



UNIVERSIDAD OPARIN, S. C.

**CLAVE DE INCORPORACIÓN U.N.A.M 8794
PLAN 25. AÑO 2008**

**“LA VISIÓN BIOLÓGICA DE LA MUERTE:
UNA APROXIMACIÓN A LA MORTALIDAD;
MÉDICOS Y ENFERMERAS”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

CHAVEZ CASTRO SAIRA ALEJANDRA



ASESOR: Mtro. Alejandro Augusto Enciso Sandoval

**ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO
SEPTIEMBRE 2017**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD OPARIN S.C.

CLAVE UNAM 8794

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS

UNAM

Presente:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: "LA VISIÓN BIOLÓGICA DE LA MUERTE: UNA APROXIMACIÓN A LA MORTALIDAD; MÉDICOS Y ENFERMERAS".


Elaborado por:

<u>SAIRA ALEJANDRA</u>	<u>CHAVEZ</u>	<u>CASTRO</u>	<u>413540184</u>
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Núm. de cuenta

Alumno(s) de la carrera de: PSICOLOGÍA

Reúne los requisitos académicos para su impresión.

Febrero 2018


Mtro. Alejandro Augusto Enciso
Sandoval
Nombre y firma del Asesor
de la Tesis




Lic. Guadalupe Lilia Pérez Caballero
Nombre y firma del Director
Técnico

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias al Universo por aquellos que han estado conmigo y por los que han creído en mí.

Agradezco a mis padres Pedro y Araceli, por darme este hermoso regalo, por su apoyo, ánimos y sobre todo enseñanzas.

Yako agradezco infinitamente por tus consejos, ánimos y compañía siempre.

Recuerdo lo difícil que resulto hablar de este tema, ya que algunas circunstancias no eran las mejores, sin embargo, seguiste a mi lado acompañándome y animándome a seguir hasta el final, gracias César.

Agradezco a los médicos Juan Antonio Lugo García y Carlos Viveros Contreras que en contribución a los Profesionales del área médica y de enfermería de las áreas de urgencias y cuidados intensivos del Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital de Ortopedia y Traumatología y del Hospital Juárez de México. Por su colaboración en la recopilación de información otorgándome a su vez la oportunidad de aprender y a través de ella ejercer mi profesión.

No terminaría de mencionar a aquellos que han contribuido de diferentes formas a lo largo de mi vida. Solo queda decir "*queridos míos esto apenas comienza*".

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1	
MECANISMOS DE DEFENSA	4
1.1 Antecedentes.....	4-5
1.2 Mecanismos de defensa.....	5-9
1.3 Repertorio de mecanismos de defensa.....	9
1.3.1 Represión.	9
1.3.2 Sublimación.....	10
1.3.3 Proyección.....	10
1.3.4 Racionalización	11
1.3.5 Intelectualización	11
1.3.6 Aislamiento.	11-12
1.3.7 Formación Reactiva	12
1.4 Más allá del principio del placer.	12-13
1.5 La angustia.	13-15
1.6 Síntoma.	15-16
CAPÍTULO 2	
La sociedad ante la muerte.....	17-18
2.1 <i>Concepto biológico de la muerte</i>	18-21
CAPÍTULO 3	
EL PROFESIONAL DE LA SALUD ANTE LA MUERTE	22
3.1 Enfermería	22-23
3.2 Médicos.	23-26
DISEÑO METODOLÓGICO	26
4.1 Objetivos.	26
4.2 Problema.	26
4.3 Fundamentación del problema.....	26-27
4.4 Hipótesis.....	27
4.5 Procedimientos.....	28
4.6 Población.....	28

4.7 Muestra	28
4.8 Unidad de análisis	28
4.9 Lugar de entrevista	29
4.10 Tipo de estudio	29
4.11 Método de recolección de datos	29
4.12 Instrumento de recolección de datos	29
4.13 Personal a cargo de la recolección de datos	29
4.14 Análisis y representación de datos	30
CAPÍTULO 4	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30-32
5.1 Actitud del profesional de salud ante la muerte (intelectualización)	32-39
5.2 Sintiendo la subjetividad (formación reactiva)	39-42
5.3 Interacción: profesional de la salud-paciente (racionalización)	42-45
5.4 La perversión en el hospital (sublimación)	45-50
5.5 Justificación de la desensibilización del profesional (negación y aislamiento)	50-51
5.6 La culpa en el profesional (proyección)	51-53
CONCLUSIÓN	54-55
BIBLIOGRAFÍA	56-61
ANEXOS	62-68

RESUMEN

El presente trabajo plantea algunos mecanismos de defensa que presentan los integrantes del equipo de salud del área médica y de enfermería en relación con la muerte de los pacientes. Se recogen fragmentos de los discursos más significativos que expresan estos profesionales. Se evidencian, en el personal de ambas áreas, mecanismos defensivos de represión, negación, racionalización, intelectualización, sublimación, aislamiento proyección y formación reactiva muy intensos frente a la muerte de los pacientes. Se analizaron estos mecanismos defensivos y ansiedades mediante una entrevista semi-estructurada a 10 sujetos del área médica y 10 del área de enfermería, que es un instrumento de gran utilidad para la elaboración de la interpretación de las dificultades que presentan estos miembros del área de la salud frente a la problemática de la muerte de los pacientes.

Tras el análisis y la categorización de los resultados se ha observado que los conocedores de la salud utilizan con mayor frecuencia estos mecanismos de defensa:

- a) Sublimación
- b) Formación Reactiva
- c) Intelectualización
- d) Racionalización

Lo cual da pie a considerar que los profesionales de la salud presentan un singular placer al trabajar con pacientes en estado crítico o terminal. Aunque esto, a su vez, les provoque un cierto grado de angustia al confrontarse cada día con el pensamiento de su propia muerte lo cual se pudo observar que es minimizado en conjunto a otros aspectos que pueden provocar conflicto en los mismos sujetos al realizar sus intervenciones médicas. El repertorio de mecanismos defensivos que utilizan los profesionales dan paso a especulaciones sobre la necesidad de cursos que ayuden a la reflexión sobre lo que se vive cada día en las áreas de cuidados intensivos y urgencias.

INTRODUCCIÓN

“Siempre son los demás los que mueren.”

León Tolstói, *La muerte de Ivan Ilich*.

El presente trabajo de investigación titulado “la visión biológica de la muerte: una aproximación a la mortalidad; enfermeras y médicos” tienen como finalidad tener un breve acercamiento sobre cómo se hacen presentes los mecanismos de defensa en el personal de salud; médicos y enfermeras, quienes están en constante contacto con pacientes en estado crítico y terminal, y cómo estos mecanismos están relacionados con el pensamiento y el sentir que experimentan ante la inminente muerte de algunos pacientes.

Los mecanismos de defensa pueden considerarse como aquellos recursos psicológicos inconscientes que el YO utiliza para protegerse y mantenerse ante la ansiedad y angustia que pueden causar los conflictos internos o externos derivados por demandas e instintos originados de pensamientos y sentimientos del propio individuo (Anna Freud, 2012).

Cabe mencionar que existen mecanismos que están estrechamente ligados con el personal médico encargado de pacientes en estado crítico y/o terminal. Los mecanismos que abordaremos para esta investigación son: La represión, la sublimación, la proyección, la racionalización, la intelectualización, la formación reactiva.

El concepto de la muerte ha estado rodeado por lo regular de misticismo e ignorancia, al no poder saber qué es lo que pasa después de dar el último suspiro de vida. Sin embargo, biológicamente se puede entender como la falta absoluta y permanente de conciencia, de respiración espontánea, y la ausencia perpetua de los reflejos del tallo cerebral. Es de vital importancia retomar el ámbito de salubridad para poder entender mejor la forma en que pueden interactuar los médicos y enfermeras, ya que actualmente la mayor parte de las personas que mueren lo hacen en manos de algún médico o enfermera, y esto no es a

consecuencia de negligencia o la incapacidad de estos profesionales, sino que es en el hospital donde comúnmente se reside antes de morir. (Requena, 2009)

Cabe resaltar que la enfermería se puede considerar como aquella área que brinda los cuidados y realiza el acto de acompañamiento con los pacientes durante su transición al término de la vida.

Retomando el epígrafe de Tolstoi, se puede especular que se intenta ocultar la propia muerte con la de los otros; el miedo a morir se desplaza hacia la muerte ajena, porque viviendo la muerte de los demás, uno está eludiendo la suya propia.

CAPÍTULO 1

MECANISMOS DE DEFENSA

En este apartado se revisará la teoría respecto a los mecanismos de defensa abarcando sus antecedentes y 6 definiciones de los mismos, relacionadas con el profesional de la salud durante la atención a pacientes en estado crítico y la inevitable muerte de algunos. Lo que ayudará a entender la necesidad de hacer uso de un determinado repertorio de mecanismos de defensa, los cuales, la mayoría de las veces, son inconscientes. Sin embargo, esto no impide el desarrollo y funcionamiento de estos en la práctica hospitalaria.

1.1 ANTECEDENTES DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA

El concepto de defensa es parte central del psicoanálisis. Freud (1992) hace alusión a los mecanismos de defensa en el artículo “Neuropsicosis de defensa”, describiendo las luchas del Yo¹ contra ideas y afectos dolorosos e insoportables. Posteriormente cambia el término a represión. En 1926 en “Inhibición, síntoma y angustia” retoma el concepto de mecanismos de defensa para designar a “todas las técnicas de las que el Yo se sirve en conflictos eventualmente conducentes a la neurosis”

Anna Freud (1936) hizo una contribución sumamente importante sobre el tema a través de su libro titulado “El yo y los mecanismos de defensa”, donde clasifica los mecanismos de defensa. En esta publicación también menciona la forma en que operan en el desarrollo tanto normal como patológico, su efecto en cierto tipo de padecimientos, su organización jerárquica dependiendo de las necesidades de cada sujeto. Además hace una relación con las diferentes fases del desarrollo humano y su influencia misma en el proceso de maduración; postula que cada mecanismo defensivo está asociado cronológicamente a un estado específico del

¹ Para Freud, el mundo mental del individuo se divide en tres estructuras; el ello, el yo y el superyó. Hace una distinción básica:
El YO es un agente que resuelve problemas. Desempeña valiosas funciones de evitar el peligro o manejarlo cuando no es posible evitarlo.

desarrollo y así poder manejar la premura pulsional presentada en esa fase infantil.

1.2 MECANISMOS DE DEFENSA

Los mecanismos adaptativos, o de defensa, actúan en forma inconsciente y automática para intentar resolver problemas emocionales; es decir, la persona no se da cuenta de que los emplea, y si es parcialmente consciente de que lo hace, intelectualiza y niega esta situación en forma tal que no puede cambiar sus comportamientos, aun cuando reconozca algo de ellos racionalmente.

El Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR) (1995), de la American Psychiatric Association, postula que “Los mecanismos de defensa (o estrategias de afrontamiento), son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo. El individuo suele ser ajeno a estos procesos y a su puesta en funcionamiento. Los mecanismos de defensa median las reacciones personales frente a conflictos emocionales y amenazas de origen interno y/o externo”. Los clasifica además en siete niveles defensivos, con posibilidad de incluirlos en el eje II.

Para Freud (1959) “los mecanismos de defensa se conciben, en ese primer momento, como las estrategias emocionales usadas a nivel inconsciente para afrontar la necesidad que surge de los pensamientos y sentimientos indeseables”. De esta manera se puede entender que el Yo se protege de la ansiedad que le produce la tensión continua con el Ello² y el SuperYo³ a través de mecanismos que ayudan a reducirla, mediante la deformación de la realidad.

² Para Freud, el mundo mental del individuo se divide en tres estructuras; el ello, el yo y el superyó. Hace una distinción básica:

El ELLO es una reserva por completo desorganizada de energía psíquica. Se ocupa sólo de aumentar el placer al máximo.

³ El SUPERYO representa el código moral. Emplea la culpa para mantener en línea al ello.

A lo cual, A. Freud (2016) menciona que “son los medios psicológicos inconscientes que el Yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas del Ello y la necesidad de adaptarse a la realidad bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social, los cuales se caracterizan por ser inconscientes y automáticos”.

También A. Freud (1937) describe al Yo en dos facetas: “En la primera faceta dice que el conocimiento del mundo exterior ayuda a ajustarse a la realidad, permitiendo neutralizar los conflictos y mantener las fronteras. la segunda faceta es un sistema de mecanismos de defensa que el Yo utiliza para protegerse del mundo interno inconsciente”.

De la misma manera Maser y Cloniger (1990) concuerdan en que “las defensas son procesos psicológicos que protegen al individuo y le permiten lidiar con las amenazas externas, así como con los estertores internos que crean conflictos en el ser”.

Perry y Kardos (1994) “las defensas son mayormente mecanismos reguladores inconscientes que permiten a los sujetos reducir la disonancia cognitiva y minimizar los cambios súbitos en el entorno externo e interno al alterar la forma en que estos eventos son percibidos”.

Westen y Blagov (2007) califican la teoría psicodinámica de las defensas como la primera teoría sobre la regulación emocional; concibiéndola como “procesos psicológicos que se han seleccionado por su función adaptativa” y describen las defensas como esfuerzos por regular empujes emocionales simultáneos, llevando a soluciones adaptativas. La concepción ya estaba en Freud cuando planteó que las personas no tenemos una sola emoción o impulso en cada momento sino que procesamos múltiples experiencias simultáneamente, suceso que también presenta el modelo cognitivo del procesamiento paralelo⁴, más actualmente, en su

⁴ Desde el modelo de procesamiento en paralelo, se asume que operan simultáneamente múltiples

versión de las redes neuronales cerebrales.

Por otro lado Kember (1994) menciona que “los mecanismos de defensa varían desde los muy primitivos, desarrollados durante la infancia, hasta los más maduros, desarrollados más tarde.”

No obstante Haan (1977) alude que *“los mecanismo de defensa son utilizados en momentos de gran ansiedad, amenaza y estrés”*. De esta manera el grado de seguridad que pueden provocar dependen del grado de privación emocional y el nivel de dolor psicológico, dado que cada individuo tiende a utilizar el mismo patrón de defensas en diferentes situaciones, los cuales fueron aprendidos desde la infancia, por lo cual se puede comprender que un patrón estable de mecanismos de defensa sugieren la existencia de un rasgo de personalidad.

La principal función de los mecanismos de defensa es la mantener la homeostasis emocional, ya que promueven el bienestar psicológico, incrementando la adaptabilidad mediante la alteración y manipulación de la propia consciencia, esto respecto a percepciones, deseos, pensamientos y sentimientos perturbadores o que puedan ser considerados como amenaza o peligro por el YO (Cramer 1998, Bowins 2004)

Vaillant (1977) concordaba con Schafer, Cramer y Bowins, al mencionar que *“las defensas restauran el balance emocional y mantienen los impulsos dentro de límites aceptables. Permiten al individuo tener el tiempo necesario para adecuarse a nuevas condiciones y cambios en la imagen de sí mismos.”* También afirmaba que para el psicoanálisis; las defensas aunque varíen con la madurez tienden a ser estables y configuran un rasgo distinto de la personalidad.

De la misma manera Baumeister, Dale y Sommer (1998) afirman que *“el principal*

procesos, siendo posible (aunque no necesariamente) ejecutar procesos hacia atrás o hacia adelante, sin ningún orden de precedencia (Gazzaniga, 1985)

propósito de los mecanismos de defensa es mantener y proteger el self de los conflictos internos y externos que pueden amenazar y dañar la percepción positiva del self.

No obstante Schafer (1968) consideraba que *“Las defensas tienen una función dual”*. Protegen y defienden al yo de los impulsos indeseables, y al mismo tiempo encuentra una manera de expresar la misma pulsión indeseable y proporcionan al yo un cierto nivel de bienestar. Como resultado de esto, la naturaleza del funcionamiento defensivo se mantiene inconsciente.

Sin embargo, Gyurak y Etkin (2014) mencionan que *“los procesos defensivos se consideran como un grupo de procesos de regulación emocional. Lo que los caracteriza es que son implícitos, esto es, no conscientes, automáticos, no deliberados ni realizados con esfuerzo”*.

Freud (1924), afirmaba que el conflicto tiene tres amos (pulsión, realidad, superyó). Debido a que no siempre el YO puede hallar transacciones aceptables entre estos amos en pugna, debe colocarse a favor de unos y contra otros. Si bien ambas perspectivas de la defensa corresponden a un plano teórico, una de ellas retiene un alto grado de generalidad (destino de pulsión) y la otra (oposición a uno de los amos del yo) una abarcatividad algo menor, ya que plantea la cuestión de su diversidad.

De acuerdo con Westen y Blagov (2007) el concepto *“formación de compromiso”* se refiere al proceso por el cual el cerebro establece una solución de compromiso de cara a motivos múltiples que con frecuencia compiten, como el de satisfacer varios deseos a la vez, satisfacer la autoestima, actuar moralmente, escapar de emociones displacenteras y percibir la realidad ajustadamente.

No obstante Cosacov (2005) menciona que *“los mecanismos de defensa han sido formulados en el área de la psicología clínica, con frecuencia se piensa que el*

empleo de mecanismos de defensa es propio de personas con problemas psicológicos que requieren la intervención profesional, cuando en realidad todos los individuos (normales o no) hacen uso de los mecanismos de defensa permanentemente.”

Cabe resaltar que los mecanismos de defensa no resuelven la fuente de ansiedad, ya que estos no son eliminados después de que protegiera al Yo en los años difíciles de su desarrollo. Cada persona emplea diferentes repertorios de mecanismos, durante toda su vida, los cuales se repiten tan pronto como retorna la situación parecida a la original.

1.3 REPERTORIO DE DEFENSA

1.3.1 REPRESIÓN

En un principio, Freud utilizaba, sin distinción, los términos represión y defensa, hasta la publicación de su texto “La Represión” (1915), donde la define propiamente. En este texto, postula que *“La esencia de la represión consiste exclusivamente en rechazar y mantener alejados de lo consciente a determinados elementos”*. Defensa que Anna Freud llamó también “olvido motivado”; explicándolo como la imposibilidad de recordar un evento o pensamiento estresante. La autora señalaba a esta defensa como peligrosa ya que normalmente va acompañada de otras más.

También agrega que *“será condición indispensable de la represión el que la fuerza motivacional de displacer adquiera un poder superior al del placer producido por la satisfacción”*.

Por otra parte, “Lo Inconsciente” según S. Freud (1915) refiere: *“Hemos llegado a la conclusión de que la represión es un proceso que recae sobre ideas (representaciones) y se desarrolla en la frontera entre los sistemas inconsciente y (preconsciente) consciente”*.

1.3.2 SUBLIMACIÓN

Anna Freud (2016) consideraba que era una parte normal de los mecanismos de defensa, que revelaba un funcionamiento adaptativo del Yo.

Este mecanismo está enfocado en cambiar el objeto pulsional por otro, desexualizándolo para hacerlo pasar a través de la conciencia.

La energía asociada a impulsos sexuales e inaceptables se reorienta en actividades específicamente humanas que tienen un valor en el orden social, en la cultura y la civilización; Sigmund Freud creía que la misma civilización podría provocar una gran energía que redirige los deseos inaceptables a una salida aceptable, esto significa una descarga indirecta del impulso. Esta transformación de acuerdo con S. Freud (1908) “pone una cantidad extraordinaria de fuerza a disposición de la actividad civilizada y lo hace en virtud de su característica específica que es su capacidad para desviar su meta sin atenuar, materialmente su intensidad.”

1.3.3 PROYECCIÓN

Es un mecanismo conformado por un conjunto de maniobras inconscientes por medio de las cuales el Yo expulsa características de sí mismo, que atribuye y adjudica a los demás; cualidades, sentimientos o intenciones. La amenaza se trata como si fuera una fuerza exterior. De esta forma el individuo es capaz de enfrentar estas características reales de origen interno, sin embargo no está consciente del hecho de que la idea o el comportamiento temido sea suyo.

Para S. Freud (1909), en su escrito “*Análisis de la fobia de un niño de cinco años*”, la proyección aparece relacionada con otros mecanismos de defensa, ya que esta defensa equivale a un proceso primario, parecido al realizado durante el sueño; realización alucinatoria de deseos.

1.3.4 RACIONALIZACIÓN

Es el proceso de encontrar razones o expresar argumentos aceptables para las ideas o acciones inaceptables y así justificar o encubrir los fallos, el individuo da una explicación que es éticamente aceptable o lógicamente congruente para evadir los verdaderos motivos.

De acuerdo con Franger y Fadiman (2010) *“es una forma de aceptar la presión del SuperYo; disfraza nuestros motivos interpretando nuestras acciones de una manera moralmente aceptable”*

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR), de la American Psychiatric Association el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.

1.3.5 INTELECTUALIZACIÓN

Freedman (1977) señala *“la intelectualización consiste en el uso excesivo de procesos intelectuales para evitar la experiencia y la agresión del afecto”*

Esta defensa implica dar forma discursiva a conflictos y emociones. Las emociones son pensadas en lugar de sentidas. Al suprimirlas, el individuo intenta recuperar el control de sus riesgosos y amenazantes impulsos.

Existe un exceso en la explicación lógica y del pensamiento abstracto como forma de evadir la experiencia de las emociones.

1.3.6 AISLAMIENTO

Anna Freud (2016) lo describe como impulsos instintivos que están separados de su contexto permaneciendo al mismo tiempo en la consciencia. De esta forma se apartan del resto de la psique las partes de una determinada situación que causan ansiedad.

Ante experiencias traumáticas dolorosas, en algunos casos el contenido intelectual es alejado de la intensa emoción, es por esto que cuando la persona analiza problemas que aisló del resto de la personalidad, los recuerda sin sentimientos. Como menciona Matte (1994) *“que es fríamente recordada por el paciente como si se refiriera a algo sucedido a otra persona y no le importara”*. Algo que debe considerarse como importante, sencillamente se trata como si no lo fuera.

1.3.7 FORMACIÓN REACTIVA

Freud A. (2016) también lo nombraba *“creencia en lo opuesto”*. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo sustituyendo conductas o rasgos de carácter por otros diametralmente opuestos a los impulsos inconscientes reprimidos que se mantienen en realidad y que son inaceptables para la persona.

Las características principales de la formación reactiva son su excesiva rigidez y extravagancia. Para Poliak (1999) es una *“actitud opuesta a un deseo reprimido constituida como reacción ante éste último. Es considerada como un reaseguro de una represión ya establecida. La formación reactiva no surge cada vez que hay peligro instintivo, sino que se constituye como hábito: ha modificado la personalidad misma como si el peligro estuviese siempre presente.”*

1.4 MÁS ALLÁ DEL PRINCIPIO DEL PLACER

Freud (1920) refiere que la vida anímica existe realmente una compulsión de repetición que se instaura más allá del principio de placer. (...) compulsión de repetición y satisfacción pulsional placentera directa parecen entrelazarse en íntima comunidad.

En (1937) en *“Análisis terminable e interminable”*, encuentra tres fenómenos clínicos que llaman su atención:

Si uno se representa en su totalidad el cuadro que componen los fenómenos del masoquismo inmanente de tantas personas, la reacción terapéutica negativa y la

conciencia de culpa de los neuróticos, no podrá ya sustentar la creencia de que el acontecer anímico es gobernado exclusivamente por el afán de placer. Estos fenómenos apuntan de manera inequívoca a la presencia en la vida anímica de un poder que, por sus metas, llamamos pulsión de agresión o destrucción y derivamos de la pulsión de muerte originaria, propia de la materia animada.

Acerca del nuevo dualismo pulsional que rige el psiquismo, Freud (1937) afirma: *“...sólo la acción eficaz conjugada y contraria de las dos pulsiones primordiales, Eros y pulsión de muerte, explica la variedad de los fenómenos vitales, nunca una sola de ellas.”*

La pulsión de muerte se presenta libidinizada, actúa silenciosamente, y lo que se vuelve perturbador es la vida, como intento de frenar el retorno a lo inanimado, es decir, el triunfo de la pulsión de muerte.

1.5 LA ANGUSTIA

Freud (1926) alude a que *“la psique cae en el afecto de la angustia cuando se siente incapaz para tramitar, mediante la reacción correspondiente, una tarea, (un peligro) que se avecina desde afuera; cae en la neurosis de angustia cuando se nota incapaz para reequilibrar la excitación (sexual) endógenamente generada”*.

Para Freud es una sensación que con mayor o menor intensidad es siempre displacentera. Con la teoría sobre la angustia expuesta en 1926, propone que esta causa la represión. La angustia surge como reacción ante un peligro, cuyo prototipo es el nacimiento, como expresión del “*hilflosigkeit*”, del estado de desamparo en que llega el niño al mundo. Luego de esta primera situación traumática, será el YO quien producirá angustia frente a la percepción de un peligro. Freud distingue angustia real de angustia neurótica, la primera es ante un peligro real, exterior, la neurótica es ante un peligro que viene del interior. El peligro ante el cual se defiende el neurótico es la pulsión y si la angustia causa la represión, lo hace en tanto angustia de castración.

En *"Inhibición, Síntoma y Angustia"*, Freud (1926) ya no considera a la angustia como un incremento de excitación, libido sexual no empleada, sino como una reacción frente a situaciones de peligro, en la que el YO debía ser el responsable de esa angustia. El aparato psíquico es alertado de un peligro a partir de una señal de displacer. La respuesta del Yo frente a la señal sería emprender una defensa normal, la represión. El Yo quita la investidura de la representación de la pulsión, la cual se va a reprimir, desalojar, y la emplea para el desprendimiento de displacer (de angustia).

Siguiendo la definición de Marietán (1996) *"la angustia se siente como una mezcla de displacer, de una vivencia de tensión interna o de espera de un peligro indeterminado y de impotencia para enfrentarlo, acompañándose de repercusiones somáticas"*. (Revisar Diagrama 1)

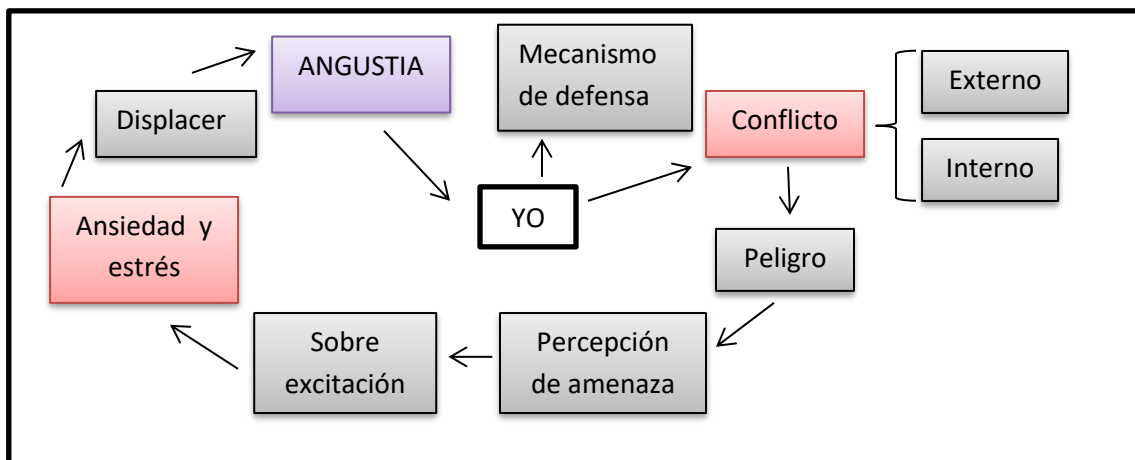


Diagrama 1: El Yo al percibir un conflicto externo o interno lo concibe como algo peligroso que da la señal de ser algo que amenaza, lo que provoca una sobre excitación que deriva en ansiedad y estrés, dando lugar a un sentimiento de displacer y este, a su vez, origina a la angustia, entonces pueden aparecer una serie de mecanismos de defensa, que pueden ser de a nivel inconscientes o conscientes.

La angustia también es definida genéricamente como aflicción o congoja y puede decirse que es el tono emotivo con el que el hombre vive una cierta situación con respecto al mundo. Henry Ey (1978) define a la angustia en su tratado de psiquiatría como un *"conjunto de trastornos físicos que conducen a dar al ansioso"*

la impresión de que está encerrado en un torno, estrangulado, retorcido, a las puertas mismas de la muerte”.

1.6 SÍNTOMA

Freud (1990) establece que el síntoma tiene un sentido para el paciente y se relaciona con sus vivencias. Para que el síntoma se produzca es condición necesaria que el sentido sea inconsciente, encierra un mensaje que fue interceptado. En otras palabras el síntoma es pensado como el resultado de un mecanismo de defensa (represión) por el cual el Yo trata de defenderse de la presencia de una representación inconciliable derivada de una pulsión proveniente del Ello. (Revisar *Diagrama 2*)

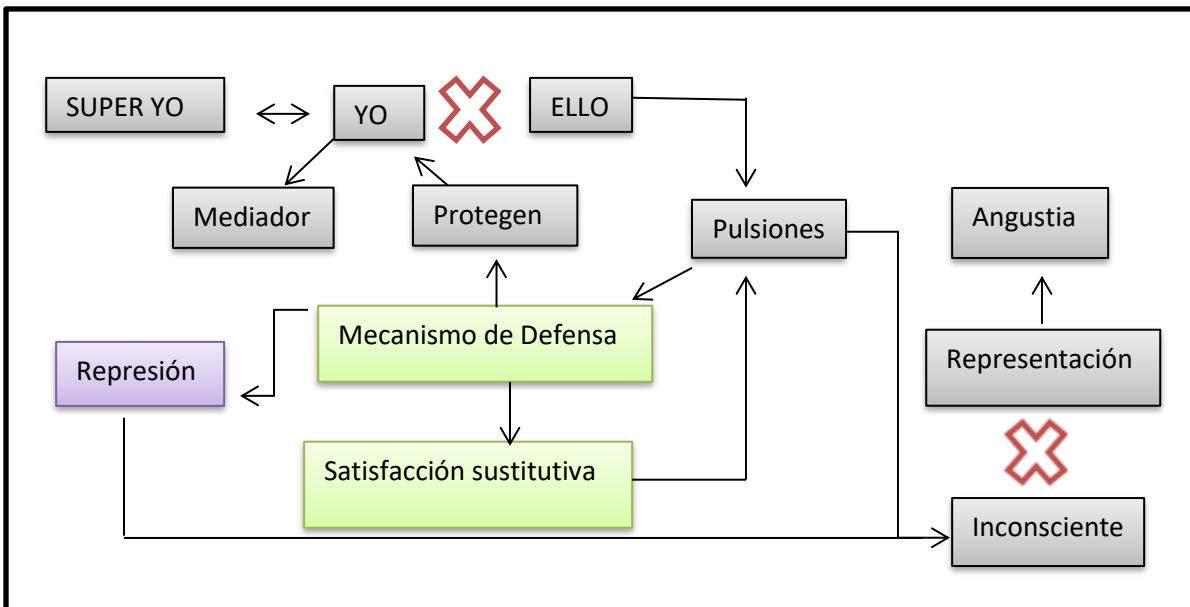


Diagrama 2: Se concibe al síntoma como el resultado de un conflicto entre el Yo y el Ello. Las pulsiones provenientes del Ello provocan inestabilidad en el yo, por lo cual, como ya se revisado en este capítulo, los mecanismos de defensa se hacen presentes. En el caso del síntoma tenemos como principal mecanismo la represión que emerge en gran parte de forma inconsciente provocando la creación una representación errónea que a su vez causa angustia.

En la misma línea Freud (1991) plantea que la angustia es un afecto que aparece acompañando al síntoma. La angustia aparece frente a las mociones pulsionales

que demandan ser satisfechas y que no son reconocidas por el propio sujeto. En este caso funciona como una señal ante un peligro proveniente del interior del individuo. Para Freud (1915) el síntoma muestra el conflicto existente entre la moción pulsional y la represión. La pulsión genera un displacer porque es percibida como inconveniente. La represión recae sobre la representación displacentera desalojándola de la conciencia, se da una suerte de separación de la carga afectiva. La represión es exitosa sobre la representación, pero no así con lo afectivo que queda libre de unirse a otra representación.

La satisfacción que genera el síntoma, para el sujeto, es de carácter conflictivo ya que aparece desfigurada por la censura y es experimentada como sufrimiento. Es por eso que Freud (1991) dice que el síntoma es la reactualización de un viejo conflicto que fue reprimido y que la resolución del mismo es por la vía de la palabra.

Freud (1991) señala que los síntomas tienen similitudes con los actos fallidos y los sueños ya que son causados por un deseo. Aparecen como retoño de un cumplimiento de deseo inconsciente proveniente de la libido que se torna desfigurado, es por eso que el sujeto no lo reconoce como tal. Es la forma que tienen las representaciones inconscientes de esquivar la represión para que la libido pueda descargar respetando el compromiso en la formación del síntoma.

Con base a lo expuesto anteriormente, y de acuerdo con Freud, los mecanismos de defensa se pueden definir de la siguiente forma: Son técnicas que operan a nivel inconsciente y de forma automática ante amenazas de origen interno y/o externo que pueden ser percibidas como amenaza para el YO, lo cual da lugar a la ansiedad y a la angustia; al percibirse incapaz al reaccionar ante un peligro. Mediante los mecanismos de defensa o también llamados mecanismos de afrontamiento se encuentra una manera de expresar la misma pulsión indeseable (satisfacción sustitutiva), por medio de una deformación y reajuste de la realidad. El placer acompaña a los mecanismos de defensa, ya que como se ha revisado, el

repertorio de defensas se crea desde la infancia y aun en la edad adulta se puede seguir utilizando el mismo repertorio o uno muy parecido. Menciona Freud (1992) que *“en la repetición se instaura en el principio del placer”*.

Se ha de aclarar los mecanismos de defensa son parte del desarrollo de todos los individuos. Sin embargo, la sobreutilización de alguno puede originar patologías.

CAPÍTULO 2

LA SOCIEDAD ANTE LA MUERTE

“el destino de nuestro cuerpo es la muerte: El cuerpo muere, y con él toda la realidad terrenal del hombre... sepulto e incinerado, mi cuerpo se descompondrá en sus moléculas, éstas se incorporan al ingente proceso de la evolución cósmica”

Lain P. (1989)

En las décadas correspondientes a 1930-1940 las personas morirán en los hospitales y para 1950 se generaliza. Kubler (s.f) indicaba que *“el paciente al ser llevado de manera rápida a un servicio de urgencias era arrebatado de su ambiente familiar, que tantas cosas aún podrían brindarle si se lo permitieran.”* En la actualidad, los hospitales son aquellos espacios donde, las personas, experimentan los últimos momentos de sus vidas y no en sus casas, como en tiempos primigenios. Este hecho transformó a la muerte y pasó de ser un acto privado para el moribundo y su familia y el hospital se convierte en un lugar de muerte pública y solitaria a su vez.

Ariés (1999) remarca que *“ahora lo cotidiano es morir en el hospital, rodeado no tanto de seres queridos como de un equipo de especialistas en morir.”*

Hernández (2006) en su artículo *“El significado de la muerte”* alude a que aún en nuestros tiempos, *“la muerte se vive socialmente como un tabú, no se les permite hablar de ella incluso a aquellos que saben que están cerca de morir; tal es el*

caso de los enfermos terminales”

La enfermedad y la muerte están relegadas ocasionalmente a los hospitales, en donde, de vez en cuando, abunda la mecanización, deshumanización, despersonalización y soledad. Ha pasado a ser institucionalizado: La instauración de ella en los hospitales, ya sea por deseo de prolongar la vida o por el miedo de morir sin atención, ha alejado este acontecimiento del entorno colectivo donde era visto como un evento natural.

La negación social de la muerte también se traslada al ámbito médico: La medicina se ha centrado básicamente en eliminar la enfermedad o todas las causas posibles de muerte, y que cuando se presenta se vive como un fracaso médico. Como afirma Azulay (2000) se ha observado que *"la tendencia de la sociedad actual es esconder y medicalizar la muerte; se prefiere una muerte rápida, súbita, que se produzca cuando uno está durmiendo y sin o con un bajo nivel de conciencia"*

De acuerdo a lo revisado en este apartado se infiere que la muerte ciertamente inquieta e impone, por lo cual resulta difícil hablar de ella tomándola como un tabú, por lo que la sociedad prefiere una muerte rápida y súbita. En la actualidad el acto de morir se concreta más a menudo en los hospitales, por lo cual el equipo especializado en la salud resulta ser el acompañante de las personas que son ingresadas a un hospital para finalizar ahí su vida.

2.1 CONCEPTO BIOLÓGICO DE LA MUERTE

En un sentido biológico se puede decir que la muerte es la detención completa y definitiva de las funciones vitales. La muerte biológica o desaparición del individuo vivo y reducción a cero de su tensión energética consiste en la detención completa y definitiva, es decir irreversible de las funciones vitales, especialmente del

cerebro, corazón y pulmones (Thomas 1991).

Lain (1989) Menciona que desde el punto de vista estrictamente biológico *“la muerte definitiva del ser humano se da por la total inactividad del cerebro. La muerte siempre es consecuencia de una lesión cerebral. Es el cerebro metabólicamente útil el que caracteriza el estado de vida.”*

En México de acuerdo con La ley General de Salud título decimocuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343 en (DOF 01-06-2016)

La pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

1. Ausencia completa y permanente de conciencia;
2. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
3. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Para Engelhardt (1996) *“la controversia sobre la definición de la muerte procede en gran parte de la falta de claridad acerca de la clase de vida que se declara terminada... una cosa es interesarse por saber cuándo cesa la vida biológica y otra por saber cuándo deja de existir la persona.”*

Para poder entender mejor lo que supone la muerte biológica hay que recurrir a la medicina, ya que hoy en día, casi todo el mundo muere en manos de médicos y enfermeras y no por mera ignorancia de estos profesionales, es decir, la mayoría de los pacientes ingresados a la UCI (unidad de cuidados intensivos) y áreas de urgencias presentan un alto grado de complicaciones orgánicas lo que reduce las probabilidades de vida.

A lo largo de la historia, morir es un acontecimiento complejo. La idea de la muerte inquieta e impone silencio. Este suceso puede resultar algo solitario, mecánico y deshumanizado en algunos casos; a veces hasta es difícil determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte. (Kubler 2006)

Como lo menciona Valdez (1994) en su tesis doctoral *“Normalmente cuando un paciente se halla en la fase final de su enfermedad mortal, tanto los familiares y allegados como el personal médico tienden a retirarse de su lado, les habla en tercera persona, los tratan como objetos; de este modo, se refieren al paciente con un lenguaje despersonalizado...”*

Escobar (1998) alude a que *“La tecnología médica ha contribuido a que muchas veces se libere la batalla contra la muerte en circunstancias heroicas y en ocasiones inhumanas, con resultados no siempre afortunados... Es aquí donde surge el conflicto, dado que la prolongación de la vida en circunstancias tales no está científicamente ni humanamente justificadamente. Es que riñe con los derechos del paciente y con los principios de ética profesional. Dejar morir en paz es un deber elemental, una obligación ética del médico... En los últimos cincuenta años han surgido recursos heroicos que hacen factible que los médicos puedan prolongar la vida de sus pacientes críticamente enfermos...”*

Escobar (1998) dice que el médico debería ser capaz de aunar dos aspectos: los conocimientos técnicos sobre la enfermedad y sus tratamientos, junto a la sabiduría para aceptar los límites de la vida y así poder ser útil al enfermo.

Fernández y Pimtel (1996) señalaban que con “el avance en la especialización y tecnología de la medicina, el hombre es visto fragmentariamente como un conjunto de órganos separados sobre los que hay que intervenir aplacando el síntoma.” De esta forma el personal del área de la salud despersonaliza la enfermedad para así poder actuar mejor sobre ella, el hombre deja su cuerpo en

manos del médico, transformándose un ser puramente biológico portador de microorganismos, disfunciones orgánicas y malformaciones.

Braunstein (1980) apuntaba a que “las enfermedades son consideradas como efectos visibles, de reconocimiento y cuyo mecanismo de producción se desconoce, materia prima que debe ser tratada con recursos físicos y químicos sobre un cuerpo biológico”.

De acuerdo a lo revisado en este apartado, cuando el ser humano se enfrenta tan solo a la idea de la muerte sobreviene un conflicto de ideas y planteos, en que nada es suficiente para poder resistirla. Pero, solo una visión científica puede ser capaz de dar alivio, ya que permite comprender que todo es un proceso más de la vida. Sin embargo, el miedo y la angustia que también puede desencadenar la idea de morir, ha provocado que el hombre emplee su propia inteligencia para crear tecnología que haga frente a esta etapa que cada ser vivo comparte, siendo los conocedores de dos disciplinas; medicina y enfermería quienes llevan esta lucha.

CAPÍTULO 3

EL PROFESIONAL DE LA SALUD ANTE LA MUERTE

3.1 ENFERMERÍA

Definición:

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) señala que la enfermería es una profesión que

(...) “abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.”

En los hospitales la atención al moribundo se considera más propia de la enfermería, por lo que el médico se distancia. En la atención ambulatoria no acostumbra a ser el médico habitual quien atiende al paciente, cuando se acerca la muerte; habitualmente quien afronta la situación es el profesional del servicio de urgencias sin conocimiento previo del caso.

Eseveni (2006) afirma que *“a la enfermería la hemos considerado en otro lugar como la novia de la muerte. Y eso, porque los profesionales enfermeros son los que más presentes estamos en el momento de morir”*.

Dentro de las funciones de los profesionistas de enfermería está el ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la

inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella. El personal de enfermería es un sujeto que siente y padece, atravesado por representaciones sociales y por sus prácticas, como señala Menéndez (1975) *“los saberes no pueden ser negados ni separados de las prácticas”*. Algunos autores señalan que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos (Colell et. Al. 1993).

Yague y García (1994) señalan que *“la presencia de la muerte remueve también las actitudes del personal de enfermería y, recíprocamente, esas actitudes incluyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está asistiendo. Cuando un individuo entra en un proceso terminal se convierte en un estímulo que despierta aversión y genera respuestas de evitación y huida”*.

3.2 MÉDICOS

Definición:

El médico general presta atención médica primaria, personal y continua a individuos y familias.

“De acuerdo al Royal College of General Practitioners se puede definir al médico general “Puede atender a los pacientes en sus domicilios, en la consulta y, ocasionalmente, en el hospital. El médico general acepta la responsabilidad de tomar las decisiones iniciales en todos los problemas que se le presenten, requiriendo la opinión de los especialistas cuando lo juzgue conveniente. Habitualmente trabaja con otros médicos generales en lugares apropiados y específicos, con la ayuda de personal auxiliar y del equipamiento necesario...”

La medicina está inscrita dentro de este discurso positivo en donde la lógica, la razón y su saber en el discurso científico colocan al médico en un lugar omnipotente y de macropoder, su misión es salvar a la raza humana de las enfermedades letales.

Las relaciones que guarda el médico con el moribundo se ven afectadas por su propio miedo al morir y por la errónea idea de tomar como fracaso o derrota la muerte del paciente.

En la tesis doctoral *“El médico como persona en la relación médico-paciente”* (Gómez, 2002), se concluye que las ansiedades más intensas del médico derivan de la relación con el paciente. La relación insatisfactoria con éste y el sufrimiento derivado por la enfermedad.

Hallado (2005) menciona que *“cuando el médico hace un pronóstico maligno experimenta cierto escozor e incomodidad que dificulta la atención asistencial. Algunas veces parece que el médico quita importancia a la situación, llegando a percibirlo como algo normal que se vive a diario.”* Esta reacción ocasiona que algunos profesionales quiten importancia al paciente-persona, que se transfigura en el caso “tal”, sobre todo en grandes hospitales en los que las normas técnicas permiten convertir al paciente en un número.

Por otra parte, el paciente puede morir solitario en medio de una maraña de dispositivos tecnológicos de las unidades de cuidado crítico y de manera despersonalizada.

El personal médico y de enfermería no están exentos de las reacciones que suscitan la muerte y el proceso de morir en nuestra sociedad occidental. La muerte puede ser mirada desde diferentes puntos, a veces puede ser vista como un hecho natural e inevitable, otras como un enemigo que hay que dominarse por medio de diversos avances tecnológicos.

El tiempo de la muerte se ha alargado, el médico al ser incapaz de anular la muerte, pretende conservar la vida, lo cual ha tenido un mayor progreso en los últimos años, esto gracias a los adelantos tecnológicos, no obstante corre el riesgo

de sucumbir en el encarnizamiento terapéutico⁵ empeorándose las condiciones de la muerte.

A lo cual Garduño (2007) indica que *“un empecinamiento en curar lo incurable, de no reconocer la finitud de la vida y de la medicina, de negarse a admitir que la muerte es también un proceso natural como cuando se nace, y de ninguna manera sinónimo de fracaso médico.”* Con el adelanto científico es más difícil decir en qué momento se termina la vida de la persona, ya que en algunas ocasiones los órganos vitales de los sujetos continúan trabajando por medio de máquinas conectadas al cuerpo.

El médico no puede suprimir la muerte pero puede regular su duración, de algunas horas que era en otro tiempo, a algunos días y hasta años, gracias a los adelantos tecnológicos, volviéndose posible demorar el momento fatal y cayendo en el encarnizamiento terapéutico.

Freud señalaba que el temor a la muerte de los pacientes era uno de los aspectos más difíciles de la medicina y que el médico no debía engañar a los enfermos. Uno de los factores que contribuye al engaño y al aislamiento del paciente es la problemática del médico respecto a la muerte, cuando éste proyecta sobre el enfermo sus temores frente a la misma. Tener en cuenta estas cuestiones es fundamental porque cuando los temores y mecanismos defensivos en ambos son intensos se pueden desencadenar fenómenos de inhibición y/o crisis de angustia en el paciente, pero también en el médico, haciendo más difícil este proceso.

La medicalización de la muerte, como dice Ariés (1999) *“ha llevado a que el hospital sea el lugar de la muerte natural y a que el lugar del moribundo sea asimilado al de un operado grave”*.

Es importante resaltar que, en materia de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), en 2016 se reportó que por cada mil habitantes

⁵ De acuerdo a la Real Academia de Medicina de Cataluña (2005); la “distanasia” o el “encarnizamiento terapéutico” indican la utilización en el proceso de morir tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente.

apenas se cuenta con 1.8 médicos y 2.5 enfermeras en la CDMX señala la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados.

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 OBJETIVOS

General

Conocer la forma en que el personal médico y de enfermería enfrentan sus propias emociones ante la muerte de un paciente mediante el desarrollo de mecanismos de defensa. Para ello se recurrirá a autores de diversas ramas de la psicología y la medicina. Hare uso de sus teorías que en conjunto podrán contribuir al entendimiento y descripción de los mecanismos de defensa que se hacen presentes en las labores clínicas de dichos profesionistas.

Específico

Conocer qué mecanismos de defensa adopta el personal médico y de enfermería. Identificar y describir las diferentes posturas que adopta cada profesionista de acuerdo a su área de trabajo.

4.2 PROBLEMA

¿De qué forma se presentan los mecanismos de defensa en que el personal médico y de enfermería al enfrentar sus propias emociones ante la muerte de un paciente en los servicios de terapia intensiva y urgencias de las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital de Ortopedia y Traumatología y de Hospital Juárez de México?

4.3 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación servirá como punto de partida para otras exploraciones que se hagan en torno a las herramientas necesarias para la reflexión y comprensión por parte de los médicos y enfermeras ante situaciones de muerte de su paciente.

El interés por llevar a cabo la presente investigación gira en torno a una cuestión de trascendencia social en la cual se cuestiona el cómo en el área médica y de enfermería pueden lidiar ante sus propias emociones y pensamientos ante un suceso terminal de otro humano, lo que lo lleva a una implicancia personal desde su significación existencial y profesional.

Las diversas actitudes que pueden adoptar los profesionales de estas dos disciplinas, como el disgregar sus emociones de las actividades que realizan como un mecanismo de defensa contra la angustia y frustración que le genera la práctica de su profesión. Sin embargo, se ha de tomar en cuenta que el abuso de cualquier mecanismo de defensa puede derivar en una patología; que en el área de la salud pueden interrumpir su trabajo asistencial.

El personal del área médica y de enfermería puede creer que ignorando o negando lo que siente y vive cada vez que realiza su labor profesional se preserva de experimentar sentimientos aversivos. Este engaño inconsciente puede convertirse en una situación de riesgo en su salud mental e intervenciones médicas.

4.4 HIPÓTESIS

Hi:

El personal de salud del área de enfermería y de medicina presenta ansiedad ante el sufrimiento resultante del estado crítico que presenta su paciente, reaccionará sublimando y racionalizando.

Ho:

El personal de salud del área de enfermería y de medicina no presenta ansiedad ante el sufrimiento resultante del estado crítico que presenta su paciente.

Ha: El personal de salud del área de enfermería y de medicina presenta ansiedad por factores ajenos al sufrimiento resultante del estado crítico que presenta su paciente.

4.5 PROCEDIMIENTO

Realizar una investigación que ayude a conocer el proceso emocional que viven los médicos y las enfermeras en su entorno laboral. Mediante un trabajo con metodología cualitativa (descriptivo) utilizando un esquema referencial de la teoría psicoanalítica.

El trabajo se desarrollará en dos ejes; el primero será a partir de una minuciosa recolección de información extraída de fuentes teóricas de ramas médicas y psicológicas. Y el segundo será a partir de entrevistas semi-estructuradas, aplicadas a 20 profesionales de la salud (10 médicos y 10 enfermeras), que constarán de 1 entrevista para cada participante con una duración aproximada de 30 minutos; en las cuales el profesional puede expresar cómo es que se vive o vivió la experiencia al trabajar con un paciente en estado crítico, el impacto que tuvo en su vida personal y profesional, así como la forma en que fueron asimilados.

4.6 POBLACIÓN

Profesional del área médica y de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital de Ortopedia y Traumatología y de Hospital Juárez de México.

4.7 MUESTRA

El profesional de salud que los servicios de terapia intensiva y urgencias de las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital de Ortopedia y Traumatología y del Hospital Juárez de México

4.8 UNIDAD DE ANÁLISIS

2 personas del área de medicina y 7 personas del área de enfermería de ambos sexos de los servicios de terapia intensiva y urgencias de las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital de Ortopedia y Traumatología

8 personas del área de medicina y 3 personas del área de enfermería de ambos sexos de los servicios de terapia intensiva del Hospital Juárez de México.

4.9 LUGAR DE ENTREVISTAS

- Unidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital de Ortopedia ubicado en Av Fortuna 101, Magdalena de las Salinas, 07760 Ciudad de México, CDMX
- Unidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital de Traumatología ubicada en Calzada de Las Bombas, Ex-Hacienda Coapa, 04980 Ciudad de México, CDMX
- Hospital Juárez de México ubicado en Av Instituto Politécnico Nacional 5160, Magdalena de las Salinas, 07760 Ciudad de México, CDMX

4.10 TIPO DE ESTUDIO

Es un diseño no experimental de tipo transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. De enfoque cualitativo y con alcance descriptivo porque se centra en medir con precisión las variables individuales, utilizando un esquema referencial de la teoría psicoanalítica.

4.11 MODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista semi-estructurada.

4.12 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Un formato de una entrevista semi-estructurada para cada área:

- Medicina
- Enfermería

En ambos casos se hizo una grabación de cada entrevista.

4.13 PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La propia autora de la investigación.

4.14 ANÁLISIS Y REPRESENTACIÓN DE DATOS

Después de aplicar, en su totalidad, las entrevistas se transcribieron. Posteriormente se clasificaron en dos tablas de doble entrada y se registró la información de cada entrevistado (únicamente su edad, sexo, especialidad, antigüedad y la institución en la que laboran): una tabla para el área médica y otra para el área de enfermería. Estas tablas se hicieron con el propósito de correlacionar los datos de las entrevistas con los sujetos, asignándole una letra a cada sujeto del área médica y un número romano a cada sujeto del área de enfermería, manteniendo de esta forma su anonimato.

Una vez obtenidas estas tablas se crearon dos tablas más de doble entrada, en donde se aprecia la respuesta que cada profesional dio ante la misma pregunta. El objetivo de éstas fue localizar los mecanismos de defensa que cada participante utilizó durante el cuestionamiento de su desempeño profesional. Dichas tablas podrán ser consultadas en el apartado de anexos.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se piensa que los profesionales de medicina y enfermería son personal altamente calificado para tratar el tema de la muerte, ya que la práctica profesional así lo demanda, en la cual dependiendo la especialidad que tomen y el área en la que se desempeñen tendrán mayor cercanía a estos acontecimientos. Sin embargo, en algunas ocasiones pareciera que prefieren evitar este tema, de esta manera es posible que busquen una forma de sobreponerse o sobrellevar la angustia y ansiedad⁶ que provoca pensar en su propia muerte, a esto Nuland (1995)

⁶ Templer D., (1970) menciona que “la ansiedad ante la muerte ha sido definida como una reacción emocional producida por la percepción de las señales de peligro o amenazas reales o imaginarias, a la propia existencia que puede desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o disposicionales, relacionados con la propia muerte o ajena”.

menciona que “algunos estudios indican que la carrera de medicina atrae a las personas más angustiadas por la muerte”.

Se ha de resaltar que, en este trabajo, se utilizará como una de las principales bases las reglas de inferencia lógica: *Modus ponendo ponens* proveniente del latín que se puede explicar de la siguiente manera: Esta regla de inferencia es el método (*modus*), que afirma (*ponens*) el consecuente, afirmando (*ponendo*) el antecedente.

Esta regla es también representada por una fórmula:

$P \rightarrow Q$
 $P \rightarrow$
Conclusión.
 Q

La regla de inferencia modus ponendo ponens permite demostrar Q a partir de y P

La regla se aplica a la forma de las proposiciones, o sea; que siempre que se dé una *proposición condicional* y se dé precisamente *el antecedente de aquella condicional*, se sigue precisamente el *consecuente*.

La teoría recopilada en la presente investigación menciona que, en la presencia de los mecanismos de defensa, residen dos principales componentes que desencadenan su existencia; ansiedad y angustia. Enfatizando que el presente estudio es de enfoque cualitativo, para consolidar la idea de la presencia de ansiedad en los miembros de enfermería se retomara la regla de inferencia lógica.

Después de lo revisado en el marco teórico, y con base a esta regla de inferencia lógica, se puede deducir la existencia de ansiedad en los miembros del equipo de salud; médicos y enfermeras,

A continuación se hará el análisis de las entrevistas realizadas al equipo de enfermería y medicina; a partir de ahora se le asignará la letra “E” al personal de enfermería y “M” al personal de medicina cuando se cite a algún entrevistado, poniendo un número posterior de la letra en el caso de enfermería y otra letra

después de la letra M para medicina. (Véase anexo 1 y 2).

5.1 ACTITUD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD ANTE LA MUERTE (INTELECTUALIZACIÓN)

La preparación profesional que el personal de salud ha recibido está encaminada a recuperar la salud y aliviar el sufrimiento para que, de esta forma, pueda triunfar sobre la muerte. No lograrlo, implica aceptar una derrota y experimentar las penosas sensaciones de impotencia y el fracaso. Lo que posiblemente puede provocar que se presente el mecanismo de intelectualización; esto se puede observar a continuación, cuando se les cuestiona sobre su sentir ante la muerte de sus pacientes argumenta lo siguiente:

M. J.- Triste, frustrado. Decepcionado no, porque tengo yo en mis manos su vida, sino porque no lo pude rescatar de ese paso final ¿cómo lidio? Porque no está en mis posibilidades, y se hizo lo posible por tratar de curar a ese paciente.

El gran significado que puede percibir el personal de medicina ante el pensamiento de “tener una vida en sus manos” está posiblemente guiado por su propio egocentrismo. Sin embargo, puede derivarse una angustia al ponerse como mediador entre la vida y la muerte.

Por otra parte el personal de enfermería discrepa de la opinión de los médicos.

E. I.- Se siente feo cuando muere alguien porque no supiste hacer esto, o aquello que tú sabías que haciéndolo no se iba a morir. Y se siente feo cuando alguien se muere porque el diagnóstico no estuvo bien, lo que tú sabías no era lo correcto. Y te sientes satisfecho de que si el paciente muere, o la mínima satisfacción puede ser de qué falleció, pero entregaste todo lo que tú podías entregar y que tú hiciste todo lo que podías hacer por él...

E. IX.- *¿Se siente? (su voz suena más aguda y más fuerte)... Ay, pues la más fea que tuve, sentí mucha **impotencia y aparte coraje** (habla muy rápido al decir lo último) porque no se contó con el personal adecuado, se perdió mucho tiempo en buscarlo, **se te junta todo**, puedes tenerlo todo pero si no tienes la destreza, médico o compañera... a parte pues no puedes... o sea... **la muerte va a llegar en cualquier momento.***

Con relación a su sentir ante la muerte de su paciente puede notarse que se adjudica mayor responsabilidad, esto se podría relacionar por su reconocida participación social en el proceso de cuidar; que se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos técnicos y científicos, dedicación y relación moral e interpersonal con los pacientes. Además se ha de remarcar que el equipo de enfermería se ve más inmiscuido en el acompañamiento final del paciente ya que en esta etapa según Van Aren (1997) “*disminuye lentamente la función del médico y se hace más importante la de la enfermera: pasa a ser una importante fuente de información y consulta, y toma cada vez más la iniciativa*”.

Cuándo a algunos médicos se les cuestiona cómo se sienten al trabajar con pacientes en estado crítico o terminal refieren lo siguiente:

M. F: *Pues es... la significancia es que **es una parte de ser médico**, tienes que trabajar con ese tipo de personas, sí, **desafortunadamente cuando las personas están en esa parte de la vida la mayoría de las personas están con un médico ¿no? eso significa que es parte de la vida y es parte de mi trabajo.***

E. IV: *Yo lo veo relacionado con pacientes que ya **no tienen solución**, pero le **ayudas a un buen morir, a que no sufra tanto.***

Tal parece que ambos profesionistas llegan a normalizar algunos fracasos ante la muerte, adjudicándolo a su labor diaria en los hospitales, intentando mostrar a los demás que no les causa un mayor conflicto la muerte de otro ser humano.

M. B: *Nosotros en urgencias tenemos menos de una hora para estabilizarlo, entonces estos pacientes son diferentes, **tú no te puedes equivocar**, (...) pero si de por si saber medicina es difícil, agrégale el factor tiempo, **es como jugar ajedrez pero rapidísimo, tienes que demostrar no sólo que sabes, sino que tienes la habilidad de tomar decisiones de manera rápida...***

E. I: *pues significa que ese paciente necesita tu apoyo **la vida de él depende de tus conocimientos.***

El propio médico, según parece, se siente avezado, por lo que hará todo lo que este a su alcance para no cometer error alguno ante la competencia que vive día con día con su “adversaria”, la muerte.

No obstante, el médico no puede verse a sí mismo derrotado ante este enfrentamiento, lo que provoca una necesidad por transferirlo a un punto biológico o propio de su profesión en donde puede dar una explicación válida o científica a lo que hizo que “aquella vida terminara.” Le Du (1992) refiere que el “*discurso científico construido por entero como una defensa del médico para evitarle tropezar con el dolor, encontrando sólo una lesión (...) al percibir únicamente un ascenso de hormonas o de una contracción muscular, para evitarle encontrar su muerte al fijar su causa: razones ante medicamentos, complicaciones postraumáticas, etc.*”

Lo cual se puede notar en:

M. I: *(...) tratamos pacientes con cáncer y no todos se mueren de cáncer, **se mueren de otras cosas.***

M. F: *Si es un paciente que tiene una enfermedad que sabemos que **tiene un mal pronóstico** pues en realidad **no me siento tan mal.***

Se puede notar la existencia de situaciones y vivencias que los integrantes de enfermería y medicina que trabajan en los servicios de Urgencias y medicina crítica tienen que afrontar en su día a día, conviviendo íntimamente con el dolor, el sufrimiento y la muerte, con personas que sufren enfermedades que entrañan un

riesgo vital de su vida de forma inesperada.

Esta realidad vivida por estos profesionales les conduce a sumergirse en un contexto de gravedad e inestabilidad constante, por lo que se exige y se espera de ellos; una respuesta profesional acorde con las circunstancias, lo que da lugar a generar situaciones de gran estrés. De igual modo, estas situaciones que generan vivencias y sentimientos, que en ocasiones son difíciles de digerir, les produce una incapacidad para actuar con competencia, desarrollando relaciones frías y superficiales que contribuyen a la deshumanización del cuidado. La literatura revisada hace evidente que éste es un fenómeno que se da frecuentemente dentro del marco de los cuidados críticos. (Amestoy et al., 2006)

Para lograr tener un panorama más amplio, se les interroga a los médicos si piensan que es negativo involucrar sentimientos hacia los pacientes a lo cual ellos mencionan:

M. A:** involucrar sentimientos si afecta es como un equilibrio, obviamente no ser tan fríos pero **no permitir que interfieran mis sentimientos, no puedo permitir que los sentimientos modifiquen mi criterio mi trabajo dentro de lo que cabe de tenerse limitados con el paciente.

M. E:** La vida de un doctor debe ser fría, porque si mezclamos sentimientos **no nos dejará actuar de manera apropiada.

El mismo médico en otra pregunta resalta ***“sí yo mezclo sentimientos no puedo hacer las intervenciones necesarias”***

M. F:** (...) **no actúas de acuerdo a lo que dicen las leyes de la medicina sino actúas de acuerdo a sus sentimientos, entonces puedo alterar su evolución.

En estas narraciones se reconoce que existen situaciones en las que se marca un distanciamiento con la persona que atiende como parte de su cuidado, de forma que sienten que pueden desarrollar de forma más eficaz su cuidado. En referencia a este aspecto, Leite (2010) expone que muchos de los profesionales que realizan sus cuidados en estas áreas utilizan el aprendizaje y entrenamiento de

comportamientos de “sangre fría” en sus intervenciones, para cumplir de manera eficiente con su función, apartando los sentimientos generados ante la situación que afrontan diariamente.

Desde otro punto de vista, los profesionales de enfermería mencionan lo siguiente cuando se les cuestiona sobre qué siente cuando muere alguno de sus pacientes:

E. X: ¡yo digo! No sé nada, qué malo que lo piense así, pero... ammm... quizás lo que los años (sic) que llevamos trabajando ya no nos hacen sentir dolor ...dolor, tristeza, angustia...tristeza.

A otro profesional de enfermería al preguntarle sobre si cree que involucrar sentimientos con sus pacientes podría estropear sus intervenciones, y ella alude lo siguiente:

E. VII: Si... amm porque... ¿Cómo te explico? Tú no puedes trabajar con alguien que quieras, te preocupas más, y eso en vez de hacer tu trabajo, porque **tratas de hacer más fino tú trabajo, y eso te va a entorpecer.** Sí, no quie... no quie... (sic) Yo no quiero que pienses que soy fría, o sí, pero... **eres una persona muy alterada, y pues en medicina crítica... quizás así te lo demandan, ser un poco duro** (su voz se vuelve más tranquila).

Se puede notar una justificación a la actitud que puede presentar al momento de realizar sus actividades asistenciales con sus pacientes.

La relación humana del profesional y del paciente/familia se ve influenciada cuando los miembros del equipo de salud están continuamente confrontado ante su vida, la salud o la enfermedad, sus creencias, sus conflictos y frustraciones, produciendo en ocasiones una incapacidad de éste para establecer una adecuada relación. Esta circunstancia se produce cuando hay un sentimiento de no estar preparado para relacionarse con los pacientes, dando lugar a la creación de mecanismos de defensa rígidos que afectan tanto al equipo especializado como al paciente. (Maffasioli, 2009)

Por lo tanto resulta de vital importancia para el personal médico y de enfermería poner distancia en los sentimientos que pueden percibir ante lo que está más allá que no sea lo orgánico, ya que sí esto pasara, podría estropear significativamente sus intervenciones.

El siguiente miembro de enfermería alude que, al dar noticias del fallecimiento del paciente a los familiares, no deberían existir sentimientos:

*E. III.- Puedes tener mejores decisiones siendo **poco sensibles** (...) la soberbia te permite **ser más duro** y es buscar el punto medio tomar las **mejores decisiones**.*

Habría que preguntarse si la actitud que presentan algunos miembros del personal de medicina y enfermería, es probable que esté influida por la constante exposición a la muerte de los pacientes o por la angustia que les genera la idea de morir, cubriéndolo a su vez con el “deber ser”. Lo que los hace más insensibles y menos empáticos.

Durante la entrevista se les cuestionó a los médicos sobre su sentir ante la muerte de sus pacientes, varios de ellos vacilaron al contestar, haciendo que pareciera que al apalabrar lo que pensaban lo intelectualizaban.

***M. A:** No. **me deprime ni me afecta emocionalmente** porque **es mi trabajo**.*

***M. C:** Entender el proceso natural del paciente, cuando ya va a fallecer, **no puedes evitar lo inevitable. Todos tenemos un ciclo en esta vida**.*

***M. F:** Es parte **normal** de la evolución del **ciclo de la vida**.*

Otro médico menciona:

***M. E:** La vida de un médico que está en área crítica **se tiene que acostumbrar a eso**, igual y **no sentimos algo en especial** porque no nos mezclamos con ellos, **igual y no siento culpa**, pero eso es parte de lo que aprendemos.*

El profesional de enfermería parece que es más directo al relatar como lidia con estas situaciones:

*E. V: si me quedo ahí si me pongo a llorar, entonces **prefiero aislarme y los dejo que vivan su duelo.***

*E. III: Pues normal, o sea **pues viéramos que es en sí mi trabajo** porque si me pongo a pensar y a meterme en cada paciente que fallece y vivo su duelo, pues **no avanzaría. A veces te vuelves rudo o pesado de sentimientos más fuertes***

Se puede entrever la utilización de mecanismos de defensa que evitan afrontar situaciones que conduzcan a su sufrimiento. Una estrategia que probablemente puedan usar los miembros de medicina y enfermería para lidiar con lo que amenaza con finalizar la vida, es despersonalizándolo; esto quiere decir que el individuo es visto como un ser meramente biológico portador de dolencias, y malestares fisiológicas que deben ser curadas mediante saberes técnicos y científicos (Hernández y Lozano 2012).

Lo cual se puede ver reflejado en los comentarios siguientes:

*M. F (...) un paciente que tiene una enfermedad que **sabemos que tiene un mal pronóstico, pues en realidad no me siento tan mal, es parte normal de la evolución del ciclo de la vida...***

Es probable que el paciente sea considerado como un “saco” de problemas, en el cual hay que intervenir. Cuando el paciente muere aquellos problemas desaparecen, sin embargo, es necesario explicarlo como parte del ciclo de la vida.

*E. III: (...) Sí es una **persona en situación terminal pues ni te importa, pero si es una persona de algún accidente o hasta conocido pues sientes más feo.***

Cuando el médico establece el pronóstico de muerte experimenta cierta sensación

de desazón e incomodidad que dificulta la relación asistencial. Hay una tendencia a desdramatizar la situación, en ocasiones cayendo en lo trivial, desentendiéndose del paciente que pasa a ser el caso tal o el paciente número tal (Tomas, 1975).

5.2 SINTIENDO LA SUBJETIVIDAD (FORMACION REACTIVA)

Las actitudes que adquieren los profesionales de la salud están principalmente guiadas por normas morales. Teniendo como principal fin mostrar por qué se debe actuar de esa manera, es decir, determinar los principios de acción moral (ética)” (Pérez 1997). Durante la entrevista se les pregunta a los médicos sobre por qué quisieron ser médicos a lo cual ello menciona:

M. A: *Porque me gusta muchísimo el estar con los pacientes y poderlos ayudar (...) va haber muertes y eso es lo que me gusta el reto de afrontar la vida o la muerte eso me gusta.*

M. B: *(...) mi trabajo es muy trascendental porque decide, ayuda, otorga a que ese paciente pueda ayudarse a continuar con su vida y a su vez construye o destruye familias (...)*

M. H: *Me gusta manejar al paciente crítico al paciente enfermo, me gusta ver que el paciente responde.*

E. VI: *(...) Es tener, ¿cómo te diré?... tener vocación y tener espíritu de ayudar al prójimo.*

En las respuestas que dan estos profesionales se puede notar la ambivalencia que existe en los profesionales de la salud: entre el vínculo de amor y el vínculo agresivo establecidos con el objeto, reforzando el primero y manteniendo bajo control al segundo (Klein 1946).

Acaso es posible que ante los deseos reprimidos que se asoman a la conciencia del individuo deban ser justificados y encubiertos haciendo uso de la dignidad de los pacientes para así lograr controlar aquellas pulsiones.

M. I: *Pues una persona que tiene un cáncer, insuficiencia renal, y saber que le hagas lo que le hagas se va a morir ¿es justo, es digno para el paciente hacerle maniobras de reanimación?*

M.C: *(...) tienes que entender el proceso natural del paciente, cuando ya va a fallecer no puedes evitar lo inevitable, todos tenemos un ciclo en esta vida y creo que hay momentos en los que tú también como médico tienes que parar o limitar esfuerzos, porque hay que dar una muerte digna al paciente.*

El sujeto **M. C** representa el funcionamiento del repertorio de defensas, ya que da a notar como interactúa la racionalización cuándo parece que la formación reactiva se hace presente.

Los profesionales de enfermería están más inmersos en la idea de que la mayoría de sus acciones en estas áreas están dirigidas a la culminación de la vida de sus pacientes:

E. III: *No todos tus esfuerzos, todas tus acciones encaminados no es hacia la mejoría al contrario es al buen morir*

E. IV: *Pacientes que ya no tienen solución, pero le ayudas a un buen morir, a que no sufra tanto.*

Por otra parte otros profesionales, al cuestionarles sobre el significado que tiene para él trabajar con pacientes en estado crítico y/o o terminal, responden:

M. I: *Pues yo creo que es una pequeña parte para lo que me he preparado...*

E. I: *Pues significa que ese paciente necesita tu apoyo la vida de él depende de tus conocimientos y eso es como un pago, y la recompensa es que mejore, ahora que sí es un paciente con un diagnóstico que es terminal pues es ayudarlo a un buen morir.*

Tal parece que el miembro de enfermería es el único que tiene en cuenta que sus conocimientos no siempre son para una mejoría del paciente, sino que también puede servirán en algunos casos para finalizar una vida.

Puede que las instituciones también creen las condiciones para que el personal se pueda escudar de cualquier aspecto subjetivo relacionado con su práctica diaria, provocada por los diversos protocolos que deben respetar los médicos en su jornada laboral, remarcando la sobrecarga de trabajo que presentan las instituciones públicas de salud.

Cuando los médicos dan la noticia del fallecimiento de un paciente a los familiares les resulta de especial ayuda seguir los protocolos propuestos, lo cual da a notar el *médico B*:

*Es tremendo dar una noticia así, lo he hecho pero la he dado casi llorando ósea, primero; **sabe, que hice lo que pude, somos un equipo hicimos esto y esto y seguimos el protocolo.***

M. J:** Si, muchas veces porque **lo tengo grave (sic) y no puedo tratar de mejorar su estado igual si son 2 ó 3 pacientes

E. IV:** porque **cualquier paciente o cualquier persona que padece una enfermedad a veces se nos olvida crear esa empatía o ser humanitario y de repente te vuelves un número...

Mecanicismo y la falta de un cuidado diferenciado pueden llevar a una monotonía del mismo, estando caracterizado por una práctica sistemática y repetitiva en la que no se tiene en cuenta a la persona que se encuentra enfrente, el paciente y su familia. Cuando se producen estas circunstancias, el profesional de enfermería puede verse envuelto en comportamientos despersonalizados y en una falta de motivación para realizar un cuidado humanizado, no tomando en consideración al paciente ni dándole la importancia que requiere dentro del encuentro terapéutico, además de producirse dificultades en la relación que se establece. Según Barbosa y Silva (2007) las rutinas hospitalarias interfieren la realización por parte de

enfermería de un cuidado humanizado.

Sin duda se podría considerar que los médicos pueden estar inmersos bajo un alto grado de estrés, lo cual provoca una baja en su desempeño profesional.

M. A: (...) **me gusta ponerme en los zapatos de los familiares** (...) a veces no se puede por reglas del hospital, entonces sí me pongo en el lugar del familiar, y me da pena no poder explicarles todo, pero sí **me identifico** porque ¿yo qué haría en el lugar del familiar? y sí provoca cierto grado de ansiedad y preocupación por los pacientes.

Los miembros del equipo de la salud

5.3 INTERACCIÓN: PROFESIONAL DE LA SALUD – PACIENTE (RACIONALIZACIÓN)

Un médico que atiende un paciente en estado crítico o con enfermedad terminal puede considerar menos importante intentar curar o alargar sus días, evitándole de esta forma la angustia que puede causarle la muerte lenta de su paciente. Sin embargo, ante la sociedad no estaría bien visto este acto, por lo tanto el médico da una explicación razonable. Tal lo expresan los médicos C y B.

M. C: *creo que hay momentos en los que **tú también como médico tienes que parar o limitar esfuerzos, porque hay que dar una muerte digna al paciente***

M. B: (...) *si **tú te enganchas** demasiado con el paciente vas a ocasionar un esfuerzo extraordinario que al paciente solo **le va a causar mayor invasión, mayor dolor**, si es un paciente recuperable no pienso que sea malo (...)*

Socialmente se considera que las acciones que emplea el personal de enfermería en su labor diaria son solamente basadas en saberes técnicos y científicos no obstante, por muy objetivas que sean las técnicas, y que las acciones que realizan sean de acuerdo a los saberes científicos, son realizadas por seres sociales que

interactúan en un colectivo, de allí la importancia del aspecto relacional para abordar los saberes y las prácticas de los profesionales de enfermería.

E. I: (...) se siente feo cuando muere alguien, porque **no supiste hacer esto o aquello, que tú sabías que haciéndolo no se iba a morir**, y se siente feo cuando alguien se muere porque el diagnóstico no estuvo bien, lo que tu sabías no era lo correcto, y te sientes satisfecho de que sí el paciente muere, o **la mínima satisfacción puede ser de que falleció, pero entregaste todo lo que tu podías entregar, y que tu hiciste todo lo que podías hacer por él, sin llegar al otro extremo de mantener un cadáver vivo que se tiene que morir...**

M. C: sentimientos de **frustración de que pudiste haber hecho más y no lo hiciste o lo mejor no se pudo o el paciente no responde como quisieras (...).**

Tal parece que los integrantes de enfermería y medicina saben que hay algunas acciones que omiten o ignoran al intervenir con el paciente, sin embargo, trata de minimizar al dar una explicación razonable de sus propias deficiencias.

A los médicos y enfermeras se les instruye durante el trayecto de su formación a que su “propósito” está encaminado a devolver la salud y a aliviar el sufrimiento, por otro lado, la sociedad los considera omnipotentes con la capacidad de dar salud y curar toda dolencia.

M. F: (...) **Se supone que ningún paciente en los libros dice que se tiene que morir después de la cirugía (ríe un poco) (...)**

M. E: **El paciente se mejora gracias a los conocimientos que nosotros adquirimos a lo largo de la carrera.**

En otro aspecto S. Freud (1915) en su texto “de guerra y muerte. Temas de actualidad” sostiene que “*mientras que cuando la muerte se nos es ajena, el sentido de inmortalidad nos permite entender que el mundo gira a nuestro alrededor, y que la muerte es un acto cotidiano pero impersonal (...)*” esto se

puede entrever en las respuestas que dan algunos profesionistas al cuestionarles sobre su sentir ante la muerte de sus pacientes:

M. A: (...) *no me deprime ni me afecta emocionalmente porque **es mi trabajo**.*

M. E: (...) ***ver constantemente que fallecen de manera diaria** y tal vez ya no te causa un sentimiento.*

E. III: *Pues normal, o sea pues viéramos que **es en sí mi trabajo** porque si me pongo a pensar y a meterme en cada paciente que fallece y vivo su duelo, pues no avanzaría.*

Se puede notar que muchos de los profesionales consideran al paciente como el complemento de su rutina o la prolongación de la máquina que manejan en lugar de una visión como ser humano. Cuando tales circunstancias se dan se produce en palabras de Silva et al. (2008) una oposición al cuidado o un “no cuidado” y, por tanto, la deshumanización del mismo.

En la misma línea, cuando en la relación que se establece entre el profesional y el paciente predomina más la razón que la emoción, la escasa interacción, el recrudescimiento de la relación y la falta de compromiso, es difícil que se establezca una acogida humana, y por tanto se evidencia una falta de calor y un distanciamiento afectivo en la relación humana que desencadena en la deshumanización de las relaciones. (Santos Hernández, 2003)

El profesional de la salud, ante los posibles deseos inconscientes de destrucción de los demás, como se ha notado anteriormente, tenga que racionalizar ante la sociedad y principalmente para sí mismo cuando se enfrenta ante la muerte de su paciente; intentando explicar lo que siente o lo que debería sentir. Esto se puede notar en el discurso que da el *médico H* al preguntarle sí se ha sentido agobiado ante el estado de algún paciente:

*“generalmente siempre trato de dar lo mejor... ... ¡ajá! **así tristeza, tristeza, jno! la muerte es parte de la vida de hecho el final de la vida, enojo no, enojo, si***

dejarás de hacer algo, que sé que podría haber hecho, y no tampoco créeme que no realmente podría ser sentimientos encontrados pero tal vez el paciente ya está descansando, pero hasta ahí pero así que me llegué a sentir yo culpable o me llegue a reprochar hasta ahorita, no.”

Al trabajar con enfermos en estado crítico o terminal, el médico se confronta con su propia muerte y descubre paralelos entre lo que le sucede a él y a sus pacientes (Manis y Badenhorn, 2006). Racionalizar puede resultar de especial ayuda para el médico al afrontar lo que puede causarle miedo, no sólo con la muerte, sino que también con las acciones que realiza día con día. Esto último se da a notar con el *médico I* al responder la cuestión sobre si se ha sentido agobiado ante el estado de alguno de sus pacientes.

... no te puedes quedar enclaustrado en eso, sino imagínate, eso yo lo aprendí, un día entré a operar, y se me estaba desangrando, y a la vez siguiente lo voy a operar, no me debe dar miedo si sé que me puede pasar eso, debo de seguir adelante.

5.4 LA PERVERSIÓN EN EL HOSPITAL (SUBLIMACIÓN)

El médico expresa una transgresión cuando, por su profesión debe romper diversos límites con sus pacientes, que puede provocarle placer, sin embargo, el personal de la salud tiene una justificación para realizar estos actos, del desarrollo de sus actividades se basan mayormente en la invasión orgánica de Otro, mediante medicamentos, objetos externos que son colocados en aquel organismo.

M: I: *Debes de tener carácter... debes de tener mucha, mucha fuerza para que te recuperes. Primero para que sientas el placer de tener un ser vivo... que lo vas a invadir y en mi caso que los cortamos eso es muy satisfactorio es placentero tener ese valor... (Silencio)...*

E.VI: *...yo sabía desde muy chiquita, muy interiormente, porque cuando hay accidentes o caídas, los niños se golpean primero la frente o la cabeza y ¿dónde*

*sangra más? En la frente y en la cabeza, son muy sangronas, y yo no le tenía miedo a la sangre, al contrario **a mí me encantaba ver sangre** (se ríe a carcajadas) muy raro pero a mí me encantaba, y decía bueno si te caíste, hay que curarte y se acabó. Pero nunca le tuve miedo. Y cuando empecé la carrera dije ¡hay! **Cuando entré a quirófano voy a ver mucha sangre y ver como cortan los cuerpos a la mitad, y dije “eso no” sacan esto y meten lo otro, a mí me emocionaba todo eso y aún me sigue emocionando y me encanta**, por eso no me es difícil estar de este lado.*

Este miembro de enfermería expresa claramente el placer que experimenta al ver sangre, sin embargo, el deseo por ver sufrir a las personas que es sublimado a la vez. Es evidente la expresión de la pulsión, aunque con su meta inhibida.

Cuando a otro miembro se le cuestiona si cree que involucrar sentimientos con los pacientes puede estropear las intervenciones responde:

E. V: No yo creo que no a pesar de tener esos sentimientos yo considero que, aunque ellos sufran, aunque a ellos les duela es la única manera de que mejoren.

Estas transgresiones provocan dolor en el otro, no obstante el personal reafirma que estas acciones son necesarias, y que su objetivo es para que mejore el paciente. Se pensaría que es una forma de sublimar aquel deseo que se encuentra muy latente en el sujeto. Barros et al. (2010) consideran que si el profesional de enfermería no se responsabiliza del “otro”, entonces se produce fallos en la relación y, en consecuencia, provoca una falta de escucha, de confort, de privacidad e incluso de la promoción de la salud.

Dando seguimiento a esta línea de la perversión, se puede formular la interrogante de ¿Qué tanto le resulta agradable al personal de la salud presenciar la muerte de sus pacientes? Basada en las respuestas que dan algunos integrantes en diversas cuestiones:

¿Le gusta su profesión? ¿Por qué?

M. A: *Si (...), va haber muertes, y eso es lo que me gusta, el reto de afrontar la vida o la muerte eso me gusta.*

M. H: *si me gusta manejar al paciente crítico, al paciente enfermo, me gusta ver que el paciente responde que el paciente sale, no siempre se logra.*

Comelles (2000) Alude que el "decidir si se deja morir o se intenta que viva el paciente se basa en la experiencia del clínico, en sus creencias, en consideraciones sociales 'porque es joven o tiene hijos pequeños', en la percepción de su red social"

¿Cómo se ha sentido usted ante la muerte de sus pacientes?

M. F: *Si (...) tiene una enfermedad que sabemos que tiene un mal pronóstico pues en realidad no me siento tan mal, es parte normal de la evolución del ciclo de la vida, me siento mal cuando es un paciente que no tenía por qué haber fallecido (...)*

M. I: *(...) tratamos pacientes con cáncer y no todos se mueren de cáncer se mueren de otras cosas.*

Se puede notar en ambas respuestas los médicos desplazan cualquier aspecto que puede ponerlos como responsables de las defunciones de sus pacientes, depositando cualquier responsabilidad a la enfermedad para minimizar su participación.

Rosa (2011) indica que "los médicos que son más negadores con sus sentimientos y afectos (...). Cuanto más intensos son los deseos de muerte inconsciente hacia los otros y, mayor represión, negación y mayores sentimientos conflictivos, entre ellos la culpa, impotencia, van a dificultar acercarse a la problemática de la muerte a estos profesionales." Tal lo expresan algunos integrantes del equipo de salud al preguntarles ¿Qué siente cuando da la noticia de fallecimiento de algún paciente?

M. J: Triste, frustrado. Decepcionado no, porque **tengo yo en mis manos su vida**, sino porque no lo pude rescatar de ese paso final (...)

¿Se ha sentido agobiado ante el estado de alguno de sus pacientes?

M. A: **les damos miles de medicamentos y a pesar de eso no logramos una mejoría y eso frustra, molesta**, pero eso también incentiva a seguir adelante, hemos llegado al extremo de decir ya no, ya no sé qué hacer. Pero pues no podemos quedarnos hasta ahí tenemos que seguir adelante.

M. G: Es muy difícil pese a la reacción siempre hay algo que te dice no como le vas a decir eso, aparte siento yo que es una situación **aparte de ego como le voy a decir eso “ se me murió a mí”**

Esta sensación de fracaso es una consecuencia indirecta de la creencia en que la medicina tendría un remedio contra todo. Profesionales y la misma sociedad parece que se han creado la ilusión en los últimos años al pensar que todo mal puede curarse. Ante esto Santana et al. (2012) reflejan que “*cuando se produce este tipo de situaciones que pueden derivar en la muerte de la persona, los profesionales lo viven como un fracaso, de ahí que insistan en mantenerla vida de la persona a toda costa como signo de éxito.*”

M. D: (...) **debes ser la parte fuerte**, y decirle que hiciste todo lo humanamente posible, pero que su familiar no respondió.

El médico J al cuestionarle sobre sí cree que involucrar sentimientos con los pacientes puede estropear las intervenciones responde:

(...) **el médico jamás debe de perder su postura de médico, de autoridad, para que el paciente entienda que es una orden** (...).

Por otro lado parece que hay un singular goce en estos profesionales al momento de realizar sus actividades. Esto lo expresa el siguiente participante.

M. E: Veo pacientes de urgencias que hay que actuar de manera rápida y bien hecha para **proteger y continuar con la vida del prójimo, porque es o es (sic) lo que más me gusta.**

Se puede notar que el médico **E** hace una singular reafirmación a que le gusta proteger la vida.

E. V: yo considero que, **aunque ellos sufran, aunque a ellos les duela es la única manera de que mejoren.**

¿Por qué les gusta su profesión?

E. IX: Sí, ¿Por qué? porque llegué a amarla - ¿Amarla?... mmm... **era ver el dolor... ajeno, y después...** (Murmura para sí misma y no se le entiende nada)

Rios, I.C. (2009) determina que “los profesionales de enfermería en los servicios de Urgencias utilizan como estrategias para abordar la realidad que viven día a día en los hospitales la creación de un estado de alienación y de despersonalización de sus intervenciones, produciendo, por consiguiente, la banalización de la enfermedad y el sufrimiento del paciente y la disminución del compromiso así como de la responsabilidad en sus cuidados, y en consecuencia provocando la deshumanización de los cuidados.”

Esto también se ve reflejado al remarcarse que es el factor o la causa de que sus pacientes vivan o mueran así lo expresan los *médicos*

M. J: puedo ser el factor de que la gente siga en esta vida **sin querer ser Dios.**

El médico **A** cuando se le pregunta sobre que es para él la muerte, responde:

Nosotros **podemos modificar las circunstancias pero no detenerla, vivo con ella todos los días (...)**

5.5 JUSTIFICACIÓN DE ACTITUD DE INDIFERENCIA (AISLAMIENTO) Y LA DESENSIBILIZACIÓN DEL PROFESIONAL (NEGACIÓN)

Se puede apreciar la forma en que el personal se defiende de que el dolor subjetivo puede entretenerse con su vida, de tal manera que lo que ponen a distancia es la identificación que pudiera generarse con los sujetos que sufren, y no es que sean incapaces de reconocer su existencia, sino que como acompañantes no quieren saber de ella.

M. I: *Puedes compartir su dolor, pero nada más un momento y tal vez te quede el recuerdo, pero nada más, sino te sientes participe de esa situación*

Por su parte el personal de enfermería parece que niega y aísla lo que puede sentir ante la muerte de alguno de sus pacientes.

E.I.- ¿Se siente? *(su voz suena más aguda y más fuerte)... ¡Ay!, pues la más fea que tuve, **sentí mucha impotencia y aparte coraje** (habla muy rápido al decir lo último) porque no se contó con el personal adecuado.*

E. X: *¡yo digo! **No sé nada**, que malo que lo piense así, pero... ammm... quizás lo que los años (sic) que llevamos trabajando ya **no nos hacen sentir dolor...** dolor, tristeza, angustia...tristeza....*

Es de esperarse que el equipo de enfermería tenga un mayor mecanismo de aislamiento ya que son ellos quienes están más próximos al paciente mirando y “viviendo” de forma subjetiva el deterioro del paciente. Esta defensa influye notablemente en la actitud que puede utilizar el propio sujeto.

De acuerdo a Mok, Lee y Wong (2002) “cuando el personal de salud asume la muerte como un proceso natural, los niveles de ansiedad generados por la muerte de los enfermos disminuye, debido a la comprensión del suceso terminal, su significado y al asumir las emociones propias que genera la muerte.

Esto se puede apreciar claramente en las respuestas que dan los profesionales ante la pregunta: ¿Cómo se siente usted cuando ha muerto alguno de sus

pacientes?

5.6 LA CULPA EN EL PROFESIONAL (PROYECCIÓN)

El aumento de la atención tecnológica y del encarnizamiento terapéutico: el profesional de enfermería con el sentimiento de culpa que le genera su conducta y sus actitudes, quiere expiarse pagando con tecnología lo que retira de afectividad y humanismo, se han empeorado las condiciones de muerte, alargándose la agonía, gracias al encarnizamiento terapéutico, convirtiéndose en el morir hospitalario (Codero, Jiménez y Marreo, 2003)

*E. III: Mmm fíjate que a la mejor sientes una especie de **culpa** cuando ves que a lo mejor **no se tenía que morir**, que fue por una mala atención, ahí si te sientes mal pero cuando es un paciente en etapa terminal, que dices.. a lo mejor suena feo, pero ¿para qué le brindamos tanta atención médica si sabemos que **no va a mejorar? lo mejor para ellos es acortar su agonía**, porque si estuviéramos en sus zapatos del paciente yo creo que hay muchos pacientes que no quisieran vivir eso, si voy a regresar y voy a tener algo de lucidez, adelante hazme todo lo posible pero si ya son pacientes que se mantienen vivos mediante procedimientos médicos entonces dices pues para qué y eso te vuelve más fuerte.*

Probablemente

Otro miembro de enfermería al cuestionarle sí le gusta su profesión menciona:

*E. X: Me encanta que **cuando puedo hacer algo... lo hago**, y si no, pues ya... busco ayuda con mi compañera.*

Se puede notar que como profesionales de salud y principalmente como individuos saben perfectamente que ellos tienen la libertad de decidir, en cualquier momento brinda atención médica y en qué momento puede negarla si así lo quiere, sin embargo, esta acción le causa un sentimiento de culpa, que debe ser racionalizado para que de esta forma aquel sentimiento quede anulado. Y la

perversión es encubierta de esta manera.

¿Alguna vez se ha sentido identificado con algún paciente o familiar?

M. D: *hay pacientes con los que te sientes más identificado (...) hay veces que no te gusta que fallezca...*

¿Se ha sentido identificado ante el estado de alguno de sus pacientes?

M.J: *trato de entender su dolor su molestia, su angustia, su miedo y trato de minimizar en lo posible toda esa problemática del paciente*

Para una dinámica más ágil, entre el personal de enfermería o medicina y el paciente, es preciso que se haga presente una especie de proyección para dar lugar a la empatía. Es de esperarse que si hay una correcta dinámica el personal de salud retome una actitud más amable y comprensible. Además se podría crear una nueva interrogante: El personal de salud ¿siente una especie de goce al introyectar al paciente?

Ocasionalmente, las proyecciones del paciente desbordan más que la subjetividad del médico (Golberg 2007). Una de estas proyecciones se podría pensar que es ver en lo que amenaza la vida del paciente (traumatismos, enfermedades, complicaciones posoperatorias, entre otras) como la muerte misma y es por eso que en la lucha simbólica⁷ que se realiza contra ella a diario en los hospitales, pueda situarse en el punto donde es capaz de dar órdenes a la muerte misma.

A continuación un breve ejemplo que se puede apreciar en la respuesta que da un miembro de enfermería al cuestionarle: ¿Se ha sentido agobiado ante el estado de alguno de sus pacientes?

⁷ Laplanche, J., (1967). La palabra *simbólica*, utilizada como sustantivo, se encuentra en Freud: así, por ejemplo, en *La interpretación de los sueños (Die Traumdeutung, 1900)*, habla de *la simbólica (die Symbolik)*, entendiéndolo por tal el conjunto de símbolos dotados de significación constante que pueden encontrarse en diversas producciones del inconsciente.

E. VIII: *Le tengo miedo, he tenido varias cercanías y tal vez porque no he cumplido varias cosas, yo creo que por eso me dedicó a ellos a tratar de que mejoren ahora sí que si ellos están en esa cercanía pues tratar de sacarlos pero pues si no se puede pues no sé porque me gusta mi trabajo*

El personal sanitario, en general, y una vez desahuciado el enfermo, tiende a retirarle el trato social aunque eso sí, siempre manteniendo el adecuado cuidado físico para diferenciar así el cumplimiento de la obligación. Los motivos aducidos, eran nuevamente causas que encubrían el rechazo del paciente. Un rechazo que era consecuencia desagradable de la molesta sensación de haber perdido el control sobre él; pero, por otro lado, de la percepción y vivencia de la pérdida de ese paciente tal y como si fuera un fracaso propio.

CONCLUSIÓN

Los mecanismos de defensa se entienden como recursos involuntarios e inconscientes accionados a través de una serie de métodos y técnicas funcionales para el individuo; mismas que pueden volverse rígidas y automáticas con forme son repetidas, lo que a su vez puede provocar una distorsión de la realidad.

Es importante distinguir dos aspectos importantes cuando se habla de “defensa”: La función de proteger y mantener la integridad evitando toda perturbación que se traduce subjetivamente al displacer.

Los mecanismos de defensa se emplean ante peligros provenientes del ello (pulsiones), del superyo (amenazas moralistas) y de la realidad exterior (peligros reales). Si bien solo reducen la sensación, lo que posibilita la homeostasis emocional. Pero no resuelven el origen de estos sentimientos

Las reacciones del médico frente a la próxima muerte del paciente son consecuencia de su particular apreciación de la muerte o del morir, de cómo afrontaría la eventualidad de su propia muerte. La previsible y cercana muerte del paciente los enfrenta a un personal destino que todo ser vivo enfrentará, recordándonos nuestra caducidad. La serenidad o la angustia con que creen encarar la propia muerte es lo que cualifica la capacidad de respuesta profesional, es lo que determina la disponibilidad para ayudar al paciente.

Se abordaron los mecanismos de defensa entendiendo que son inevitables, provocadas muy posiblemente por dos principales factores: una probable psicopatía por ver morir a los demás y por aspectos relacionados con el miedo a la muerte propia o de un ser querido irresueltos.

Se encontró que los integrantes de enfermería parece que minimizan aún de mayor forma los sentimientos que puede despertar en él aquel paciente en estado crítico o en etapa terminal

Aunque muy comúnmente se pensaría que el personal médico o de enfermería son personas que lidian mejor con la muerte y que saben cómo afrontarlo de la

mejor manera. Sin embargo, de acuerdo a los resultados se puede notar una especial deficiencia en ambas áreas, principalmente por la sobre carga de trabajo que las instituciones adjudican a cada uno de los integrantes de estas áreas y la angustia que presenta cada uno.

Por lo tanto se pensaría que hay una gran necesidad por instruirlos en el ámbito de la tanatología y estrategias diversas para que el personal logre una buena residencia. Como se pudo notar a lo largo de esta investigación se puede notar una marcada deficiencia en las intervenciones que realiza día con día cada profesional.

Del discurso de los conocedores de la salud se dejan entrever la utilización de estos mecanismos de defensa dentro de su práctica diaria en el cuidado del paciente/familia durante su estancia en el servicio de Urgencias.

Estos profesionales se enfrentan diariamente a situaciones de estrés como pueden ser las urgencias vitales y a personas con enfermedades cuyo diagnóstico y pronóstico auguran un desenlace próximo, como pueden ser enfermos diagnosticados de cáncer o en situación terminal, además de las numerosas personas que acuden a este servicio demandando una atención urgente para el proceso que padece.

Con base a las conclusiones se acepta la **Hi**: El personal de salud del área de enfermería y de medicina presenta ansiedad ante el sufrimiento resultante de la enfermedad que presenta su paciente, reaccionará sublimando y racionalizando.

La presente investigación podría ser base para otros proyectos, ya que a través del análisis se formularon diversas preguntas haciendo que este tema sea de especial interés, dando así un panorama bastante amplio para un análisis con mayor profundidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. American psychiatric association (1995) DSM-IV. Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson, S.A México
2. Aries, Ph., (1983) .El médico ante la muerte (Orígenes del gran miedo a la muerte), Madrid, Ed. Taurus.
3. Aries, P. (1999). El hombre ante la muerte. Madrid, Taurus.
4. Azulay, A., (2000). Dilemas bioéticos en situación de enfermedad terminal y en el proceso de morir. Revista Paliativa. Madrid, España.
5. Barbosa I., & Silva M., (2007). Cuidado humanizado de enfermeras: *El actuar con respecto a un hospital universitario. 1 de mayo del 2017*, de portal de revistas científicas de salud.
6. Barros et. Al. (2006). Cuidando y humanizando: obstáculos que dificultan esta práctica. 1 de mayo del 2017. Rev. Enfermería. Portugal
7. Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
8. Braunstein, N. (1980). La influencia del narcisismo en la enfermedad somática. Tesis para obtener el grado de licenciatura. México: UNAM.
9. Baumeister, Dale y Summer (1998). En: El uso de mecanismos de defensa como herramientas de afrontamiento por veterinarios israelíes deprimidos y con TEPT. Sub. Y procesos cognitivos. 10 de mayo del 2017. Aperturas psicoanalíticas
10. Casacov, E., (2005). Introducción a la psicología. Ed. Brujas. Córdoba, Argentina. Pág. 281
11. Comelles, J., (2000). Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina. Ed. Bellaterra. Barcelona.
12. Colell, R., et. Al. (1993). Atención al enfermo terminal. Trabajo en equipo. Rev Rol. Barcelona, España. Pág. 56-58.
13. Cordero, Y., Jimenez, A y marrero, R. (2003). Actitud ante la muerte del personal de Enfermería del turno /am a ipm y su relación con la Atención al Paciente Moribundo y sus Familiares. Universidad Centroccidental

- Lisandro Alvarado, (monografía en línea). 15 de abril del 2017
14. Cramer, P., (2013). Estudios empíricos sobre mecanismos de defensa. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 09 de abril de 2017, de scielo
 15. Cramer, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.
 16. Dolores, j., (2017). *Perspectivas de los procesos defensivos a través de tres autores representativos*. 18 de abril del 2017, de aperturas psicoanalíticas
 17. Engelhardt, H. (1996), Tristram. Fundamentos de la bioética. Ed. Paidós básica. España
 18. Escobar, J. (1998). Morir como ejercicio final del derecho a la vida digna. Ediciones El bosque. Colombia
 19. Eseveni, C. (2006). Enfermería Facultativa: reflexiones filosófico éticas. Ed. Díaz de Santos, S.A. España
 20. Fernandez, L. y Pintel, M. (1996). El sujeto de la salud mental, México: UAM.
 21. Fenichel (1945) retomado de: Franger R. y Fadiman J. (2010). Teorías de la Personalidad. Ed. Alfaomega, CDMX, México.
 22. Franger R. y Fadiman J. (2010). Teorías de la Personalidad. Ed. Alfaomega, CDMX, México.
 23. Freud, A., (2016) El yo y los mecanismos de defensa, Ed. Paidós, México
 24. Freud, S. (1908) retomado de: Franger R. y Fadiman J. (2010). Teorías de la Personalidad. Ed. Alfaomega, CDMX, México.
 25. Freud, S. (1915). Lo inconsciente. Obras completas de Sigmund Freud, Etcheverry, José Luis (1992) Ed. Amorrortu, Buenos aires.
 26. Freud, S., (1894) Neuropsicosis de defensa. Obras completas de Sigmund Freud, Etcheverry, José Luis (1992) Ed. Amorrortu, Buenos aires.
 27. Freud, S., (1924) "Neurosis y psicosis" Obras completas de Sigmund Freud, Etcheverry, José Luis (1992) Ed. Amorrortu, Buenos aires.
 28. Freud, S., (1994) "La Represión" Obras completas de Sigmund Freud, Etcheverry, José Luis (1992) Ed. Amorrortu, Buenos aires.

29. Freud, S., (1920) Más allá del principio del placer (pág. 22) Obras completas de Sigmund Freud, Etcheverry, José Luis (1992) Ed. Amorrortu, Buenos aires.
30. Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Londres: Hogarth.
31. Freedman, A. (1977), compendio de psiquiatría. Editorial Salvat. Barcelona.
32. Garduño, A. "(2007) Crónicas de luces que se apagan. Niños con enfermedad terminal. Ed. Corinter, México
33. Galor, S., (2013) El uso de los mecanismos de defensa de afrontamiento por veterinarios israelíes deprimidos y con tept, subjetividad y procesos cognitivos, buenos aires
34. Gervas J. y Ortún V. (1995). Caracterización del médico general/familiar, Barcelona, Atención Médica, Vol. 8, núm 8 (pág. 63)
35. Gómez Esteban, R., (2002). El médico como persona en la relación médico-paciente, Ed. Fundamentos. Madrid.
36. Goldberg, J., (2007). Trabajo y psicoanálisis. Biblioteca Nueva. Madrid.
37. Gyurak y Etkin (2014). En: Perspectivas de los procesos defensivos a través de tres autores representativos. 13 de febrero del 2017. Aperturas psicoanalíticas
38. Hallado, D. (2005), Seis miradas sobre la muerte, Paídos, Barcelona, España.
39. Hernandez, F., (2006). El significado de la muerte. 8 de agosto. Revista digital universitaria UNAM.
40. Hann, N., (1977). Afrontar y defender. Nueva York. Prensa académica.
41. Hentschel, Uwe, & Kießling, Manfred. (2011). Investigación sobre mecanismos de defensa. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 09 de abril de 2017, de scielo
42. Henry Ey. (1978). Tratado de psiquiatría, Ed. Masson, España.
43. Izquierdo, E., (2015) los mecanismos de defensa desde la perspectiva de género y su impacto sobre la salud, revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia, Barcelona. SEMPYP
44. Kubler-Ross, Elisabeth. Sobre La Muerte y Los Moribundos. Ed. de Bolsillo,

México, 2006

45. Kerberg (1994). retomado de Cloninger, S., (2003) Teorías de la Personalidad, México, Pearson Educación.
46. Kember (1994). En: los mecanismos de defensa bajo un punto de vista psicoanalítico. Agrupación de Grafoanalistas Consultivos de España. 20 de febrero del 2017. AGC.
47. Lacan, J. (1956/2004). *Seminario 3, Las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
48. Lain, P., (1989) El cuerpo humano teoría actual, Madrid, Espasa Calpe.
49. Laplanche, J., (1967) Diccionario de psicoanálisis. Paídos, México
50. Lara, M., (1990). Sobre el consentimiento informado. Boletín de la OPS.
51. Ley General de Salud, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto Vigente, Ultimas reformas publicadas DOF 01-06-2016
52. Maffasiolli, C. (2010). Cuidado humanizado en la unidad de terapia intensiva del adulto. Monografía, novo mundo).
53. Manis, A., Bodenhorn, M. (2006). Retomado de: Hernandez. L., y Lozano. L., (2012). Psicólogos y psicoanalistas en hospitales. Ed. Manual Moderno. México.
54. Marietán, H. (1996). Curso de semiología psiquiátrica. Ed. Ananke. Buenos Aires.
55. Maser y cloniger (1990) En: El uso de mecanismos de defensa como herramientas de afrontamiento por veterinarios israelíes deprimidos y con TEPT. Sub. Y procesos cognitivos. 10 de mayo del 2017. Aperturas psicoanalíticas
56. Matte, I. (1994). En: *Carácter y neurosis una visión integradora*, Editor J*C*SÁEZ, Chile.
57. Mok E, Lee WM, Wong FKY., (2002). Retomado de Ascencio L., Allende S., y Verastegui E., (2014). Creencias, actitudes y Ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. Servicio

- de cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. México D. F., México.
58. Nuland, S., (1995). *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, Alianza Editorial, Madrid.
 59. Perry, J y Kardos, M., (1994) Una revisión de la investigación que utiliza el mecanismo de defensa escalas de evaluación.
 60. Pérez M., (1997). *Ética Médica y Bioética. Fundamentar la bioética desde una perspectiva cubana en "Bioética desde una perspectiva cubana"*. La Habana. Edit. Félix Varela. Pág. 32.
 61. Poliak J., (1999) Fundamentos del enfoque centrado en la persona. Teoría de la personalidad', incluido en Sánchez Bodas A. y col., 'Counseling humanístico, teoría y práctica', Vol I, Buenos Aires, Ediciones del Instituto Holos. Pág. 130.
 62. Requena, P., (2009). El diagnóstico de la muerte cerebral. Pers. Y bioética. 04 de agosto del 2017. Scielo
 63. Rosa. E., (2011), *El médico ante la muerte*, Psiquiatría Adjunto. Servicios de salud mental de Alcorcón, España
 64. Sabrafen J. y Fabre F., (2005). *Obstinación terapéutica* (internet). Documento procedente de la Real Academia de Medicina de Cataluña. Barcelona.
 65. Schafer (1968). En: *El uso de mecanismos de defensa como herramientas de afrontamiento por veterinarios israelíes deprimidos y con TEPT. Sub. Y procesos cognitivos*. 10 de mayo del 2017. Aperturas psicoanalíticas
 66. Thomas, 1975, retomado de Acarín, N. (1998). *La muerte y el médico*. Barcelona. Anuario de psicología.
 67. Thomas, L. (1983), *Antropología de la muerte*. México, Fondo de Cultura Económica.
 68. Thomas, L. (1991). *La muerte*. España: Paidós.
 69. Tolstoi, L., (1982). *La muerte de Ivan Ilich*, Barcelona, Ed. Orbis.
 70. Templer, D., (1970). Retomado de Ascencio L., Allende S., y Verastegui E., (2014). *Creencias, actitudes y Ansiedad ante la muerte en un equipo*

multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. Servicio de cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. México D. F., México.

71. Vaillant, G., (1997). En: Adaptación a la vida. E. U. Little Brouwn.
72. Van Aren J., (1997). La participación de la enfermera en la parte final de la vida. Enfermería Actualidad, Madrid. Pág. 12
73. Varela, B et. Al, (2013) comparación de ratings utilizando el mecanismo de defensa. Escala de rasgos antes y después del entrenamiento en esta metodología. Subj. Procesos cognitivos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
74. Valdez Díaz, María , Tesis Doctoral Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España año 1994 (pág.30)
75. Westen y Blagov. (2007) En: Perspectivas de los procesos defensivos a través de tres autores representativos. 13 de febrero del 2017. Aperturas psicoanalíticas

MEDICINA (M)

MEDICOS	SEXO	EDAD	ESPECIALIDAD	ANTIGÜE DAD	INSTITUTO
A	F	27 AÑOS	MR URGENCIAS	5 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
B	F	29 AÑOS	MR MEDICINA CRITICA	6 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
C	F	34 AÑOS	ANESTESIOLOGA/MEDICO INTENSIVISTA	8 AÑOS	UNIDAD DEL IMSS HOSPITAL DE ORTOPEDIA
D	M	28 AÑOS	MR (R3) URGENCIAS	4 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
E	M	29 AÑOS	MR TERAPIA INTENSIVA	3 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
F	M	38 AÑOS	UROLOGO	16 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
G	M	39 AÑOS	UROLOGO	17 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO E IMSS
H	M	45 AÑOS	MEDICINA INTENSIVA Y CRITICA/MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO	20 AÑOS	UNIDAD DEL IMSS HOSPITAL DE ORTOPEDIA
I	M	63 AÑOS	UROLOGO	36 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO E IMSS
J	M	64 AÑOS	UROLOGO	40 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO E IMSS

ENFERMERIA (E)

ENFERMEROS	SEXO	EDAD	ESPECIALIDAD	ANTIGÜEDAD	INSTITUTO
I	M	29 AÑOS	CUIDADOS INTENSIVOS	3 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
II	M	36 AÑOS	CUIDADOS INTENSIVOS/AREA DE CHOQUE	10 AÑOS	UNIDAD DEL IMSS HOSPITAL DE ORTOPEdia
III	M	46 AÑOS	CUIDADOS INTENSIVOS	14 AÑOS	UNIDAD DEL IMSS HOSPITAL DE ORTOPEdia
IV	F	29 AÑOS	CUIDADOS INTENSIVOS	6 AÑOS	UNIDAD DEL IMSS HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
V	F	34 AÑOS	CUIDADOS INTENSIVOS	10 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
VI	F	45 AÑOS	JEFA DE SERVICIOS DE LA UCEP (UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIFICOS POSOPERATORIOS)/UNIDAD PEDIATRICA	27 AÑOS	UNIDAD DEL IMSS HOSPITAL DE ORTOPEdia
VII	F	46 AÑOS	CARDIOLOGA	18 AÑOS	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
VIII	F	48 AÑOS	MEDICINA CRITICA EN EL ADULTO	25 AÑOS	UNIDAD DEL IMSS HOSPITAL DE ORTOPEdia
IX	F	52 AÑOS	CUIDADOS INTENSIVOS	26 AÑOS	UNIDAD DEL IMSS HOSPITAL DE ORTOPEdia
X	F	52 AÑOS	ENFERMERA GENERAL	33 AÑOS	UNIDAD DEL IMSS HOSPITAL DE ORTOPEdia

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

FORMATO DE ENTREVISTA – MEDICINA

PROFESION:

AREA DE ESPECIALIDAD:

EDAD: SEXO: INSTITUCIÓN EN QUE TRABAJA:

AÑOS QUE HA LABORADO:

- 1) ¿Para usted que es la vida?
- 2) ¿Le gusta su profesión? ¿Por qué?
- 3) ¿Por qué quiso ser médico?
- 4) ¿Para usted qué significa trabajar con pacientes en estado crítico?
- 5) ¿Cómo se siente usted cuando ha muerto alguno de sus pacientes?
- 6) ¿Alguna vez se ha sentido identificado con el familiar de algún paciente?
- 7) ¿Qué siente cuando da la noticia del fallecimiento de algún paciente?
- 8) ¿Se ha sentido agobiado ante el estado de alguno de sus pacientes?
- 9) ¿Podría relatarme alguna historia que más le haya impactado, sobre la muerte de uno de sus pacientes que haya vivido en la práctica de su profesión?
- 10) ¿Cree que involucrar sentimientos con los pacientes puede estropear las intervenciones que usted como profesionista realiza? ¿Por qué?
- 11) ¿En su profesión como se le enseña a lidiar con la muerte inminente de sus pacientes?
- 12) ¿Qué es la muerte para usted?

FORMATO DE ENTREVISTA – ENFERMERIA

PROFESION:

AREA DE ESPECIALIDAD:

EDAD: SEXO: INSTITUCIÓN EN QUE TRABAJA:

AÑOS QUE HA LABORADO:

- 1) ¿Para usted que es la vida?
- 2) ¿Le gusta su profesión? ¿Por qué?
- 3) ¿Por qué quiso ser enfermera(o)?
- 4) ¿Para usted qué significa trabajar con pacientes en estado crítico?
- 5) ¿Cómo se siente usted cuando ha muerto alguno de sus pacientes?
- 6) ¿Alguna vez se ha sentido identificado con el familiar de algún paciente?
- 7) ¿A usted en su carrera se les enseña a cómo lidiar con la muerte de sus paciente?
- 8) ¿Se ha sentido agobiado ante el estado de alguno de sus pacientes?
- 9) ¿Podría relatarme alguna historia que más le haya impactado, sobre la muerte de uno de sus pacientes que haya vivido en la práctica de su profesión?
- 10) ¿Cree que involucrar sentimientos con los pacientes puede estropear las intervenciones que usted como profesional realiza? ¿Por qué?
- 11) ¿Qué es la muerte para usted?