportado en el IMSS (Rojas et. Al, 2011).

Fatiga por compasión

De acuerdo con Marín-Tejeda (2017) las consecuencias para el profesional pueden ser, la traumatización vicaria, el estrés traumático secundario y la fatiga por compasión, los modelos teóricos a partir de los cuales se pretenden entender las consecuencias para personas con este perfil profesional con las siguientes:

1. Pearlman y Mclan en 1995. Propusieron el término Trauma vicario cuando se presenta la exposición directa de un trauma en otra persona.
2. Figley en 1996, propuso el término Fatiga por compasión en referencia a un proceso más complejo, en el que se incluye algún grado de deterioro, aparentemente permanente, de los recursos personales, que afectan en el área laboral, en la autoconfianza e independencia y control.
3. Stamm en 1997, propuso el término Estrés traumático secundario en relación al momento en que el profesional entra en contacto con la experiencia traumática del otro.

Cada autor formuló un concepto diferente de acuerdo a la postura teórica que de manera personal sostiene, sin embargo, todos han sido aceptados por la comunidad científica. El estrés traumático secundario y la fatiga por compasión son dos términos que se han utilizado para describir las consecuencias negativas del trabajo con personas traumatizadas (Stamm, 2002), en este sentido los enfermeros son supervivientes secundarios de las crisis de salud de otra persona.

La fatiga por compasión es una condición que se presenta únicamente en quienes ejercen profesiones de servicio, es un estado tensión que se genera en los profesionales al experimentar eventos traumáticos en el cliente. Los profesionales del área de la salud, tales como médico y enfermeros, lo presentan en mayor medida (Kariuki, Chege, Adeli y James, 2018).

La enfermería implica exponerse a situaciones traumáticas e incluso trágicas de manera constante durante su vida profesional, al tratar a pacientes con distintos tipos de

enfermedades, algunas incluso devastadoras. La fatiga por compasión se produce cuando la energía gastada supera la capacidad de recuperación.

La fatiga por compasión se genera cuando una enfermera rememora sucesos traumáticos, sobre todo aquellos que tienen que ver con los pacientes con quienes los enfermeros han creado una relación especial. Las emociones generadas de esta reacción son comúnmente reprimidas al no encontrar una válvula de escape adecuada dentro de las instituciones o del círculo de apoyo cercano.

La fatiga por compasión se ha estudiado en profesionales que atienden diferentes tipos de urgencias (policías bomberos, paramédicos, médicos, enfermeros), el uso de este término es el más favorecido al referirse a las profesiones de ayuda, a pesar de las distinciones entre términos todos apuntan hacia las consecuencias de compartir con clientes traumatizados, por tanto, comparten características con el estrés traumático secundario que de acuerdo con Ludick y Figley (2016) son las siguientes:

1. La Fatiga por compasión es una experiencia compleja, inevitable (a veces) para quienes trabajan directamente con traumatizados e incluso para quienes lo hacen indirectamente como quienes manejan expediente o registros.
2. Es más frecuente cuando se está expuesto a una dosis de realidad evocadora (contacto directo, hablar con traumatizados, etc.).
3. Se eleva cuando el trabajador genera una respuesta empática para entender y ayudar.
4. Se eleva cuando el profesional debe compartir las reacciones con la realidad evocadora.
5. Es elevado cuando la exposición es prolongada.
6. Es elevada cuando se presentan eventos traumáticos propios.
7. Se reduce cuando el trabajador experimenta satisfacción por compasión y aumenta la sensación de valor y propósito.
8. Se reduce cuando el trabajador experimenta apoyo social de sus compañeros.
9. Está relacionado con la Resiliencia a la fatiga por compasión.

En la fatiga por compasión se presentan síntomas físicos como dolor de espalda y cuello, complicaciones cardiovasculares, ansiedad, depresión, evitación de contacto personal, alteraciones en el sistema de creencias. A partir de la fatiga por compasión se intenta dar cuenta del efecto nocivo de la actividad asistencial sobre el prestador de servicios. De acuerdo con Boyle (2016), los signos de Fatiga por compasión pueden agruparse de la siguiente manera:

1. Físico. Cansancio crónico, agotamiento, insomnio, dolores (comúnmente cefaleas, tensión muscular) síntomas digestivos.
2. Emocionales. Tristeza, apatía, cinismo, hipersensibilidad emocional, frustración e irritabilidad, depresión, ansiedad, culpa, exceso de criticismo, cambios de humor, ausencia de alegría, mala concentración de la memoria, y automedicación con alimentos y alcohol.
3. Sociales. Aislamiento, desinterés o pérdida de capacidad de disfrutar de actividades que antes se consideraban placenteras.
4. Laborales. Evitar o temer trabajar con determinados pacientes, reducción de la productividad, aumento de los errores cometidos, malestar, insatisfacción laboral, disminución de la eficacia en el trabajo, aumento en el número de días de baja laboral solicitados e incluso la decisión de abandonar la carrera de enfermería.
5. Espirituales, dudas existenciales.

Aunque se deduce que estas consecuencias se encuentran presentes también se sabe que no son el único resultado de la interacción con pacientes, puesto que algunos profesionales se encuentran ampliamente motivados y se deduce que hay consecuencias positivas resultantes de la experiencia de ayudar a otros, se puede experimentar fatiga por compasión a la par que se experimenta satisfacción por compasión.

De acuerdo con el modelo propuesto por Stamm en 2002 (Figura 3), la Satisfacción por compasión, se entiende como una gratificación personal que surge de ayudar a quienes enfrenta situaciones estresantes; esta satisfacción incluye el trabajo con otros

profesionales de la salud y de la habilidad y capacidad percibida para poder contribuir al bienestar de otros.



Figura 3. Modelo de Calidad de vida profesional. Tomado de Stamm, B., (2005) *The ProQOL Manual*. Idaho, USA: Idaho State University

Los modelos de estrés traumático y fatiga por compasión han sido modificados y actualmente se han incluido algunas otras variables de *burnout* y los afectos positivos que hacen de estas consecuencias un modelo más completo. El modelo original de Figley y Stamm fue retomado en 2005 por Stamm al construir la Escala de calidad de vida profesional en la que incluyó las siguientes dimensiones:

1. Satisfacción por compasión. Placer derivado de hacer un buen trabajo de cuidado y de ser capaz de ayudar a otros. Mayores puntuaciones reflejan la creencia de ser un cuidador eficiente.
2. Agotamiento. Sentimientos de desesperanza incapacidad para seguir en el trabajo haciendo un trabajo efectivo. Mayores puntajes representan mayor agotamiento.
3. Fatiga de compasión. Mayores puntuaciones representan mayores niveles de fatiga de compasión.

En 2016, Ludick y Figley, presentan la más reciente ampliación del modelo de Fatiga de compasión (Figura 4) añadiendo la capacidad de reponerse a la fatiga o resiliencia. Este modelo incluye trece variables que juntas predicen quien presentará fatiga de compasión y quien será resistente a ella. El modelo intenta explicar por qué algunos presentan estrés de compasión mientras que otros no, a pesar de tener los mismos niveles de exposición. Los tres sectores propuestos y sus principales componentes son los siguientes:

1. Postura empática

- a. Exposición al sufrimiento. Se refiere al grado en que el trabajador interactúa con los clientes que sufren, ocurre de varias maneras, escuchando sus historias, incluso en entornos administrativos como personal de aseguradoras que tienen algún grado de exposición.
- b. Preocupación empática. Es el nivel de compasión e interés de ayudar a los demás, cuanto mayor es la preocupación mayor es el grado de angustia personal. El entrenamiento en habilidades empáticas podría ayudar a aumentar las habilidades de protección.
- c. Habilidad empática. Se refiere a la habilidad de una persona de reconocer el sufrimiento de los demás, comprender la posición del otro entender sus necesidades (cognitiva, comprensión del pensamiento del otro; afectiva implica una reacción emocional y un intercambio con el otro).
- d. Respuesta empática. Está formada por la preocupación y la habilidad empática. Lo que el profesional realiza con la finalidad de aliviar el sufrimiento.

2. Estrés traumático secundario

- a. Estrés traumático secundario. Las reacciones negativas presentadas por los trabajadores al recibir grandes cantidades de energía negativa, pueden presentar miedo, irritabilidad, depresión.

- b. Recuerdos traumáticos. Son una fuente alterna de tensión traumática, se refieren al historial propio y al de los clientes, estos recuerdos inducen angustia. Las personas afectadas pueden adoptar una visión sombría del mundo.
- c. Otras demandas de la vida. Cambios predictivos en la rutina que exigen gran tensión, la angustia aumenta cuando las demandas se ven superadas.

3. Resiliencia a la fatiga por compasión

- a. Autocuidado. Se refiere a las prácticas aprendidas para cuidar la propia salud y que el profesional pone en práctica.
- b. Desapego. Se refiere al desprendimiento psicológico y mental de las actividades del trabajo. Es el tiempo en que el profesional no tiene que hacerse responsable de ninguna actividad ni física ni mental del trabajo.
- c. Sentido de satisfacción. La sensación de cumplimiento al ayudar a otros.
- d. Apoyo social. Contacto con personas solidarias y afectuosa

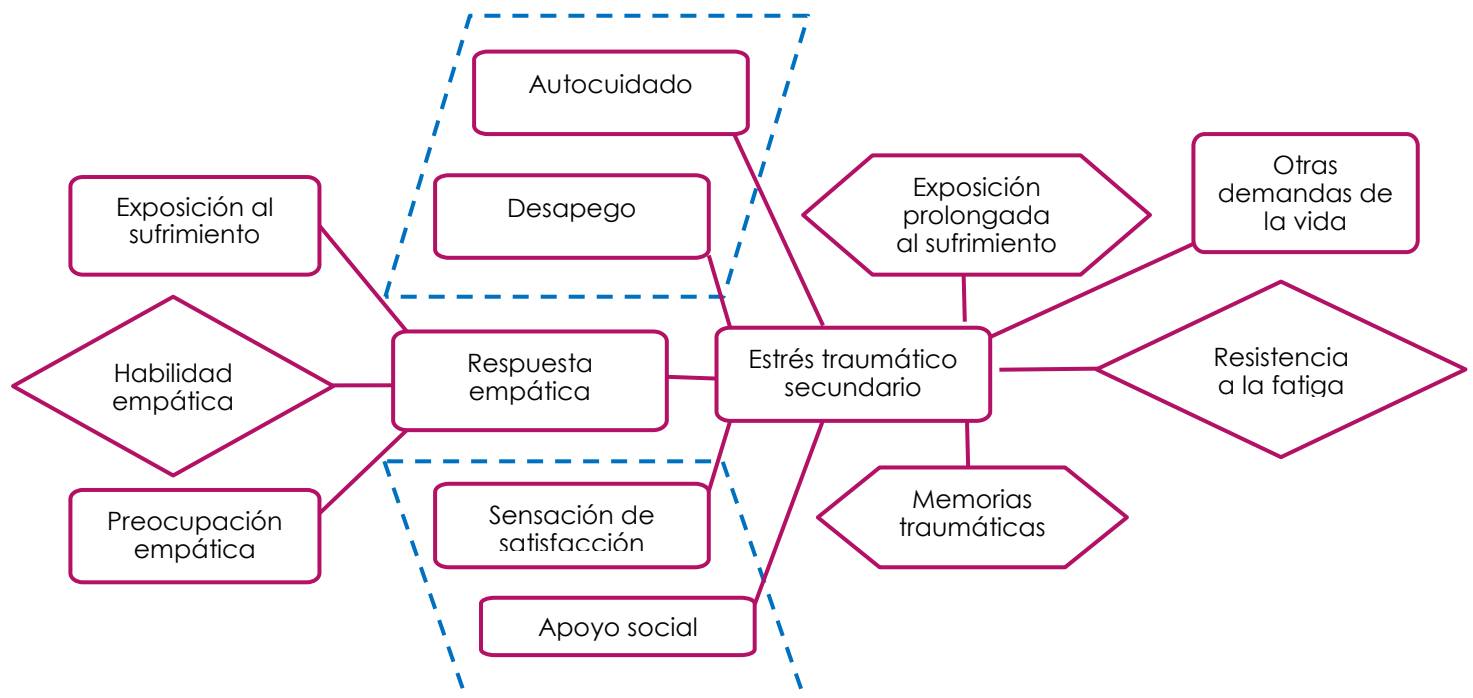


Figura 4. Modelo de Resiliencia a la fatiga por compasión de Ludick y Figley. Tomado de: Ludick, M. & Figley, Cr. (2016) *Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction. Traumatology.*

La resiliencia es definida como la capacidad de un trabajador de servicios humanos de volver a su antiguo yo después de un incidente relacionado con el trabajo, o cualquier evento altamente estresante o retroceso, permite al trabajador recuperarse de un evento fulminante con un paciente o malas noticias (Figley y Figley, 2017).

Una forma particular de desgaste emocional es el que ocurre en quienes trabajan con el sufrimiento humano. Figley (2002), definió el concepto de fatiga por compasión, también conocido como fatiga por empatía, como el costo de preocuparse por otros o por su dolor emocional. La fatiga por compasión se asocia al coste de cuidar de otros, quienes trabajan al servicio de otros, son más propensos al desgaste por empatía, ya que la empatía es parte importante del trabajo que realizan, aunado a la posibilidad de sufrir un evento traumatizante en su vida fuera del ambiente laboral (Hernández, 2017).

El hecho de ser compasivo en general afecta la calidad de vida de quienes trabajan con pacientes traumatizados, la cual se ve afectada presentando un desgaste emocional progresivo. Los estudios de calidad de vida se han centrado principalmente en mejorar las condiciones laborales, en países desarrollados los efectos de la fatiga por empatía se reconocen como un riesgo laboral, ya que inhabilitan para ayudar eficientemente a aquellos que buscan sus servicios (Mendoza, Rosa, Serna, 2014).

Los factores relacionados con un mayor riesgo de fatiga por compasión se focalizan en aspectos físicos y psicosociales del trabajador y aspectos laborales y profesionales. Sin embargo, ser compasivo trae costos en la mayoría de los casos, reduce la capacidad o interés de soportar el sufrimiento de los otros. De acuerdo con Figley (2002), las principales variables asociadas a la fatiga por compasión son:

La fatiga por compasión se puede comparar con un proceso de contagio emocional, donde una persona que es testigo del sufrimiento de otro sufre paralelamente reacciones emocionales similares a la persona traumatizada, común en profesiones donde la empatía es parte del eje central (Mendoza, Rosa, Serna, 2014).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los profesionales de enfermería suelen ser personas altamente sensibles a las necesidades de otros, particularmente quienes laboran en unidades de hemodiálisis se enfrentan al fallecimiento de sus pacientes de manera constante lo que los expone al sufrimiento que junto a las exigencias técnicas podrían acarrear las consecuencias negativas para la salud de los profesionales.

El duelo presentado por los profesionales ante la pérdida de sus pacientes podría tener características de duelo no reconocido, esta variable se ha explorado en personal médico, trabajadores de hospicios, profesores y cuidadores de animales, siendo de interés explorar las reglas sociales que validan o desautorizan el duelo y cómo es esta vivencia para los profesionales de enfermería de hemodiálisis.

A partir de la revisión de antecedentes surge las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la relación entre el duelo desautorizado y la fatiga por compasión en enfermeros del servicio de hemodiálisis? ¿Cómo son las percepciones de los enfermeros de hemodiálisis tras experimentar la pérdida significativa de un paciente? ¿En qué medida las evaluaciones de duelo desautorizado y fatiga por compasión concuerdan con los puntos de vista relatados por enfermeros de hemodiálisis?

Objetivos

Comprender la experiencia del personal de enfermería del servicio de hemodiálisis ante la muerte de los pacientes con insuficiencia renal crónico terminal, analizando la presencia o no de fatiga por compasión y de duelo, tanto de tipo autorizado como desautorizado, todo ello con la finalidad de discernir las necesidades de apoyo en salud mental para los profesionistas que trabajan con enfermedades terminales crónico-degenerativas como lo es la enfermedad renal crónico terminal.

Objetivos específicos

- Estimar la relación entre las medidas del duelo desautorizado y la fatiga por compasión en personal de enfermería de unidades de hemodiálisis.
- Determinar desde la mirada del personal de enfermería de hemodiálisis cómo es la experiencia tras la muerte de un paciente significativo bajo su cuidado.
- Contrastar la información obtenida mediante cuestionarios y escalas con las narraciones del personal de enfermería de hemodiálisis en cuanto al duelo desautorizado, fatiga por compasión y experiencias de duelo en personal de enfermería del servicio de hemodiálisis.

Hipótesis y supuestos

H_i: El personal de enfermería de hemodiálisis presenta menor fatiga por compasión cuando perciben mayor legitimidad social en su duelo que cuando es menor.

H₀: No hay ninguna diferencia en la fatiga por compasión cuando se percibe mayor o menor legitimidad social en el duelo.

Supuestos o hipótesis cualitativa. Como consecuencia de la muerte de un paciente significativo, los enfermeros experimentan un duelo, con características de ilegitimidad social por el no reconocimiento de la relación interpersonal establecida entre ambos, probablemente perciben poco apoyo social para la resolución de este duelo, lo que se identifica como un duelo desautorizado.

MÉTODO

Se utilizó un diseño de métodos mixtos paralelos y convergentes, en el cual los datos cualitativos y cuantitativos se recopilan en paralelo, se analizan por separado y se conjuntan (Figura 5). En este estudio, las escalas y cuestionarios se utilizaron para probar la Teoría de privación de derecho al luto, que predice que el duelo será desautorizado e influirá negativamente en la fatiga por compasión para personal de enfermería de hemodiálisis. Las entrevistas de datos cualitativos explorarán las experiencias de duelo desautorizado de estos enfermeros. La razón para recolectar datos tanto cualitativos como cuantitativos es comparar los resultados para brindar una mayor comprensión del problema de la que obtendría cualquiera de los tipos de datos por separado.

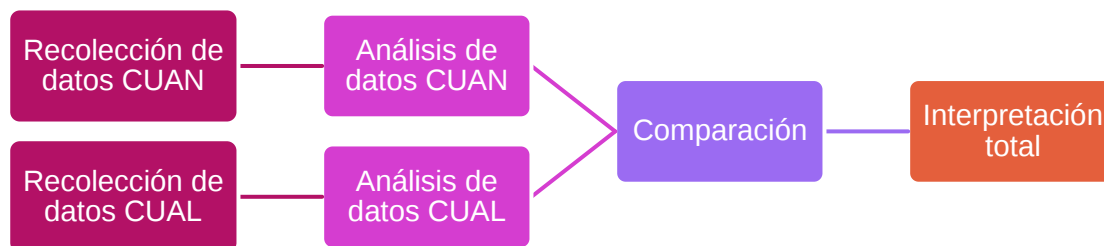


Figura 5. Modelo de método mixto paralelo y convergente

Se usó la perspectiva fenomenológica para los datos cualitativos, la base filosófica de la fenomenología se centra en abordar los hechos, en las experiencias personales, en lugar de una perspectiva grupal. (Álvarez-Gayou, 2003). Esta corriente filosófica originada por Edmund Husserl en 1890, fija su objetivo no en el objeto en sí, sino el mundo vivido por el sujeto, de donde se pueden adquirir los elementos estructurales de los fenómenos más allá de los sujetos (Marí, M. Bo y Climent, 2010).

Las dos principales premisas de la fenomenología son: que las percepciones de la persona evidencian el mundo, no como lo piensa sino como lo vivencia y segundo que la experiencia humana es significativa e interesante, la experiencia implica que las

personas estén en su mundo y que solo puedan ser comprendidas desde él (Álvarez-Gayou, 2003).

El propósito principal de la fenomenología es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con relación a un fenómeno y descubrir los elementos comunes de esas vivencias (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), para ello no se centra en los objetos del mundo externo sino en cómo estos objetos se convierten en vivencias y que estas a su vez son susceptibles de ser compartidas (Aguirre-García, Jaramillo-Echeverría y Guillermo, 2012).

La entrevista, como una de las formas de recolección de datos, permite el diálogo y la interacción mediante la cual se pueden conocer elementos de la subjetividad con relación al fenómeno a estudiar, por ejemplo: creencias, actitudes, opiniones y valores (Marí, M. Bo y Climent, 2010). El método fenomenológico supone suspender el juicio (epojé) para hacer un inventario de las representaciones que conforman la experiencia (Katayama, 2014).

La estructura de la experiencia está compuesta por cuatro categorías clave: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la racionalidad o comunidad (la relación humana vivida) (Álvarez-Gayou, 2003; Katayama, 2014).

De acuerdo con Holstein y Gubrium (citado en Katayama, 2014), se accede a la estructura existencial mediante el método de siete pasos: 1) Intuición, 2) Análisis, 3) Descripción, 4) Observación, 5) Exploración, 6) Suspensión de creencias y 7) Interpretación de significados ocultos o encubiertos.

Definición de Variables y ejes temáticos

Las variables sobre las que está diseñada la presente investigación recogen información demográfica y de la trayectoria laboral de los participantes, además de las variables psicológicas a través de los instrumentos utilizados (Tabla 2).

Tabla 2. Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Categoría	Escala de medición
Apoyo social en duelo	Soporte que reciben los proveedores de salud para afrontar la muerte de sus pacientes	Puntuación obtenida en la Escala de apoyo en duelo en atención de salud,	1. Mayor apoyo 2. Menor apoyo	Cuantitativo Ordinal
Calidad de vida profesional	El grado en que los profesionales son capaces de satisfacer las necesidades personales a través de sus experiencias en el contexto profesional incluidas las emociones de ayudar a otros.	Puntuación obtenida en la Escala ProQOL v-IV Cuestionario de fatiga de compasión y satisfacción	1. Mayor satisfacción 2. Menor satisfacción	Cuantitativo Ordinal
Burnout	Agotamiento prolongado de la energía y se caracteriza por la experiencia de cansancio emocional, sentimientos de baja realización personal e insuficiencia, así como despersonalización	Puntuación obtenida en el Inventario de burnout de Maslach	1. Bajo 2. Medio 3. Alto	Cuantitativo Ordinal
Empatía médica	Habilidad de los médicos para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este sentimiento.	Puntuación obtenida en la Escala de empatía médica de Jefferson	1. Buena 2. Media 3. Baja	Cuantitativo Ordinal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Años cumplidos al momento del estudio	Años	Cuantitativo Razón
Sexo	Diferencia biológica entre el macho y la hembra de una especie	Sexo al cual pertenece el participante	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativo Nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado que el participante señala como respuesta	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo	Cualitativo Nominal
Años de servicio	Número de años que ha ejercido profesionalmente en hemodiálisis dentro o fuera de la actual institución	Número de años de servicio que responde el participante	años	Cuantitativo Razón
Jornadas laborales	Se refiere a las Jornadas institucionales, extrainstitucionales y privadas que el participante labora durante un día	Número de jornadas que responde el participante	Número de jornadas	Cuantitativo Razón

Los ejes temáticos que sirvieron de guía para la recolección de datos cualitativos incluyen el duelo desautorizado y la fatiga por compasión, las categorías y subcategorías se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3 Definición de ejes temáticos

Eje temático	Categoría	Subcategoría
Duelo desautorizado	Sucede cuando la pérdida no puede ser reconocida o validada por otros y la pena sufrida, queda privada de derechos, entonces no puede reconocerse abiertamente o validarse socialmente	Establecimiento o reconocimiento de la relación. Formas en las que el trabajador identifica como significativa las relaciones con los pacientes
		Respuesta a la pérdida. Fisiológica, psicológica, social y espiritual.
		Identificación como doliente. Identificación del participante como deudo del paciente fallecido
		Expresiones privadas de duelo. Formas en que exterioriza la pena
		Expresiones públicas de duelo. Formas en que comunica a otros la pérdida de un paciente
		Trabajo para resolver el duelo. Participación en rituales tradicionales o rituales alternativos.
Fatiga por compasión	Un proceso de contagio emocional, donde una persona que es testigo del sufrimiento de otro sufre paralelamente reacciones emocionales similares a la persona traumatizada	Exposición al sufrimiento. Grado en que el trabajador interactúa con el paciente, tiempo, tipo de contacto o historias acerca del sufrimiento
		Preocupación empática. Grado de angustia personal o de interés de ayudar a los demás
		Habilidad empática. Habilidad de comprender las necesidades de otro en la dimensión cognitiva y afectiva
		Estrés traumático secundario. Las reacciones negativas presentadas por los trabajadores al recibir grandes cantidades de energía negativa
		Recuerdos traumáticos. Recuerdos del historial propio o de los clientes que inducen angustia
		Otras demandas de la vida. Cambios en la rutina que exigen gran tensión y aumentan la angustia
		Autocuidado. Practicas aprendidas por el profesional para cuidar la propia salud.
		Desapego. Desprendimiento físico y mental de las actividades del trabajo
		Sentido de satisfacción. Sensación de cumplimiento al ayudar a otros
		Apoyo social. Contacto con personal solidarias y afectuosas

Participantes

Muestra intencionada no probabilística, conformado por informantes que ejerzan profesionalmente como personal de enfermería de hemodiálisis, mínimo 1 año de antigüedad que accedieron de manera voluntaria a participar en el estudio, brindando su autorización al firmar el consentimiento informado, que afirmen sentirse deudos de sus pacientes.

Criterios de exclusión: no se incluirá a participantes en quienes se identifiquen duelos personales, que no se encuentren dentro de la institución durante el periodo de estudio por incapacidad, vacaciones o algún otro.

Criterios de eliminación: no se considerarán los cuestionarios que sobrepasen el 5% de reactivos sin respuesta, así como los que responda personal de enfermería practicante o en servicio social y al personal que no firme el consentimiento informado.

Instrumentos y Recolección de datos

Los datos cuantitativos serán recolectados a partir de los siguientes instrumentos:

Registro de información, (Anexo 1) ficha de datos de elaboración propia, indaga información sociodemográfica como edad, sexo, estado civil; y aspectos de la trayectoria laboral como años de servicio, tipo de institución, último periodo vacacional, años de servicio en hemodiálisis.

Escala de apoyo en duelo en atención de salud, adaptada al español por Vega, González, Bustos, Santibañez, Cortínez, Sateler y Viedma (2015), de la Encuesta “Grief Support Health care Scale” (GSHCS) desarrollada por Anderson, Ewen y Miles, Es una escala tipo likert compuesta por 15 ítems, que posee un índice de consistencia interna de 0.81, los ítems se distribuyen equitativamente en 3 subescalas: 1) Reconocimiento de la relación (0.74); 2) Reconocimiento de la pérdida (0,81) y 3) Inclusión en rituales funerarios (0.70).

Escala ProQOL v-IV Cuestionario de fatiga de compasión y satisfacción tercera revisión (Stamm, 2005), es un instrumento compuesto por 30 reactivos, con opciones de

respuesta tipo likert donde 0= nunca 1= raramente, 2=Algunas veces, 3=Con alguna frecuencia, 4= Casi siempre, 5= Siempre, compuesta por tres dimensiones 1) Desgaste por empatía 2) *Burnout* y 3) Satisfacción por empatía. La validación en población mexicana permitió descartar la escala de *burnout* por no alcanzar los niveles de confiabilidad, para la escala de desgaste por empatía posee un alfa de 0.79 y la escala de satisfacción por empatía un alfa de 0.75.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, se trata de una escala tipo Likert con 22 ítems cuyas opciones de respuesta van del 0 al 6, donde una mayor puntuación indica mayor frecuencia en los síntomas referidos. Se conforma por tres subescalas 1) Agotamiento emocional (alfa de 0.902); 2) Despersonalización (0.790) y 3) Realización personal (0.757) (Rivera-Ávila, Rivera-Hermosillo y González-Galindo, 2017) Las dos primeras subescalas altos puntajes corresponden a sentimientos de quemarse, mientras que la última una puntuación baja corresponde a altos sentimientos de quemarse. En una revisión sistémica sobre la utilización de este instrumento en México se reportan valores de consistencia interna de 0.86 en promedio para toda la escala (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, y Palencia-Reyes, 2014).

Escala de empatía médica de Jefferson, en su versión en español (Alcorta-García, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara, y Hojat, 2005) se trata de una escala tipo Likert conformada por 20 reactivos con 7 opciones de respuesta donde 1= Totalmente en desacuerdo y 7= Totalmente de acuerdo. Conformada por los factores 1) Toma de perspectiva, 2) Cuidado con compasión y 3) Habilidad de “ponerse en los zapatos del paciente”, reportó un alfa global de 0.74.

La fuente de datos Cualitativos serán narraciones obtenidas a través de entrevista semi estructurada y a profundidad, la guía de entrevista (Anexo 2) se elaboró a través de los ejes temáticos descritos en el apartado anterior. Durante las entrevistas la investigadora elaborará un diario de campo.

Procedimiento

Para entrar en contacto con el universo se ingresó la solicitud a las autoridades de las instituciones, una vez aprobado el protocolo se inició la recogida de datos, para lo cual

se debe localizó a los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, solicitando a las instituciones su colaboración para la identificación de los participantes a través del supervisor o supervisora.

Una vez establecido el contacto con posibles participantes se realizó la fase de piloteo de instrumentos, en la que se identificó, con ayuda del supervisor, a participantes que puedan responder a la entrevista y cuestionario, se les realizó la invitación de manera personal, comentando las intenciones de la investigación; a quienes accedieron se les agendó una cita para la recogida de datos. Se les presentó el consentimiento informado (anexo 1) y los cuestionarios que conforman la batería de pruebas, en una segunda cita el participante respondió la entrevista a profundidad con la guía de entrevista.

Tras el piloteo se ajustaron las preguntas de la guía de entrevista con la finalidad de obtener la mayor cantidad de información y de tener mayor claridad en los cuestionamientos, al tiempo que se realiza la entrevista la investigadora realiza anotaciones en el diario de campo sobre el comportamiento no verbal, o conversación que se mantenga con el entrevistado fuera del audio grabación.

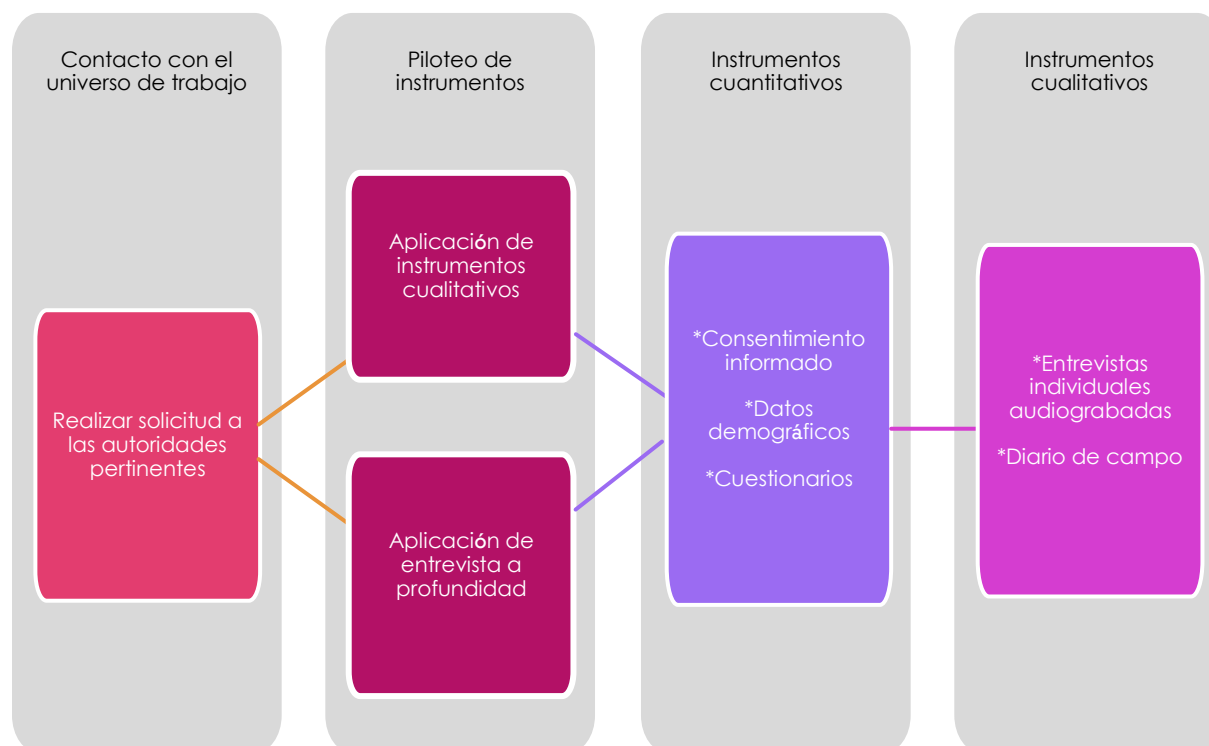


Figura 1 Diagrama de recolección de datos

Para el análisis de datos cuantitativos se creó una base de datos para para analizarlos a través del programa estadístico SPSS v25, identificando los se realizó estadística descriptiva y se buscó la correlación de variables con la prueba de Spearman para los datos con distribución no normal y Pearson para los datos con distribución normal, así como el test de Mann Whitney.

Para el análisis de los datos cualitativos, se realizará la transcripción textual de las entrevistas audiograbadas y las notas de campo, para ser analizados de acuerdo con el modelo propuesto por Marí, M. Bo y Climent (2010) para los datos obtenidos, que consiste en:

- Transcribir las entrevistas grabadas, las palabras literales y algunas anotaciones no verbales de lo que pueda surgir.
- Elaboración de unidades de significado general.
- Elaboración de unidades de significado relevantes para las temáticas de investigación.
- Verificación de las unidades de significado relevante, agrupando las unidades. por significado común.
- Conclusión.

Aspectos Éticos

De acuerdo con los principios establecidos en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki de 1975, este estudio es considerado sin riesgos, se desarrollará conforme a los siguientes criterios: los participantes manifestarán su consentimiento informado por escrito, para ello previamente serán informados de los objetivos del estudio, los posibles riesgos y las garantías de seguridad y confidencialidad que avalan el resguardo de su anonimato.

Durante el procedimiento y tratamiento de los datos se resguardará su nombre y cualquier otro dato que los haga identificables; todos y cada uno de los participantes

fueron informados de su derecho a revocar el consentimiento informado y a abandonar la investigación en cualquier momento que así lo consideren; esta investigación comenzó únicamente cuando se cuente con la autorización institucional y de los participantes.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra final de participantes estuvo conformada por 16 profesionales de enfermería que al momento del estudio se desempeñaban dentro una unidad de hemodiálisis del ámbito público o privado; cuyas edades se encuentran entre los 24 y 49 años, con una media de 31.9, entre las principales características de la muestra se pudo observar que el 62.5% refirieron ser solteros, únicamente 31.2% indicó tener hijos y el 87.5% son mujeres, este último dato corresponde con el predominio de mujeres que ejercen la profesión de enfermería, no solo en las unidades de hemodiálisis donde se realizó el estudio, sino en la profesión en general (Tabla 4).

Respecto a su formación profesional el 62.5% cuenta con estudios de licenciatura en enfermería, el 18.8% tiene formación técnica y el 18.8% manifestó tener estudios de especialidad, el ejercicio profesional de la enfermería tuvo una media de 8.4 años y la antigüedad laboral específicamente en servicios de hemodiálisis obtuvo una media de 5.6 años, esto indicaría que en promedio los participantes han permanecido menos de la mitad de su vida laboral en otros servicios.

Con relación a las condiciones laborales encontramos que el 68.8% de la población labora en instituciones privadas, al momento del estudio el 87.5% de la muestra laboraba únicamente una jornada diaria de 8 horas; de las dos participantes que laboran doble jornada una de ellas lo hace en dos instituciones privadas y la segunda lo hace en una pública y en una privada.

En relación con el periodo de descanso vacacional el 93.8% refirió haber tomado al menos un periodo vacacional durante el último año en contraste con el 6.3% de la muestra que no ha tenido vacaciones en el mismo periodo de tiempo. El 50% de la población afirmó realizar alguna actividad de recreación, únicamente el 18.8% refirió atravesar por una dificultad familiar y el 18.8% la presencia de duelos en amigos o familiares.

Tabla 4 Características de la muestra

Muestra			Muestra		
Características	n= 16	(%)	Característica	n=16	(%)
Tipo de Institución			Sexo		
Pública	6	(37.5)	Hombre	2	(12.5)
Privada	10	(62.5)	Mujeres	14	(87.5)
Formación profesional			Estado Civil		
Técnico	3	(18.8)	Soltero	10	(62.5)
Licenciatura	10	(62.5)	Casado	5	(31.3)
Especialidad	3	(18.8)	Unión libre	1	(6.3)
Jornadas laborales			Recreación		
1 jornada	14	(87.5)	No	8	(50)
2 jornadas	2	(12.5)	Sí	8	(50)
Años de servicio			Tiempo en HD		
1-5 años	6	(37.5)	1-5 años	10	(62.5)
6-10 años	7	(43.7)	6-10 años	5	(31.3)
+ 10 años	3	(18.8)	+ 10 años	1	(6.3)
Dificultades familiares			Padece enfermedad		
Sí	3	(18.8)	Sí	1	(6.3)
No	13	(81.3)	No	15	(93.8)
Duelos (familia o amigos)			Vacaciones		
Si	3	(18.8)	0-6 meses	9	(56.3)
No	13	(81.3)	7-12 meses	6	(37.5)
Número de hijos			+12 meses	1	(6.3)
Sin hijos	11	(68.8)			
1 hijo	4	(25.0)			
2 hijos	1	(6.3)			

Principales hallazgos cuantitativos

Adicional al cuestionario de datos sociodemográficos, se aplicaron un total de 4 cuestionarios a cada participante; se analizaron las medidas de tendencia central como lo son la media, la desviación estándar y los rangos, a las dimensiones que conforman cada uno de los cuestionarios, este análisis se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Medidas de tendencia central de las dimensiones analizadas

Variable	Media	±DE	Rango real	Rango posible
Calidad de vida profesional				
Desgaste por empatía	12.19	4.339	5-20	0-50
Burnout	19.19	5.010	9-30	0-50
Satisfacción por empatía	42.81	3.834	37-50	0-50
Burnout				
Agotamiento emocional	16.94	5.221	8-26	0-54
Despersonalización	6.31	3.610	0-12	0-30
Realización personal	34.56	5.715	20-41	0-48
Apoyo en duelo en atención de salud				
Reconocimiento de la relación	16.81	3.781	5-21	5-25
Reconocimiento de la pérdida	13.88	4.349	5-19	5-25
Inclusión en rituales funerarios	8.69	3.962	5-18	2-25
Empatía				
Toma de perspectiva	57.69	8.475	41-70	10-70
Cuidado con compasión	40.25	6.885	25-49	7-49
Ponerse en el lugar de otro	11.56	3.183	6-19	3-21

DE: desviación estándar

Para poder llevar a cabo el análisis correlacional fue necesario realizar pruebas de normalidad para conocer la distribución de los datos; la prueba de normalidad para muestras pequeñas Shapiro-Wilk (Tabla 6) demostró que los datos tienen una distribución normal excepto el Reconocimiento de la relación y la Inclusión en rituales funerarios. Ambas dimensiones pertenecen al instrumento de Apoyo en duelo atención de salud; debido a lo anterior la comparación de las variables se realiza con la prueba paramétrica de Pearson para las variables de distribución normal y la prueba de Spearman para los datos con distribución no normal.

Tabla 6. Pruebas de normalidad

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Burnout						
Agotamiento emocional	.130	16	.200*	.973	16	.886
Despersonalización	.153	16	.200*	.954	16	.555
Realización Personal	.228	16	.026	.889	16	.054

Continuación Tabla 5.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida profesional						
Satisfacción por empatía	.146	16	.200*	.948	16	.461
Burnout	.234	16	.020	.929	16	.239
Desgaste por empatía	.130	16	.200*	.966	16	.776
Apoyo en duelo en atención de salud						
Reconocimiento de la relación	.207	16	.065	.791	16	.002
Reconocimiento de la pérdida	.170	16	.200*	.892	16	.061
Inclusión en rituales funerarios	.194	16	.110	.865	16	.023
Empatía						
Toma de perspectiva	.126	16	.200*	.953	16	.542
Cuidado con compasión	.173	16	.200*	.936	16	.306
Ponerse en los zapatos del paciente	.097	16	.200*	.975	16	.914

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Se procedió a analizar la relación existente entre las dimensiones del Cuestionario de Burnout de Maslach, con las dimensiones de Calidad de vida profesional y Empatía médica, utilizando la correlación de Pearson, los resultados de observan en la Tabla 7.

Tabla 7 Correlación de calidad de vida profesional, burnout y empatía médica

Correlaciones									
	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización Personal	Satisfacción por empatía	Burnout	Desgaste por empatía	Toma de perspectiva	Cuidado con compasión	Ponerse en los zapatos del paciente
Agotamiento emocional	1	.383	.133	-.390	.510*	.468	.069	.023	-.291
Despersonalización		1	-.151	-.101	.225	.166	-.295	-.264	-.382
Realización Personal			1	.483	-.523*	-.335	.322	.533*	.154
Satisfacción por empatía				1	-.585*	-.358	-.068	.047	.135
Burnout					1	.655**	-.024	-.063	-.291
Desgaste por empatía						1	.221	.110	.122
Toma de perspectiva							1	.614*	.375
Cuidado con compasión								1	.541*
Ponerse en los zapatos del paciente									1

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En primera instancia se observa que la puntuación de Agotamiento emocional y el Desgaste por empatía presentan correlación significativa con la dimensión Burnout; estos constructos al representar una consecuencia negativa del trabajo asistencial se mueven en el mismo sentido, aquellos participantes que presentan mayores puntajes de burnout también presentan mayores puntajes de agotamiento emocional y de desgaste por empatía.

La puntuación de Satisfacción por compasión y Realización personal correlacionaron de manera negativa con la puntuación de Burnout, es decir, que quienes presentan mayor Satisfacción y Realización personal presentan en menor grado burnout.

Por otro lado, se analizó la relación existente entre las dimensiones del cuestionario de Apoyo en duelo en atención de salud, que se basa en la teoría del duelo desautorizado, se utilizó la correlación de Spearman, los resultados de observan en la Tabla 8.

Tabla 8. Correlación de las dimensiones del apoyo el duelo

		Correlaciones		
		Reconocimiento de la relación	Reconocimiento de la pérdida	Inclusión en rituales funerarios
Rho de Spearman	Agotamiento emocional	.251	-.044	-.022
	Despersonalización	-.261	-.422	.113
	Realización Personal	.797**	.300	-.158
	Satisfacción por empatía	.263	-.191	.109
	Burnout	-.197	-.344	.145
	Desgaste por empatía	-.137	-.104	.315
	Toma de perspectiva	.358	.291	-.067
	Cuidado con compasión	.542*	.346	.071
	Ponerse en los zapatos del paciente	.175	.449	.084
	Reconocimiento de la relación	-	.612*	.027
	Reconocimiento de la pérdida	.612*	-	.040
	Inclusión en rituales funerarios	.027	.040	-

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Al relacionar las dimensiones de la escala de Apoyo en duelo en atención de salud no se encuentran relaciones entre la Inclusión en rituales funerarios con el resto de variables; el reconocimiento de la pérdida únicamente presenta relación con el reconocimiento de la relación (profesional-paciente); por su parte el reconocimiento de la relación (profesional-paciente) se correlaciona manera positiva alta con la Realización personal y también con el cuidado con compasión, es decir, que los profesionales de enfermería que muestran mayores puntuaciones de realización personal reciben mayor reconocimiento de su relación con los pacientes y sus cuidados son más compasivos.

Principales hallazgos cualitativos

Con relación a los hallazgos cualitativos, se analizaron los datos obtenidos en las entrevistas, a partir de lecturas repetidas se pudieron identificar las categorías y subcategorías de análisis que se describen en la Figura 6. La propuesta original de categorías y subcategorías se modificó y adaptó conforme a las respuestas de los participantes, teniendo como criterio las reiteraciones de los relatos, se consideraron las categorías emergentes: Dificultades de la relación enfermera-paciente, Concepción del trabajo y se eliminó la categoría Trabajo para resolver el duelo, sustituyéndola por dos categorías, Rituales no convencionales y Rituales convencionales.



Figura 6. Categorías y subcategorías para el análisis cualitativo

La presentación de resultados contempla por un lado las experiencias manifestadas por los participantes en las categorías de fatiga de compasión y por el otro las experiencias de las categorías de fuelo desautorizado, en ambos casos se agregan algunas de sus respuestas típicas para ilustrar.

Se parte del hecho de considerar que las características del trabajo desempeñado por los profesionales de enfermería en las salas de hemodiálisis poseen características específicas propias del contexto y se asume que estas experiencias son las que llevan a los participantes a experimentar y relatar sus vivencias desde su propia perspectiva en interacción con ese contexto las tareas que realizan y las tareas que desempeñan.

Fatiga por compasión

Concepción del trabajo

Los participantes perciben su trabajo en las salas de hemodiálisis como una tarea técnica, cuya finalidad principal es realizar la conexión y desconexión del paciente, a esta tarea se suma la vigilancia del paciente durante el tratamiento, predomina la idea central de que adquieren la responsabilidad de mantener estable al paciente durante el tratamiento.

“Me encargo de darle la, el procedimiento de hemodiálisis a los pacientes ¡Eh! cuando llegan pues preparo su acceso vascular para que reciban la terapia que dura 3 horas y ya posterior me encargo de volver a preparar ese acceso vascular para que la próxima vez sea utilizado” (participante 06co94)

“soy enfermero operativo, en el tratamiento de hemodiálisis para los, a los pacientes los conecto a una maquina donde se les filtra su sangre mediante un filtro y en, en ese proceso se le limpia su sangre de toxinas y elimina líquido que tiene de más en el cuerpo”

“más enfocadas al paciente pues recibirlo es pesarlo acomodarlo en su máquina que le toca, tomarle la presión y de ahí iniciar con el procedimiento de, que es la conexión, conectamos y cuando ya están conectados hacemos lo que es la, una vigilancia pues monitorizamos signos vitales, vigilamos su estado hemodinámico del

paciente y así transcurren tres horas y media o tres horas dependiendo del paciente hasta llegar a la desconexión” (participante 24an84)

Para algunos de los participantes su trabajo también incluye en sus actividades brindar atención y cuidados no técnicos a los pacientes en el servicio de hemodiálisis, aunque estos cuidados se encuentran supeditados al cuidado del estado fisiológico del paciente

“Primero es como darme cuenta de que es un paciente que está enfermo y ver en qué puedes apoyar medicamente, obvio es mi obligación hacerlo y a parte un gusto, o sea lo haces, pero ir más allá en cuestión de relacionarme por ejemplo a mí me gusta mucho hablarles por su nombre porque creo que eso te acerca más”

Exposición al sufrimiento

Los pacientes asisten a las salas de hemodiálisis tres veces por semana, ahí suelen permanecer alrededor de cuatro horas, no todo este tiempo se encuentran en el tratamiento como tal, sino que se considera un tiempo de recepción de alrededor de 30 minutos, en el que el paciente registra su ingreso.

La exposición y contacto de los pacientes con las historias dolorosas es percibido de manera diferente por los participantes mientras que para algunos el tiempo que pasan en contacto es breve, algunos de los participantes consideran las tres horas de tratamiento como tiempo de contacto con el paciente

“De las ocho horas yo creo que un 80% de tiempo lo pasó con los pacientes, estoy pensando que más o menos seis y media supongamos, unas siete horas”

“pues cuando los estamos conectando serán unos 10 minutos o 12, y la desconexión igual, más o menos en tiempo, pero no solo es eso, sino que los monitoreas y ves cómo van, pero ya en sí en total yo diría que unos 30, sí 30 minutos”

Al relatar algunas de las historias más difíciles que han visto en sus pacientes podemos identificar que las temáticas principales son relacionadas a efectos de la enfermedad y el tratamiento, el desgaste físico y un tema reiterativo fue la falta de apoyo del grupo

familiar y los sentimientos de soledad que esto conlleva para los pacientes, quienes en su mayoría son adultos mayores, viven solos y deben hacerse responsables de sus necesidades básicas de aseo y alimentación.

“... de cómo ha evolucionado la enfermedad, de cómo la, algunas algunos familiares los han abandonado o no los apoyan como ellos quisieran”

Perciben sus necesidades emocionales y constantemente encuentran estados de ánimo negativos en sus pacientes, desde enojos y preocupaciones hasta estados de ánimo depresivos

“siempre les he detectado que vienen preocupados, si no vienen preocupados porque este, no pueden trabajar, no pueden aportar en su casa, ya vienen preocupados por un detalle familiar que tuvieron o vienen preocupados porque pues se sienten mal o vienen simplemente preocupados porque no se vayan a sentir mal en la sesión o cosas así, pero sí generalmente todos vienen asustados, preocupados no he visto así pacientes que vengan como tranquilos como relajados”

“emocionalmente los ves muy mal los ves muy tristes, por ejemplo, a mí me ha tocado ver a muchos pacientes que llegan sin ganas de vivir, están devastados”

Entre las historias de sufrimiento a las que se han enfrentado se encuentran con el duelo experimentado por sus pacientes ante una pérdida personal, aunque también consideran el fallecimiento de los propios pacientes.

“...su hija al regreso y se volcó en el carro y falleció y que ella pues se siente mal, o sea como que si no hubiera venido a la hemo no le hubiera pasado eso a su hija...”

ese paciente falleció pero recuerdo, lo recuerdo mucho porque ya al final venía como muy cansado preocupado porque decía que, o sea venía cansado del hecho de que ya no podía caminar, ya cada vez dependía más de, de su familia y él se sentía muy, muy como muy impotente porque pues no podía ayudar a su familia económicamente ni moralmente, decía él, entonces me acuerdo mucho de esas cosas así como que luego dices, yo ya mejor me debería de morir porque yo ya siento que soy una carga, siento que ya no debo de estar aquí”

Respuesta empática

Para los profesionales de enfermería participantes, identificar las necesidades de sus pacientes no suele ser una dificultad, refieren identificarlo a través de su comportamiento no verbal, y generalmente lo confirman a través de la comunicación verbal, entablando conversación directa con el paciente, ante ello hacen uso de su habilidad para obtener información y generar confianza en el paciente.

“me acerco a preguntarles que qué es lo que tienen o que por qué vienen así de serios... siento que para saber qué les pasa a los pacientes sí les tienes que preguntar yo soy muy así no ando con rodeos siempre voy y pregunto qué tienes qué te pasó”

“cómo que se ven así más apagados, este... que unos no hablan y así no son ellos ajá que son más platicones pues... pues ahí por decir uno les pregunta: ¿y ahora qué te pasó? ¿Cómo estás? Los que sí quieren decirte pues te platican y hay unos como que no dicen nada, pero también hay unos que por decir a mí no es que me tengan, así como mucha confianza, sino que más bien les dicen a otras compañeras”

“Siento que soy cercana, cercana, porque siempre les pregunto cómo están o sea en lugar de, de solo enfocarme en su tratamiento pues pregunto cómo están, cómo se sintieron y ya alguna, no sé de navidad ¿cómo les fue en navidad? O ¿qué hicieron en año nuevo? ¿quién se junta? o el día del abuelo ¿cómo la felicitan? o hay personas que tiene familiares en estados unidos y me cuentan que se ponen felices porque les llamas sus hijos, siento que cercana”

Al identificar las necesidades de los pacientes los participantes brindan ayuda de diferentes tipos, una forma referida de manera común fue la escucha de sus problemas y poder brindarles acompañamiento emocional e incluso aconsejarles

“a mí me gusta ser muy alegre, entonces hay un paciente que veo mal y siento que nada más es con eso, como con mi alegría le puedo ayudar”

“Trato de acercarme a ellos, pero casi con... es que yo soy muy sensible entonces si veo al paciente que está mal pues me cuesta mucho dar un abrazo porque yo también me siento mal, entonces trato primero como de controlarme yo y después

darle un consejo o algo así o unas palabras de aliento, porque pues también los consejos no siempre me los piden (ríe)”

También al identificar necesidades de tipo económico los participantes refieren implementar otro tipo de respuestas que van desde reunir dinero para solventar necesidades de medicamento, transporte y alimentación

“pues sí que a veces les falta para su pasaje o que a veces pues que les dicen que no hay algún medicamento o que no más traían para venir, pero les faltó para una torta, pero luego ellos no te dicen, verdad, a veces otros de sus mismos, este otros pacientes compañeros pues son los que te dicen y nos hemos cooperado para eso, siempre por su misma enfermedad algo, algo hay, pero no con todos con algunos que uno lo puede hacer”

“le regalé un libro, le gusta colorear a una pacientita que tenemos, mandalas y le regalé un librito de mandalas, entonces sí, sí algo más así, sí, o el simple hecho a lo mejor de, no pues sí de un dulcecito o algo así, pero sí... tengo, la costumbre o la creencia de que siempre que llego a mi trabajo bendigo a mi trabajo y bendigo a mis pacientes, este que salga, que me vaya bien que estén bien mis pacientes, que salgan con bien y que llegue bien a casa”

Otro tipo de respuestas empáticas encontradas son las cognitivas y emocionales, las primeras relacionadas con la preocupación que se genera al presenciar las necesidades del paciente y las segundas, mayormente manifestadas como tristeza.

“cuando me encariño con ellos y que sufren alguna complicación o no están, están en el hospital y yo si siento feo, siento feo cuando los veo en el hospital eso sí, este cuando se muere algún paciente”

“en su caso es muy triste porque era su último acceso entonces ahí es donde siento más feo porque siento feo de eso depende su vida prácticamente”

Dificultades de la relación profesional-paciente

Los participantes manifestaron que no siempre les resulta fácil lidiar con los pacientes y que en ocasiones son ellos mismos quienes no permiten que se establezca una relación

cercana y no tienen la facilidad para identificar necesidades de cuidado distintas de las necesidades físicas que atienden en el tratamiento.

“Tú te das cuenta de que están como más serios o que no quieren hablar”

“Hay algunos que solo te dicen buenos días y se sientan en el reposet y ya, no vuelven a hablar hasta que les preguntas si se sienten bien, que parecen robots, se sientan y en cuanto los conectas ya se durmieron”

Otra de las dificultades que encuentran son las relacionadas con el manejo que tienen de la enfermedad y del tratamiento, refieren que los pacientes se vuelven desconfiados del trato de los profesionales al conocer cada vez más del tratamiento e incluso perciben como dificultad lidiar con las exigencias propias del paciente e incluso también con las de los familiares.

“esto pacientes son sumamente inteligentes, ellos saben y conocen, como pasa el tiempo ya te dicen, no así no, o quieren que lo hagas como otros compañeros,”

“te pueden decir eres, en tu trabajo, eres el mejor hasta haces todo bien, pero si un paciente te dice: no, que no me toque él o que hagan comentarios feos de ti, eso como que no está padre”

“a lo mejor tratar con los familiares, a veces te preguntan y te preguntan y a cada rato y no es que uno no les quiera decir, o sea, a veces la situación del paciente no, o sea es difícil de saber, y entonces no, no les pueda decir porque no se sabe, pero ellos quieren saber pues cómo esta, entonces sí es bien complicado”

Estas dificultades podrían contribuir a la incomodidad e incluso la insatisfacción de los profesionales con su rol o posición laboral, también deja de manifiesto que los profesionales podrían contar con pocas herramientas para hacer frente a situaciones como el comunicar malas noticias o lidiar con emociones que les provocan ser percibidos por los pacientes como menos capaces que sus compañeros de trabajo.

Estrés y recuerdos traumáticos

El número de participantes que refirió haber tenido recuerdos traumáticos fue bajo, sin embargo, los referentes a hemodiálisis tienen relación con sueños o recuerdos sobre

paciente que han fallecido, sobre todo quienes fallecen fuera de la unidad o que han caído en paro cardiorrespiratorio mientras se encontraban bajo su cuidado.

“sueño me recuerdo que yo estaba como en un así como en el fondo de la de una este, una montañita y él estaba en la punta en una máquina conectado y yo oía que sonaba su máquina y oía este sonido característico que tienen las maquinas que suenan y el foco rojo y que yo lo veía a lo lejos y que ya me levantaba y que corría y que corría y que ya cuando llegaba a la maquina en la punta donde estaba él ya estaba muerto, entonces sí fue así como que de repente así de sorpresa, pero yo creo que es la única vez que me ha pasado eso y pues el señor ya había fallecido cuando a mí me pasó eso”

Algunos recuerdos traumáticos que los participantes pudieron relatar provienen de eventos experimentados fuera de las salas de hemodiálisis mayormente con el periodo de formación de profesional o con sus primeros contactos con el ambiente hospitalario, pese a que estas vivencias no tuvieron su origen propiamente en las de hemodiálisis sí forman parte del bagaje del profesional y al enfrentarse a situaciones similares podrían despertar nuevamente sentimientos o angustias.

“cuando vas entrando también hay cosas que no conoces del todo, y en un principio no sabes qué le pasó yo sí me sentí culpable”

Sentido de satisfacción

Los participantes expresaron que el trabajo es una fuente de motivación debido a que les permite desarrollarse profesionalmente y les permite contribuir al bienestar, sobre todo físico de los pacientes y visualizan su trabajo diario como un factor determinante para la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis.

“lo más bonito es lo que le decía, es cuando llego a la meta con ellos y los involucro, porque muchos pacientes que no se cuidan, entonces siento bonito que con lo que no se cuidan ya se empiezan a cuidar, aunque sea un poquito y me gusta felicitarlos porque también se ve que ellos están alegres y los momentos en los que ellos cuentan sus bromas cuentan sus chistes eso me eso me hace muy feliz”.

Se observa que los participantes encuentran como fuente de motivación poder colaborar en el bienestar atendiendo a necesidades afectivas brindándoles mensajes positivos, para hacer sentir mejor a los pacientes durante el tratamiento.

“que este a veces uno les pueda dar ahora sí que dar un consejo como que ayudarles, como ser su apoyo su ayuda, entonces uno se siente bien, pues de ayudar, que antemano uno ya sabe obviamente ¿no? que obviamente no se van a curar que eso pues de la enfermedad que es crónica verdad, pero sí se puede que estén ellos más, este más estables”

Autocuidado y otras demandas de la vida

La mayor parte de los participantes refieren no tener dificultades para desconectar de las actividades del trabajo, algunos de ellos realizan ciertas actividades de autocuidado como practicar meditación o practicar reiki, pero también poder realizar las actividades de la vida cotidiana como preparar la comida son vistas como autocuidado.

“pues por decir saliendo de aquí llego a mi casa, llego y... bueno trato de irme rápido y este... pues trato de preparar la comida de estar ahí en mi casa haciendo mis cosas y al otro día temprano me vengo aquí al instituto.”

“son momentáneas esas, esas emociones y ya después no sé, se me olvida tal vez, pero algo en especial no, no hago”

“me ha ayudado mucho meditar, yo hago meditación (ríe) así pues como para relajarme, y eso fíjate que me ha ayudado mucho, entonces ahora cuando me pasa que fallezca o nada más que caigan en paro un paciente pues ya no, o sea, sí me preocupo obviamente pero ya no como para yo estar mal”

“Para mí mi religión ha sido algo muy importante, ahí he crecido y me ha dado la fortaleza y la forma de pensar que tengo, otra ha sido mi familia porque me han ayudado en ese crecimiento, no que haya sido perfecto, pero me han ayudado ciertas cosas que te sientes como un apoyo”

No todos los profesionales manifiestan la misma facilidad para compaginar la vida laboral con la vida personal y lo resienten sobre todo en la parte recreativa de su vida personal

y familiar, en la que frecuentemente tienen que renunciar a eventos especiales como reuniones familiares o cumpleaños por cumplir con los horarios de su empleo.

“... pues yo, bueno la mayoría que estamos en el área de la salud ya sea médico o enfermería yo creo que dejamos en segundo plano muchas veces nuestra vida personal o nuestra vida recreativa y no, pues a lo mejor te pierdes hasta de tu cumpleaños, tu fiesta de tu cumpleaños que, si te iban a hacer una sorpresa pues no, no llegó porque está trabajando o no puedo ir a la comida de mi abue porque me toca trabajar”

Duelo desautorizado

Reconocimiento de la relación

De acuerdo con la teoría del duelo desautorizado, el no reconocimiento de la relación es un factor para que el duelo sea invalidado, los participantes de este estudio pueden identificar que presentan un cariño especial con algunos pacientes en los que han llegado a encontrar relaciones significativas, aunque esto sucede con un número reducido de pacientes.

“Pues es que yo los considero pues sí algunos, no a todos, sí los considero pues amigos y siento que ellos también a mí, pero son poquitos.”

“yo no veo a la gente que se acerca a mi círculo yo no la veo como una persona enferma, como a un paciente, simplemente como a una persona que a lo mejor es mi amigo o que este cree que, creo que es mi amigo y no, no me gustan las etiquetas”

“no con todos obviamente pero sí hay muchos que de hecho tuvimos una paciente que bueno, hubo una paciente que estuvo muchos años con nosotros y se embarazó estando en hemodiálisis se embarazó y de hecho a la primera a la que le dijo que estaba embarazada fue a mí”

Ante el fallecimiento de los pacientes, los participantes mencionaron experimentar sentimientos de tristeza, que de acuerdo con sus vivencias podría ser un grado mayor

cuando se trata del fallecimiento de un paciente con el que convivieron por un tiempo prolongado o cuyas situaciones de vida el participante se identificó

“no es necesariamente una gran tristeza, claro se siente una tristeza porque sabes que es alguien que o llevas conociéndolo mucho tiempo o a veces alguien que no conoces mucho tiempo o, aunque no, al final es un ser humano y dices ya se murió no”

Algunos participantes ven estas relaciones con naturalidad y como una consecuencia esperada de la convivencia

“porque el cariño siento que no hay medida o no es como que hasta aquí te voy a querer y si un paciente pues está platicando y te jala para platicar y te cuenta sus cosas tú cómo le vas a decir que no”

Sin embargo, esto no es igual para todos los profesionales quienes refieren hacer un esfuerzo consiente al tratar de mantener una distancia que ellos consideran como un valor ético y profesional positivo

“Trato de relacionarme de manera amable de manera que no se sientan como tan cercanos a mí, que vean que uno está ahí para atenderlos, pero hasta ahí. Está bien que vean que hay compañeros con los que pueden relacionarse más, pero depende de la persona de cada quien”

Identificación como doliente

Algunos de los participantes no se identifican a sí mismo como dolientes ante el fallecimiento de alguno de sus pacientes, sin embargo, sostuvieron haber identificado en otros compañeros de trabajo expresiones de duelo como el llanto y la tristeza. Algunos otros prefieren suavizar la situación a modo de manejar el fallecimiento como situación cotidiana y común y no como una pérdida personal

“nunca me ha tocado ver una algo así, o sea, que, si esté muy familiarizado con el paciente y que sufra mucho, entonces siento que para mí sería nada más que

buscara la forma de concluir ese duelo y ya pues seguir adelante con lo que tiene que hacer”

“A lo mejor no, porque no lo expreso, no tanto como otras compañeras que han llorado, al momento pues sí te ves triste pero no lo sé”

Aunque pueden identificar que la convivencia genera vínculos y que el fallecimiento puede generar emociones de duelo, tienen una mayor facilidad al reconocerlo en otros y no en ellos mismos, tal como reconocen que otros compañeros manifiestan

Respuesta a la pérdida

La recepción de las noticias del fallecimiento de un paciente suele ser a través de comunicación informal, sus instituciones no tienen políticas referentes a informar al personal sobre los pacientes fallecidos. Principalmente son informados del fallecimiento por otros pacientes, quienes tienen contacto con los deudos de paciente fallecido

“Pues es que normalmente aquí no, que nos digan de manera directa el paciente falleció o esto o lo otro, aquí no, hasta que uno anda preguntando o que se está enterando por compañeros, suponen lo que pudo haber pasado, a ciencia cierta aquí por lo menos, en mi caso no, me he enterado más por compañeros que por encargados que digan oigan falleció un paciente por esta situación”

Una de las respuestas es preocuparse por los familiares y deudos del paciente con quienes también suelen tener contacto y comunicación, aunque en menor grado que con el paciente directo.

“me acuerdo de que se murió un paciente, pero de quien yo me acordé fue de su esposa, porque su esposa lo quería mucho, entonces ya al final pues sí me acuerdo de que llegué a mi casa y estaba con mi mamá y ya le conté y pues estaba llorando, pero pues ya se me pasó”

“pero si es una persona que a lo mejor tuve una buena relación como que digo pues qué mala onda, pero pues bien porque pues ya, o sea, muchos dicen ya no está sufriendo, pero yo lo digo, yo lo pienso de otra forma que pues ya no, ya no va a estar viniendo aquí es muy desgastante”

Los participantes ven el fallecimiento de sus pacientes como un descanso de los malestares físicos, ya que previamente observaron el deterioro del paciente, tienen oportunidad de prever el inminente fallecimiento del paciente, y suele tener más impacto en aquellas ocasiones que el estado físico del paciente se deteriora de forma abrupta

“Es un pensamiento de que por lo menos ya está descansando ya no va a estar sufriendo, tenemos la idea de que, de que hasta aquí terminó”

“Hay veces que no se espera uno, pues si es así ¡y! se sorprende uno, me sorprende, no, cuando son casos que ya los pacientes están muy delicados pues ya uno los va como asimilando que ya no los vas a ver, se van bien ya solo te avisan que ya falleció o así, no sé me causa como algo de sorprenderse.”

Expresiones de duelo

Ante el fallecimiento de sus pacientes para algunos los participantes de este estudio la expresión más común suele ser el llanto, aun cuando este no se expresa libremente, otra forma de hacer expresiones del duelo es permanecer en silencio y apartándose un poco del contacto con el resto de los compañeros y de pacientes.

“Bueno pues una, pasó de cuando le comento que lloré con ese señor, pero fue porque me acordé de su esposa”

“Me sentí triste pero no lloré, no sé, siento que a lo mejor me sirvió mucho lo del primer paciente y ya con él no lloré nada más pues sí sentí feo de que ya no estuviera”

“No soy de las que por ejemplo les dijo, o que le haya comentado o algo, no, no siento que soy así, a quien me avisó le dije qué lástima, pero hasta ahí quedó la plática no como dijera que me voy a poner a llorar se siente feo, pero no”

Manifestaciones públicas de duelo

Los participantes comentan algunas situaciones que dificultan la posibilidad de expresar públicamente el duelo por las pacientes algunas de ellas tienen que ver con que las

expresiones de dolor, tristeza o llanto podrían ser consideradas como disruptivas por otros compañeros dentro del entorno laboral.

“¿Yo qué pensaría? Yo pensaría de esa persona, ridículo (ríe), no, no es cierto, (ríe) no sí, claro que sí, porque pues estás en tú trabajo y no, aunque te duela, o sea, tienes que estar, así como que pues bien para tus demás pacientes y no alterar a la comunidad de personal o familiar.”

“Yo creo que, si a mí me pasara eso, sí sería como que muy reservado y así como que ahorita vengo y ya, suelto todo como si nada y regreso listo ya, ya pasó”

“A veces sí lo oculto porque igual crecimos, y en medicina también te educan para no decirlo, para no hacerlo evidente, te enseñan que no puedes estar llorando y diciéndole oye falleció tu paciente, aprendí a guardarlo por ese motivo, pero...”

“Es que como aquí todos estamos acostumbrados a lo que es la muerte, se oye mal pero no da pie como para expresar sí se siente mal pero no como para expresarlo”

Trabajo de duelo

Los participantes manifiestan no involucrarse en rituales convencionales como la velación o sepultura de sus pacientes fallecidos, en algunas ocasiones encuentran dificultad para hacerlo debido a que no consideran tener la cercanía suficiente con los deudos.

“Es que siento que el tiempo que los llevo conociendo no me es suficiente para yo involucrarme, para yo con su familia o así”

“sí porque digo qué voy a andar haciendo yo allá, no para qué porque pues, ya he vivido la otra parte que aunque sea familiar de tu amigo, tu novio, tu novia, como sea en ese momento andan en otro rollo incluso no perciben quien es o sea tú llegas y ves gente pero no distingues a la gente, este a lo mejor si alguien se te acerca y te dice oye ya comiste, vamos a comer o algo, pero yo creo que ese momento es como que tan personal”

“bueno los familiares del paciente invitaron al personal y el médico encargado de ahí dijo que no teníamos nosotros porque irnos parar, y bueno pues nosotros sí ya me dijeron que no tengo ni porque pararme ahí, como que, a partir de ahí, pues no”

No obstante, para algunos sí es una opción viable participar en rituales

“ella nos dijo antes de fallecer que quería que la acompañáramos a su velorio porque ya se iba a morir, le digo: no doña Irma no diga eso, va a estar bien, se va a recuperar, no es que de verdad yo ya me voy a morir, y sí ya la próxima sesión ya no regresó, ya había fallecido, entonces pues de alguna manera ella nos pidió que la acompañáramos y aunque no nos lo hubiera pedido hubiéramos este, hubiéramos acompañado pues en su, su último adiós”

Para algunos profesionales es más sencillo participar en rituales no convencionales, o no los mismos en que participan los familiares, algunos de ellos hacen rezos o misas en memoria de los pacientes fallecidos.

“sí pues le pido a dios que, que lo reciba que le ayude a encontrar la luz, bueno mis creencias (ríe) este y pido por él o que voy a alguna misa, este pido por él, he tenido la inquietud de o sea pagar para que hagan una misa o sea para ellos, este pero siempre digo voy a ir y no voy, es lo único que sí no he realizado y este pido por él o yo me despido”

Suelen recibir apoyo de los compañeros de trabajo, pues sienten que ellos son quienes mejor pueden comprender su situación

“Algunos compañeros de trabajo son los que me apoyan a veces basta con que me digan échale ganas”

No participar de ningún ritual podría representar una carga a futuro para el personal

“Perdí la oportunidad, hacia unas semanas que el paciente estaba cantando y perdí la oportunidad de por lo menos haberlo grabado, pero nada más este, nada más tristeza respecto a lo que pasó”

Datos adicionales

El ambiente laboral es percibido como un factor negativo que influye en la percepción global del trabajo, durante la entrevista no se incluyeron preguntas relacionadas específicamente al ambiente laboral, sin embargo, los participantes hicieron mención al preguntarles si habían pensado en cambiar de empleo, las respuestas afirmativas hacían referencia a diferencias con los compañeros de trabajo y los supervisores; estos factores han sido ampliamente estudiados y su relación con la fatiga ha sido discutida, se puntualiza en este apartado debido a que es un factor que pese a no ser indagado de manera directa ha estado presente de manera repetida en las respuestas de los participantes.

En relación con el ambiente laboral, se encuentra como un dato de interés que los profesionales manifiestan dificultades al relacionarse con los pacientes cuando estos últimos presentan desconfianza y desconocimiento del tratamiento, cuando perciben como inexperto al profesional y esta actitud podría verse como defensiva y dificultar la relación profesional paciente y también lidiar con las exigencias de los cuidadores y familiares de los pacientes.

DISCUSIÓN

En el campo de las enfermedades crónicas las investigaciones se encuentran centradas mayormente en las experiencias individuales de los enfermos crónicos extendiéndose a los cónyuges o en los padres de niños enfermos, ambos generalmente fungen como cuidadores (Montalvo, Cabrera y Quiñones, 2012), sin embargo, las experiencias de entorno a las enfermedades también tocan la vida de los profesionales que brindan cuidados y tratamientos a los pacientes con estos padecimientos.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas permiten contar con información de primera mano y de viva voz, acerca de las experiencias del grupo de profesionales de enfermería que participaron en este estudio, pudiendo identificarse algunos hallazgos que dan luz en relación con la fatiga de compasión y le presencias de duelos desautorizados.

El objetivo general de este trabajo de investigación fue comprender la experiencia del personal de enfermería de hemodiálisis ante la muerte de un paciente, analizando la presencia o no de fatiga por compasión y duelo desautorizado. Para discernir las necesidades de salud mental de los profesionales que trabajan en el campo de las enfermedades crónico-degenerativas.

Los datos obtenidos permitieron responder a cada uno de los objetivos específicos el primero de ellos, estimar la relación entre las medidas del duelo desautorizado y la fatiga por compasión, este análisis correlacional permitió identificar que las relaciones significativas entre ambas variables se encuentran en la dimensión reconocimiento de la relación y la realización personal.

Esto implicaría que los profesionales podrían presentar mayor realización personal si sus familiares, amigos, compañeros o supervisores reconocen que los pacientes son importantes y al relacionarse de manera cercana, podrían verse afectados por el fallecimiento de algunos pacientes, especialmente con aquellos que formaron lazos estrechos.

Estos hallazgos son coincidentes con los reportados por Vega et. Al. (2017) quienes encontraron que el reconocimiento del vínculo se correlacionó negativamente con el cansancio emocional, despersonalización y realización personal, es decir las tres dimensiones del síndrome de burnout.

De acuerdo con Doka (2002) el no reconocimiento del vínculo es una de las principales características que limitan la legitimidad y reconocimiento del duelo y, por lo tanto, los participantes que manifestaron este reconocimiento por parte de las personas cercanas a su círculo presentan a la vez mayor satisfacción de su actividad laboral.

Aunque los trabajadores tienen necesidad de reconocer que su vínculo con el paciente es validado, en su mayoría no consideraron pertinente participar en los rituales funerarios o velatorios, de acuerdo con lo propuesto por Robson y Walter (2013), los participantes no se ubican a sí mismos en las primeras jerarquías para manifestar los sentimientos de pérdida y duelo, como sí lo consideran de los cuidadores primarios y familiares de los pacientes fallecidos, principalmente cónyuges e hijos, sin embargo, cuando llegan a hacerlo es porque consideran que la cercanía con el paciente y la relación establecida también con los familiares se los permite.

Generalmente la relación profesional-paciente no es un aspecto central en los estudios de la satisfacción laboral; en una revisión sistemática se encontró que los temas más recurrentes en las investigaciones sobre enfermería para enfermos renales son las perspectivas sobre los modelos de atención de enfermería, sobre la educación al paciente, la importancia de la familia en el cuidado del paciente y la satisfacción del paciente (Ángel, Duque y Tovar, 2016). esto hallazgos nos sugieren una necesidad de considerar aspectos más afines a las interacciones entre el profesional y sus pacientes como uno más de los factores que contribuyen a la satisfacción laboral de los profesionales al cuidado de enfermos renales.

Dentro de los hallazgos relacionados a la formación de la relación profesional-paciente, los participantes manifestaron influencia de profesores, compañeros e incluso de profesionales de otras áreas, para quienes los cuidados de enfermería no contemplan una conexión emocional con las personas bajo su cuidado, sin embargo, tener conciencia

de que el reconocimiento de esta relación podría ser un factor protector para los profesionales fomentaría que los profesionales mantuvieran y aumentaran las actitudes de cercanía con sus pacientes.

Se encontró relación negativa entre la satisfacción por empatía y la sintomatología del síndrome burnout, es decir que mientras mayores son las oportunidades de brindar respuestas empáticas y actuar con compasión los profesionales de enfermería presentan en menor medida las consecuencias negativas del trabajo asistencial.

La respuesta natural al ver el sufrimiento de otro es la empatía, esta respuesta se presenta de manera común en personal de enfermería, sin embargo, los esfuerzos por aliviar podrían verse no recompensados, ya que la mejoría del paciente no depende únicamente de la terapéutica aplicada, lo cual influye en la percepción del profesional de enfermería sobre su control de la situación y en su eficacia para resolver las situaciones. Esta sensibilidad empática no se traduce a vulnerabilidad del profesional quien podría generar estrategias para manejarlo.

De acuerdo con lo propuesto por Sánchez-Martín (2014) los profesionales que brindan atención a los enfermos crónicos enfrentan tareas de alta complejidad, más que quienes desarrollan actividades de enfermería general, tal como se encuentra en los relatos de los participantes quienes describen su tarea principalmente como una actividad técnica misma que requiere como complemento atender las necesidades emocionales del paciente, así como las expectativas de cuidado.

La personalidad de los enfermeros ejerce influencia sobre cómo pueden percibirlos los pacientes, colocándolos en roles de extraños, suministrador de recursos, rol de educadora, líder, consejera. No es una sola, sino que se genera de los roles que las enfermeras tienen con cada uno de los pacientes (Fernández, Cantú, Barreto y Vega, 2018).

Una fuente de estrés detectada en los relatos de los participantes sugiere que la desconfianza que los pacientes pueden generarse, por creencias o por fallas de los profesionales, también es un elemento presente en el ambiente en el que desarrollan sus

actividades los profesionales de enfermería. Adicionalmente los profesionales deben realizar tareas de educación y orientación a los cuidadores familiares quienes no siempre cuentan con conocimientos y por tanto busca la guía y apoyo de los profesionales de enfermería por ser con quienes tienen más contacto (Vega y González, 2009).

Generalmente se entiende que la fatiga y el burnout tienen su origen en el ambiente de trabajo esto a la vez nos sugiere que aspectos del ambiente relacionados con los aspectos relacionados al apoyo social que reciben los profesionales, que puede reducir el agotamiento emocional y la ansiedad (Abregú, Armas, Alegría, 2019). Los comportamientos deben entenderse dentro del contexto de la formación de los profesionales, donde la tradición médica y de enfermería no les permite una aproximación con un estilo que se considere sumamente cercano.

Referente a los profesionales de enfermería suelen predominar la formación e instrucción sobre las competencias técnicas, por lo que se considera necesario crear programas de capacitación específica para incrementar habilidades como la empatía y contención a los pacientes, considerando que este manejo permitirá al profesional un mejor desempeño diario con beneficios a largo plazo (Pedrals, Rigotti, Biton, 2011).

La satisfacción laboral entendida como el grado en que las personas perciben que sus necesidades están cubiertas (Chruden y Arthur, 2000), depende de factores como las horas laboradas, el salario, las compensaciones, el ambiente de trabajo tanto físico como social y algunas otras relacionadas propiamente con las descripciones de puesto o actividades; una alta carga laboral, tareas de riesgo, se considera que los factores de riesgo psicosociales afectan los accidentes de trabajo (Orozco, Zuluaga y Pulido, 2019).

El segundo objetivo específico era determinar desde la mirada del personal de enfermería cómo es la experiencia tras la muerte de un paciente significativo, en este sentido se encuentra que para algunos participantes esta experiencia ha sido normalizada y que no representa una pérdida personal, sin embargo, para aquellos profesionales que han establecido una relación más estrecha con los pacientes sus fallecimientos puede ser un evento desencadenante de duelo.

Cuando la relación crece la enfermera se permite concentrarse en otros aspectos orientándose a necesidades psicológicas (Fernández, Cantú, Barreto y Vega, 2018) permitiendo la vinculación del profesional con el paciente y aunque se presente el duelo podría no contar con el apoyo social adecuado debido a que los participantes encuentran dificultades en reconocerse como deudos, y en manifestar las experiencias, con base en el temor a las repercusiones sociales como parecer disruptivos en su entorno los lleva a ser reservados y discretos con sus emociones.

Para los participantes de esta investigación la experiencia del fallecimiento de un paciente es interpretada como un alivio y descanso para el paciente y también para sus familiares, estos hallazgos coinciden con lo reportado por Vega (2013), en enfermeros oncopediátricos quienes atribuyen significados a la muerte del paciente como un tránsito a un estado mejor, que a la vez los cuestiona sobre la propia muerte.

Estos indicios de que los recursos espirituales del personal de enfermería también contribuyen como un factor protector, para lidiar con las emociones del duelo para construir significados de las situaciones adversas que afrontan en la cotidianidad del fallecimiento de sus pacientes.

Debido a las complicaciones y constantes hospitalizaciones, el duelo por la pérdida de un paciente, en algunos casos puede ser anticipado y experimentarse como menos abrupto, sin embargo, cuando la condición del paciente empeora de manera repentina, pese a conocer la condición de enfermedad del paciente los profesionales de enfermería lo experimentan como sorpresivo.

De acuerdo con Tehna y Thompson (2013), la pena puede en el lugar de trabajo puede afectar a todos en la organización. No solo al personal que brinda la atención clínica, ya que no solo ellos conviven con los pacientes. Los participantes de esta investigación refirieron que su principal fuente de apoyo ante las emociones del duelo por sus pacientes son sus compañeros de trabajo, por considerar que ellos son los que mejor los comprende.

El manejo del burnout en grupos de apoyo que se han enfocado a tomar consciencia, a habilidades de afrontamiento, manejo de estrés, habilidades de toma de consciencia (Abregú, Armas, Alegría, 2019), hace posible una maneras de intervenir desde la prevención, si estos grupos se constituyen preferentemente por apoyo entre pares, pueden ser una brindar un ambiente en el que el profesional de enfermería exprese sentimientos que no externa con sus familiares no médicos/enfermeros por temor a no ser suficientemente comprendido.

La efectividad de la red de apoyo no está asociado necesariamente al tamaño o densidad sino más bien a la capacidad de brindar apoyo específico en el duelo, por lo que no todas las interacciones sociales no son necesariamente beneficiosas para el doliente, sin embargo, si lo son aquellas que proporcionan ayuda instrumental o información acerca del ambiente o la situación que se vive (Pizza, Niemeyer, Burke, McDevitt y Young, 2015), si los profesionales cuentan con apoyo en otros aspectos de su vida no necesariamente implica que puedan proporcionar apoyo ante el fallecimiento de un paciente.

Los dolientes con duelo no reconocido pueden emanciparse y hacer validas sus emociones y las dificultades que les genera la pérdida (Robson y Walter, 2013), las personas en grupos de apoyo pueden hacerse apoyar de quienes consideran que realmente los comprenden, o quienes ellos pueden apoyarlos a afrontar la situación, es por ellos que la promoción de la salud en el lugar de trabajo es considerada de importancia central.

Logros

Los hallazgos encontrados dan luz acerca de cómo los enfermeros podrían encontrar mayores fuentes de motivación en su trabajo diario y de cómo las instituciones podrían considerar programas de capacitación en relación con el manejo emocional, así también, las instituciones formadoras de profesionales de la enfermería podrían incluir en sus programas curriculares cursos sobre los aspectos humanos del cuidado.

Se considera importante esta investigación como una primera aproximación de la que podrían ampliarse a otros estudios, debido a los encuentros limitados con los participantes, algunos temas no pudieron abordarse con la misma profundidad, por lo que sería interesante abordar algunas temáticas desde otras perspectivas como las historias de vida o los estudios de caso y de esta forma lograr la saturación de las categorías

Por las características del estudio los aportes pueden ser de dos tipos, el primero que contribuye a ampliar los estudios acerca del duelo y las jerarquías, entre la población mexicana, ya que la mayoría de estos estudios se han realizado en población europea. Y, en segundo lugar, que el eje central fueron las experiencias del personal de hemodiálisis y no los pacientes en sí mismos, lo que contribuye a la comprensión de las experiencias de la enfermedad crónica

Con este trabajo se logra dar voz a los enfermeros de hemodiálisis, que representan una parte fundamental no solo del cuidado de los enfermos renales sino del cuidado y atención a otras patologías crónico-degenerativas, y para quienes resulta importante considerar el desarrollo de políticas institucionales que prioricen la atención los factores de riesgo psicosocial a los que se encuentran expuestos y que representan una fuente de estrés en el trabajo con repercusiones en la salud mental.

Limitaciones

Se considera que una de las principales limitaciones del estudio fue el número reducido de participantes, esta muestra podría ampliarse en otros centros que brindan atención a pacientes nefrópatas en la ciudad de morelia, si se tuviera acceso a otras unidades de hemodiálisis ya sean del ámbito público y también de la iniciativa privada, como también en unidades del interior del estado.

Se considera pertinente no tomar estos resultados como generalizables a la relación de estos profesionales de enfermería que laboran en unidades de hemodiálisis, en todos los casos es necesario identificar que la perspectiva fenomenológica fue la que primo al momento de realizar los análisis y que, por tanto, la influencia del lugar de trabajo,

temporalidad y trayectoria laboral se reflejan en las formas en que los participantes experimentan su realidad.

Aspectos de mejora y sugerencias

Sería importante poder incluir en este tipo de estudios a participantes con otras profesiones asistenciales, y ampliar los datos respecto de las reacciones ante el fallecimiento de un paciente, así como explorar los efectos en la fatiga y satisfacción por compasión.

Se considera que otra fuente importante de datos serían considerar a los propios pacientes y sus cuidadores, ya que sus perspectivas en torno a cómo podrían experimentar el duelo los profesionales de enfermería permitiría contar con un mayor número de elementos que describan el contexto y cómo podría influir en la vivencia de los profesionales.

Aun cuando el número de mujeres que ejercen la enfermería es mayor en relación con los hombres, se considera de importancia aumentar el número de participantes varones, de manera que los datos permitan identificar si existen algunas diferencias de acuerdo con el género de los profesionales.

Se sugiere plantear un acercamiento a los profesionales en el que las entrevistas puedan realizarse fuera del contexto y espacio de trabajo, de manera que las respuestas puedan ser más auténticas. Se sugiere también realizar preguntas específicamente relacionadas con el ambiente laboral para identificar las fuentes de estrés distintas de las relacionadas con las respuestas empáticas y el duelo por el fallecimiento de los pacientes.

Se considera que diseñar y evaluar intervenciones con los profesionales de enfermería primeramente desde la psicoeducación y sobre el desarrollo de habilidades del manejo afectivo podría brindar datos de interés para la formación integral de los profesionales de enfermería que atienden enfermedades crónicas como la enfermedad renal. Así también se consideran necesarias el diseño de intervenciones para los jefes y coordinadores de enfermería para sensibilizarlos ante la presencia de fenómenos como la fatiga y la presencia de duelo

CONCLUSIÓN

En la presente investigación se puede identificar algunas experiencias de enfermeros de hemodiálisis, nos permite ver la forma en que se asumen en relación con sus tareas de cuidado diario al paciente y ante el fallecimiento de estos; en los párrafos siguientes se plantean algunas conclusiones.

Con relación al *trabajo y exposición al sufrimiento*, los profesionales participantes perciben mayormente su trabajo como una tarea técnica que complementan con atención a necesidades psicológicas de sus pacientes, percibiendo que se encuentran expuestos al fallecimiento, al abandono y descuido de los pacientes por parte de sus familiares, a las complicaciones fisiológicas derivadas del tratamiento y del avance propio de la enfermedad.

La motivación para el trabajo. Se encuentra principalmente que la oportunidad de contribuir y ayudar al bienestar de otros es a la vez una fuente de satisfacción personal que percibida como una de las principales motivaciones para ejercer como profesionales de enfermería.

Reconocimiento de la relación. Los profesionales identifican relaciones significativas o de amistad con algunos de los pacientes debido a que intercambian información y un interés mutuo, aunque no consideran que este tipo de relación es identificada como positiva por otros, perciben que es un factor que contribuye a mantener el estado de ánimo favorable en los pacientes y a llevar de manera más tranquila el tratamiento dentro de la unidad.

Pérdida de los pacientes. Los participantes encuentran las pérdidas de los pacientes como eventos tristes e inevitables en la vida profesional, aun cuando no participan en rituales convencionales como velación, sepultura o novenario, en ocasiones sí realizan, rezos u oraciones por los pacientes fallecidos con la finalidad de despedirse de aquellos a quienes han considerado cercanos.

Es necesario seguir estudiando los efectos del duelo por la pérdida de un paciente en el personal de enfermería, sobre todo en quienes atienden a pacientes terminales, así como los cambios que pueden generarse no solo en su rutina de trabajo sino también en su vida personal; así como reflexionar acerca de cómo se puede contribuir a que las consecuencias negativas sean cada vez menos dañinas para los profesionales de enfermería.

Aunque muchos de los profesionales de enfermería no son plenamente conscientes de que sus cuidados impactan la vida los pacientes, esto realmente sucede y contribuyen no solo en el mantenimiento del aspecto físico del paciente sino también en la salud mental de los mismo, por ello es de importancia no solo estudiar sino ayudar a la salud mental del profesional de enfermería brindándole herramientas que favorezcan el desarrollo de sus quehaceres diarios sin mermar su satisfacción laboral.

REFERENCIAS

- Abregú-Tueros, L., Armas-Santamaría, M. y Alegría- Herrera, D. (2019). Tendencias de las intervenciones para burnout en enfermeras e internos en psicología: énfasis del formato multimodal. *Sciéndo* 22(2). 149-156.
- Aguirre-García, J. Jaramillo-Echeverri, L. y Guillermo, L. (2012). Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa. *Revista latinoamericana de Estudio Educativos (Colombia)*, 8(2) 51-74
- Alcorta-García, A., González-Guerrero, J., Tavitas-Herrera, S., Rodríguez-Lara, F. y Hojat, M., (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*. 28(5), 57-63.
- Álvarez, E. y Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 16 (3), 63-72.
- Álvarez-Gayou, J. (2003) Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología, Paidós: México.
- Andrés, B. (2004). Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista de la sociedad Española de Nefrología*. 7(3) 158/163.
- Ángel, Z., Duque, G. y Tovar, D. (2016). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática.
- Aranda, C., Pando, M., y Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32 (2), 218-22.
- Artiaga, F. (2008). Manejo del proceso de duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario: la situación de los nuevos profesionales de medicina y enfermería en Costa Rica. *Inter sede*. 9. P. 55-57.

- Attig, T. (2004). Disenfranchised grief revisited: discounting hope and love, *Omega*. 49(3). 197-215
- Báez-Hernández, F. Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L. y Medina-López, O. (2009). EL significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*. 9(2), 127-134.
- Baños, J. (2007). ¿Cuál debe ser el grosor del escudo? La enseñanza de las sutilezas de la relación médico-paciente mediante obras literarias y películas comerciales. *Revista Medicina Cine y Educación*. 3, p. 159-165.
- Barrios, S., Arechabala, M. y Valenzuela, V. (2012). Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enfermería Nefrológica*. 15 (1), 46-55.
- Bento, R. (1994). When the Show Must Go on Disenfranchised Grief in Organizations. *Journal of managerial psychology*. 9(6), p. 35-44.
- Boerner, K., Burack, O., Jopp, D., y Mock, S. (2015). Grief after patient death: direct care staff in nursing homes and homecare. *Journal of pain and symptom management*. 49 (2), p. 214-222
- Boener, K., Gleason, H. y Barooah, A. (2016). Experiencias de ayudantes en salud con la muerte del cliente. El papel de la política del empleador. *Homehealthcare* 34 (4) 189-196.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol.III. Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic books.
- Brabant, (2002) A closer look at Doka's Grieving rules. In: K. Doka, ed., *Disenfranchised Grief*. Illinois, 23- 38.
- Bride, B, Radey, M. & Figley, C. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*. 35, 155-163.

- Boyle, D. (2016). Fatiga por compasión: el precio de la atención. *Enfermería (Ed. Española)*. 33(2), 16-19.
- Cantú, R., Uribe, B. y Cirios, C. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud*. 21(1), 91-102.
- Carrasco, A., de la Corte, C. y León, J. (2010). Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y el estrés laboral. *Revista digital de prevención*. 28 (1).
- Carrobbles, J. y Benavides-Pereira, A. (2013). El estrés y la psicología positiva. En Fernández- Abascal, Emociones positivas, Pirámide Madrid.
- Castañeda, E. y García, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39(1), 67-84.
- Chaparro, L. (2011). Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*. 11(1), 7-22.
- Chaurand, A. Feixas, G., Neimeyer, R., Salla, M., y Trujillo, A. (2015). Historias de pérdidas y sintomatología depresiva. *Revista Argentina de clínica psicológica*. 24. 179-188.
- Chruden, H. y Arthur, S. (2000). Administración de personal. Cd. México: compañía editorial continental.
- Cobo, J., Pelayo, R., Sánchez, M., Alonso, R., Menezo, R., Gándara, M., Rojo, M., Cuadrado, M. y Villa, C. (2007). Repercusión del grado de dependencia de los pacientes de hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería. *Revista de la Sociedad Española Enfermería Nefrológica*, 11(1), 6-11.
- Doka, K. (2002). *Disenfranchised Grief. New directions, challenges, and strategies for practice*. Illinois: Research Press. p.1

- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2007). La Resistencia humana ante los traumas y duelo. En: Austidillo, W., Pérez, M. Ispizua, A. y Orbegozo, A.. eds. *Accompanimento en el duelo y medicina paliativa*. San Sebastián: Sociedad Vasca de cuidados paliativos, 337-359
- Emma L. Logan, Jennifer A. Thornton y Lauren J. Breen (2017): What determines Supportive Behaviours following bereavement? A systematic review and call to action, *Death Studies*, DOI: 10.1080 / 07481187.2017.1329760
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*. 58(11), 1433–1441.
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la facultad de medicina UNAM*. 47(6), 251-254.
- Fernández, M., Cantú, C., Barreto, M. y Vega, M. (2018) Relación enfermera-paciente eficaz en hemodialisis: un análisis de concepto. *Cuidados de enfermería y educación en la salud* 3(1) 7-25.
- Fernández, J. (2013). Alegría en la adversidad. EL análisis de los factores que mantienen las emociones positivas en la adversidad. En Fernández-Abascal, E. *Emociones positivas*. Pirámide: España. 217-228.
- Gajardo, A. y Lavados, C. (2010). El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. *Persona y bioética*. 14(1), p.48-55.
- García, D. (2013). *Análisis de las manifestaciones del proceso de duelo por pérdida de autonomía e independencia en pacientes en tratamiento de diálisis por insuficiencia renal crónica*. Pontifica Universidad católica del Ecuador. Tesis no publicada.
- Ghesquiere, A. y Bagaajav, A. (2018). Cuidamos a la gente luego qué nos pasa, ayudantes de salud y atención al duelo en hospicio. *OMEGA* (0) 1-14 DOI: 10.1177 / 0030222818754668

- Grau, J., Llantá, M., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M., Infante, O., Romero, T., Barroso, I. y Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10), 27-58.
- Hazen, M. A. (2003). Societal and workplace responses to perinatal loss: Disenfranchised grief or healing connection. *Human Relations*, 56(2), 147-166.
- Hernández, M. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*. 14(1). 53-70.
- Hernández, R. Fernández, F. y Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación. McGraw Hill: México
- Hernández, G., González, V., Fernández, L. y Infante, O. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Revista cubana de medicina general integrada*. 18(1). 22-32.
- Hernández, M., Ochando, A., Mora, J., Lorenzo, S. y López, K. (2005). Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*. 8(2) 90-96.
- Javaloy, F., Páez, D. y Rodríguez, A. (2013) Felicidad y relaciones interpersonales. En Fernández-Abascal, E. Emociones positivas. Pirámide: España. 277-305.
- Juárez-García, A., Idrovo, A., Camacho-Ávila, A y Palencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*. 4(37), 159-176.
- Kariuki, J. Chege, K. Adeli, S. y James, M. (2018) The predictive role of age and gender in the development of compassion fatigue among health care professions in Moi teaching and Referral Hospital Eldoret-Kenya. *Revista* 4(1), 187-194
- Katayama, R. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa: fundamentos, métodos, estrategias y técnica*. Fondo editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega: Perú

- Kresner, P. (2000). Aspectos psicosociales del paciente en hemodialisis. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología* 7(1), 6.
- Ludick, M. & Figley, Cr. (2016) Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction. *Traumatology*. Online <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000096>
- Lattanzi-Licht, M. (2002). Grief and the wokplace: positive Approaches. In: K. Doka, ed., *Disenfranchised Grief*. Illinois, p.167-179.
- Leedy, P. y Armrod, J., (2016). *Practical Research: planing and desing*. Boston: Pearson.
- Marí, R. M. Bo, R. y Climent, C. (2010). Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *Revista de ciencias de la Educación*. 113-133
- Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, health & Social Issues*. 9, 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>
- Martínez, L., Grau, Y. y Rodríguez, R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería nefrológica*. 20(2), p. 139-148.
- Mejía, M. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Índex Enferm*, 15(45), 48-52.
- Mejía, M. (2008) Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Índex Enfermería*. 17(4). P. 231-235
- Mercadillo, R., Díaz, J. y Barrios, F. (2011) ¿Mujeres sensibles y hombre morales? Imágenes de la compasión en el cerebro. *Revista digital universitaria*. 12(3), 1-13.
- Méndez-Durán, A., Ignorosa-Luna, M., Pérez-Aguilar, G., Rivera-Rodríguez, F., González-Izquierdo, J. y Dávila-Torres, J. (2016). Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 54(5). 588-593.

- Mendoza, I. Rosa, B. y Serna, H. (septiembre, 2014). Validación de un instrumento de calidad de vida laboral en el contexto mexicano. Congreso internacional de Productividad, competitividad y capital humano en las organizaciones. Tijuana, México.
- Meza, E., García, S. Torres, A. Castillo, L. Sauri, S. Martínez, B. (2008) El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de pérdidas emocionales. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Montalvo-Prieto, Amparo; Cabrera-Nanclares, Boris; Quiñones-Arrieta, Sandra Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura Aquichan, vol. 12, núm. 2, agosto, 2012, pp. 134-143
- Moya, M., (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(1), p. 48-56.
- National Kidney Foundation. (2002). K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Disponible en: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
- NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de hemodiálisis. Diario Oficial, México, Distrito Federal, 8 de julio de 2010. Diario Oficial
- Organización Mundial de la Salud (2014). Enfermedades crónicas. Recuperado de: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Pedrals, A., Rigotti, A. y Biton, M. (2011). Aplicando la psicología positiva en educación médica. *Revista Médica de Chile*. 139(7). 941-949.
- Pérez, M. (2007). El duelo en el anciano. En: Austidillo, W., Pérez, M. Ispizua, A. y Orbegozo, A.. eds. *Accompanimento en el duelo y medicina paliativa..* San Sebastián: Sociedad Vasca de cuidados paliativos, 337-359

- Wilson, D., Punjani, S., Song, Q. y Low, G. (2019) A study to understand the impact of bereavement grief on the workplace. *Omega* 0(0), 1-11. DOI: 10.1177/0030222819846419
- Ramírez, P. y Müggenburg (2015). Relaciones interpersonales entre enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*. 12(3). 134-143.
- Rendon, A., Calvanese, N., García, H. y Hernández, L. (2009). Estrés percibido y percepción de los efectos del trasplante en pacientes con nefropatía crónica del injerto. *Psicología y Salud*. 19(1). 33-45.
- Robson, P. y Walter, T. (2013). Hierarchies of loss: A critique of disenfranchised grief. *Omega*. 66(2) 97-119.
- Rolland, J. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad. España: Gedisa.
- Rojas, M., Tirado, L., Pacheco, R., Escamilla, R. y López, M. (2011). El clima laboral en las unidades de hemodiálisis en México. Un estudio transversal. *Nefrología*. 31(1), 76-83.
- Rosa, E. (2012). El médico frente a la muerte. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. 32(113). 67-82.
- Salazar, A. y Martínez, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances de enfermería*. 26(2) 107-115.
- Sánchez-Martín, C. I. (2014). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. *Enfermería Clínica*, 24(1), 79–89. doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.007
- Secretaría de salud México (2014). Guía de práctica clínica. Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. Consultado en 4 de febrero de 2019, Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-727-14-DialisisyhemodialisisIRC/727GER.pdf>

Secretaría de Salud Michoacán (s/f). SSM, por prevenir padecimientos renales. Recuperado de: <http://salud.michoacan.gob.mx/noticias/ssm-por-prevenir-padecimientos-renales/>

Stamm, B., (2005) The ProQOL Manual. Idaho, USA: Idaho State University

Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). *Models of coping with bereavement: an updated overview / Modelos de afrontamiento en duelo: un resumen actualizado. Estudios de Psicología*, 38(3), 582–607. doi:10.1080/02109395.2017.1340055

Tizón, J. L. (2016). Los procesos de duelo en atención primaria de salud: Una actualización. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 24, 1-66.

Treviño, J. (2009). Tratamientos sustitutivos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. *Cirugía y cirujanos*. 77(5), p. 411- 415.

Vega, P. González, R. Bustos, J. Rojo, L. López, M. Rosas, A. y Hasbún, G. (2017) Relación entre apoyo en duelo y síndrome de burnout en profesionales y técnicos de la salud infantil. *Revista chilena de pediatría*. 88(5), 614-621.

Vega, O. y González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global* 8(2) 1-11.

Vega, P., González, R., Palma, C., Ahumada, E., Mandiola, J., Oyarzún, C. y Rivera, 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*. 13(1), p. 81-91.

Vega, P., Bustos, J., González, R., Santibañez, N., Satelar, A., Cortínez, V. y Viedma, M. (2015). Validación de escala de apoyo en duelo en atención de salud para población hispanoparlante. *Psicooncología*, 12(2-3). 355-366.

Zabalegui, A. (2003). El rol del profesional de enfermería. *Aquichan*. 3(3). 16-20
Consultado 27.01.19. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v3n1/v3n1a04.pdf>

ANEXOS

Anexo 1.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
Registro de Información

Con la finalidad de guardar su anonimato NO utilizaremos su nombre para esta investigación, por lo que le pedimos llenar los siguientes espacios de la siguiente forma: los dos primeros espacios con el día de su nacimiento, seguido de las dos últimas letras de su apellido paterno y los dos últimos dígitos de su año de nacimiento, por ejemplo:

Juan Pérez con fecha de nacimiento **09-04-1983** escribiría la clave **|0|9|e|z|8|3|**

CLAVE

--	--	--	--	--	--

Información demográfica

Instrucciones: Marca con una X la respuesta que describa tu situación actual

Fecha de elaboración: ____ / ____ / ____		Hora ____ : ____																	
Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐ Viudo	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Jornadas laborales diarias ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3																	
	Edad Años cumplidos	Número de hijos ☐ 0 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 5 ☐ 2 ☐ 6 ☐ 3 ☐ Otro: _____																	
Tipo de institución ☐ Privada ☐ Pública	Años ejerciendo su profesión		Años en el área de hemodiálisis																
Escolaridad ☐ Técnico ☐ Licenciatura ☐ Posgrado ☐ Especialidad ☐ Otro: _____	¿Cuándo tomó su último periodo vacacional? <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ menos de 1 mes</td> <td>☐ 4 meses</td> <td>☐ 8 meses</td> <td>☐ 12 meses</td> </tr> <tr> <td>☐ 1 mes</td> <td>☐ 5 meses</td> <td>☐ 9 meses</td> <td>☐ más de 1 año</td> </tr> <tr> <td>☐ 2 meses</td> <td>☐ 6 meses</td> <td>☐ 10 meses</td> <td>☐ más de 2 años</td> </tr> <tr> <td>☐ 3 meses</td> <td>☐ 7 meses</td> <td>☐ 11 meses</td> <td>☐ otro: _____</td> </tr> </table>			☐ menos de 1 mes	☐ 4 meses	☐ 8 meses	☐ 12 meses	☐ 1 mes	☐ 5 meses	☐ 9 meses	☐ más de 1 año	☐ 2 meses	☐ 6 meses	☐ 10 meses	☐ más de 2 años	☐ 3 meses	☐ 7 meses	☐ 11 meses	☐ otro: _____
☐ menos de 1 mes	☐ 4 meses	☐ 8 meses	☐ 12 meses																
☐ 1 mes	☐ 5 meses	☐ 9 meses	☐ más de 1 año																
☐ 2 meses	☐ 6 meses	☐ 10 meses	☐ más de 2 años																
☐ 3 meses	☐ 7 meses	☐ 11 meses	☐ otro: _____																
Realiza alguna actividad recreativa ☐ No ☐ Sí, ¿Cuál?		¿Cuántas horas al día dedica al trabajo? Sume las horas de todas sus jornadas																	

Anexo 2.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm Tercera Revisión
En su versión al español

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tienen aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, **como profesional de enfermería en hemodiálisis**. Considere cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los **últimos 30 días**.

0= Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces
3=Con algunas frecuencias 4=Casi siempre 5=Siempre

- ___ 1 Soy feliz.
- ___ 2 Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- ___ 3 Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
- ___ 4 Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
- ___ 5 Me sobresaltan los sonidos inesperados.
- ___ 6 Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que ayudo.
- ___ 7 Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
- ___ 8 Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
- ___ 9 Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- ___ 10 Me siento “atrapado” por mi trabajo
- ___ 11 Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- ___ 12 Me gusta trabajar ayudando a la gente.

**0= Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces
3=Con algunas frecuencias 4=Casi siempre 5=Siempre**

- ___ 13 Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
- ___ 14 Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
- ___ 15 Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
- ___ 16 Estoy satisfecho por como soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimiento de asistencia médica.
- ___ 17 Soy la persona que siempre he querido ser.
- ___ 18 Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
- ___ 19 Por causa de mi trabajo me siento agotado.
- ___ 20 Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre como he podido ayudarles
- ___ 21 Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
- ___ 22 Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
- ___ 23 Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado en mi trabajo
- ___ 24 Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.
- ___ 25 Como resultado de mi trabajo profesional tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
- ___ 26 Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.
- ___ 27 Considero que soy un buen profesional
- ___ 28 No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con víctimas muy traumáticas.
- ___ 29 Soy una persona demasiado sensible.
- ___ 30 Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

Maslach Burnout Inventory

Instrucciones: Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente lo enunciados

0= nunca

1= pocas veces al año o menos

2= Una vez al mes o menos

3= Unas pocas veces al mes

4= Una vez a la semana

5= Pocas veces a la semana

6= todos los días

	Afirmación	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Siento que trabajar todo el día con pacientes me cansa							
8	Siento que trato con mucha indiferencia los problemas de mis pacientes							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo esté endureciéndome emocionalmente							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22	Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

Escala de apoyo en duelo en atención de salud de Anderson, Ewen y Miles En su versión al español

Las siguientes afirmaciones se refieren al apoyo que usted recibe como profesional de salud ante el duelo. Por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor describa su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.

TD- Totalmente en desacuerdo

D- En desacuerdo

N- Ni de acuerdo ni en desacuerdo

A- De acuerdo

TA- Totalmente de acuerdo

Afirmación	Respuesta				
1. Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes	TD	D	N	A	TA
2. Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes	TD	D	N	A	TA
3. Mis compañeros de trabajo comprender cuan cercano soy con los pacientes.	TD	D	N	A	TA
4. Mis supervisores comprenden cuan cercano soy con los pacientes	TD	D	N	A	TA
5. Los familiares de los pacientes comprender cuan cercano soy con su familiar enfermo	TD	D	N	A	TA
6. Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen	TD	D	N	A	TA
7. Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen	TD	D	N	A	TA
8. Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen	TD	D	N	A	TA
9. Mis supervisores saben que sufro cuando los pacientes fallecen	TD	D	N	A	TA
10. Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su familiar fallece	TD	D	N	A	TA
11. Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido	TD	D	N	A	TA
12. A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	TD	D	N	A	TA
13. A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución.	TD	D	N	A	TA
14. A menudo puedo asistir a los funerales de pacientes que fallecen	TD	D	N	A	TA
15. Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes	TD	D	N	A	TA

Escala Médica de empatía de Jefferson, en su versión al español

Instrucciones: (en relación al trabajo de enfermería) encierre en un círculo el número de indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo)

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente						Totalmente
en desacuerdo						de acuerdo

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación enfermero-paciente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico	1	2	3	4	5	6	7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista o historia clínica	1	2	3	4	5	6	7
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la afectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy interrogando	1	2	3	4	5	6	7
10. Mi comprensión de los sentimientos de los pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma	1	2	3	4	5	6	7
11. Las enfermedades de mis pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen ningún valor significativo en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo

13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1	2	3	4	5	6	7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	1	2	3	4	5	6	7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado	1	2	3	4	5	6	7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico médico	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 3.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Guía de entrevista

Clave de identificación del sujeto:

--	--	--	--	--	--	--	--

Entrevista No. ____ Fecha: ____/____/____ Hora de inicio ____: ____

1. ¿Cuánto tiempo pasa en contacto con pacientes al día?
2. ¿Puede mencionarme cuáles eventos de sufrimiento de sus pacientes recuerda?
3. ¿Qué otras historias de sufrimiento de pacientes han escuchado?
4. ¿Qué pensamientos tienes al presenciar o recordar el sufrimiento de los pacientes?
5. ¿Qué sentimientos tienes al presenciar o recordar el sufrimiento de los pacientes?
6. ¿Se ha sentido angustiado o preocupado por el sufrimiento de sus pacientes?
7. ¿Qué lo motiva a ayudar a sus pacientes?
8. ¿Cuál es su mayor ganancia al ayudar a sus pacientes?
9. ¿Qué tan hábil se considera para identificar y comprender las necesidades de sus pacientes?
10. ¿Le resulta fácil identificar las emociones de sus pacientes?
11. Una vez que identifica el sufrimiento de sus pacientes ¿Qué acciones toma?
12. ¿Qué otras acciones toman?
13. ¿Hay alguna cosa que usted hace para aliviar el sufrimiento de sus pacientes, fuera de las obligaciones profesionales? (por Ej. regalarles dulces, reza, etc.)
14. ¿Qué tipo de reacciones negativas ha presentado como consecuencia del sufrimiento de sus pacientes?
15. ¿En alguna ocasión ha evitado estar en contacto con situaciones o personas que le recuerden el sufrimiento de sus pacientes?
16. ¿Ha soñado con eventos de sufrimiento o historias de sus pacientes?
17. ¿Le angustia recordar algunas de las historias de sufrimiento de sus pacientes?
18. ¿Recuerda alguna ocasión en que no haya podido dejar de pensar en las historias de sufrimiento de sus pacientes?
19. ¿Tiene alguna memoria de sufrimiento de sus pacientes que al recordarla pareciera que al está viviendo otra vez?
20. ¿Cómo me afectan en el trabajo los eventos de mi vida personal?

21. Recuerda algún evento de su vida personal que le afectara considerablemente en su trabajo
22. ¿Qué actividades realiza para cuidar de sí mismo?
23. Con que frecuencia realiza estas actividades
24. ¿Con qué frecuencia realiza actividades recreativas o práctica hobbies?
25. ¿Cuándo está fuera del trabajo logra dejar de pensar en las situaciones laborales?
26. ¿Ha pensado en cambiar de empleo?
27. ¿Se siente satisfecho con lo que realiza en su trabajo?
28. ¿Qué es lo mejor de su trabajo?
29. ¿Con qué personas solidarias tienes contacto?
30. ¿De quién recibe afecto y apoyo cuando se presentan situaciones complicadas en su trabajo con los pacientes?
31. ¿Qué le hacen sentirse apoyado o apoyada?
32. En general ¿Cómo es su forma de relacionarse con los pacientes?
33. ¿Ha establecido relaciones de amistad o camaradería con los pacientes?
34. ¿Considera que algunas de estas relaciones han sido significativas para usted?
35. ¿Cree que otros pueden reconocer estas relaciones como significativas?
36. ¿Cuál es la principal causa de muerte de los pacientes que usted atiende?
37. ¿Cuál es la vía principal por la que usted se entera del fallecimiento de sus pacientes?
38. ¿Cuál ha sido su reacción tras la muerte de un paciente significativo?
39. Una vez que le comunican sobre la muerte de un paciente qué acciones realiza
40. ¿Cree que el fallecimiento de alguno de sus pacientes es una pérdida personal?
41. ¿Cree que otras personas se dan cuenta qué usted se ve afectado por las pérdidas de sus pacientes?
42. ¿Cómo manifiesta la pérdida de un paciente?
43. ¿Has ocultado las emociones que le provoca la pérdida de un paciente?
44. ¿Qué pasaría si no oculta esas emociones?
45. ¿Ha comentado con otras personas las emociones que le generan las pérdidas de sus pacientes?
46. ¿Cómo ha manifestado públicamente su pérdida?
47. ¿Ha recibido palabras de aliento tras la pérdida de alguno de sus pacientes?
48. ¿Ha participado en rituales por ejemplo funerarios o velatorios de algún paciente?
49. ¿Ha participado en algún ritual no convencional de algún paciente?
50. ¿En su institución de trabajo existe alguna forma establecida para manejar los fallecimientos de los pacientes?
51. Normalmente ¿Cómo lo manejan?

Anexo 4.

3/2019

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1602.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 18 022 019

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 002 2017032

FECHA Viernes, 16 de marzo de 2019

Dr. Venica Chávez Valencia

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título Fatiga por compasión en personal de enfermería de hemodíalisis, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2019-1602-003

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

José Andrés Alvarado Macías
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1602

Imprimir

IMSS

SERVICIO INSTITUCIONAL DE CONSULTA MÉDICA

Anexo 5.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N°1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Morelia Michoacán a _____ de _____ 2019

Por este medio acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **“Fatiga por compasión en personal de enfermería de hemodiálisis”**

Registrado ante el Comité Local de Investigación R-2019-1602-003.

El objetivo principal de este estudio es: **comprender las experiencias y vivencias de duelo desautorizado en personal de enfermería y su relación con la fatiga de compasión, que permitirá incrementar el conocimiento que se tiene a cerca de este fenómeno.**

Declaro que se me ha informado y explicado que mi participación consiste en contestar cuatro cuestionarios que se conforman por 87 preguntas en total, con un tiempo máximo de respuesta de 25 minutos y una entrevista con tiempo máximo de respuesta de 1 hora, misma que será audio grabada, cuyas respuestas son personales y parte del análisis para lograr el objetivo propuesto.

Dado que solo se aplicarán cuestionarios, no existen posibles riesgos y las molestias derivados de su participación en el estudio, además los resultados no ocasionarán ningún riesgo para mi proceso de formación y que se guardará la privacidad y confidencialidad de los datos proporcionados con la aplicación de las encuestas o la entrevista, algunas preguntas pueden ocasionarle alguna afectación tras recordar situaciones a las que puede tener mayor susceptibilidad y generar ansiedad. También

comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento.

Las ventajas de participar en este estudio serán que **con su participación permitirá aumentar los conocimientos en el área de investigación sobre el duelo y otras personas podrán verse beneficiadas. Usted recibirá una retroalimentación sobre los hallazgos individuales y en caso de que Usted como participante lo desee contará con las facilidades para asistir a consulta psicológica en caso de ser recomendado. Su participación no implica ningún beneficio de tipo monetario.**

En caso de preguntas o dudas sobre el estudio, se puede contactar al investigador responsable al teléfono **4431664417** con **Psic. Vasti Merab Cruz Cancino** o a los correos Psic.vasticruz@gmail.com y drvenicechv@gmail.com

Si Usted tiene dudas o preguntas sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Secretario del Comité de Investigación 16028, Dr. Gerardo Muñoz Cortes Tel. 4433477907, correo gerardo.munozcor@imss.gob.mx o en su defecto a la Comisión de Ética de Investigación de la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330 4° Piso bloque “B” de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. Cd. De México, CP 06720 Tel. (55) 56276900 Ext. 21216 de 9:00 a 16:00hrs o si así lo prefiere al correo electrónico comite.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Testigos

Nombre, firma y matricula del investigador responsable

Índice de figuras

Figura 1. Fuentes estresoras y de duelo en personas con ERC	17
Figura 2. Jerarquía de autorización social del duelo	32
Figura 3. Modelo de Calidad de vida profesional de Stamm	42
Figura 4. Modelo de Resiliencia a la fatiga por compasión de Ludick y Figley	44
Figura 5. Modelo de método mixto paralelo y convergente	48
Figura 6. Categorías y subcategorías para el análisis cualitativo	62

Índice de tablas

Tabla 1. Estadios de la enfermedad Renal	13
Tabla 2. Definición de variables	50
Tabla 3 Definición de ejes temáticos	51
Tabla 4 Características de la muestra	58
Tabla 5. Medidas de tendencia central de las dimensiones analizadas	59
Tabla 6. Pruebas de normalidad	59
Tabla 7 Correlación de calidad de vida profesional, burnout y empatía médica	60
Tabla 8. Correlación de las dimensiones del apoyo el duelo	61