Efectos en la salud mental del cuidado de pacientes con enfermedades terminales en el personal de la salud tratante y sus estrategias de afrontamiento.

Trabajo de grado

Autor

Andrea Ibarra Collazos

Tutor

Omar Bravo

Universidad Icesi

Facultad de Ciencias Humanas

Programa de Psicología

Cali, Colombia

2025

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a mi asesor, el profesor Omar Bravo, por acompañarme a lo largo de este camino.

A los profesionales de la salud que me permitieron conocerlos, me concedieron su tiempo y espacio para conocer su trayectoria en esta labor.

A esas personitas que en el camino me cruce en una hospitalización y fue con ellos donde nació inicialmente el deseo de realizar esta investigación.

A mis padres, mi hermano y mi novio, gracias por su paciencia, su comprensión y por ser un gran apoyo para mí. A mis perritas, que de alguna manera fueron un apoyo y me acompañaron en esas noches largas de trabajos.

También a mis familiares y compañeros que de alguna manera contribuyeron a ser lo que soy en este momento.

A cada una de las personas que de alguna manera me acompañaron y aportaron a lo largo de este camino.

Tabla de Contenido

1. Resumen 4

2. Introducción 5

3. Justificación 7

4. Planteamiento del problema 8

- **Objetivo general:** 8
- **Objetivos específicos:** 8

5. Estado del arte 9

6. Marco teórico 10

7. Metodología 14

8. Resultados y Análisis 18

9. Conclusión 23

10. Referencias 25

11. Anexos 27

11.1 Guía entrevista 27

1. Resumen

El presente estudio analiza el impacto emocional en el personal de salud tratan de pacientes con enfermedades terminales o final de vida y las estrategias de afrontamiento utilizadas frente a las exigencias emocionales de su labor. A partir de entrevistas realizadas a profesionales del área de la salud, se identificaron emociones cono tristeza, impotencia, entre otras. Asimismo, se evidencio la importancia del apoyo entre compañeros y demás recursos que utilizan para afrontar el desgaste emocional. Los hallazgos también muestran como las condiciones institucionales y la carga laboral influyen en el bienestar psicológico de los profesionales. Lo que se buscó en esta investigación fue visibilizar la salud mental del personal de salud y la necesidad de fortalecer estrategias de acompañamiento y cuidado emocional de las instituciones.

Palabras clave:

Enfermedades terminales / Cuidados paliativos **/** Salud mental / Estrategias de afrontamiento

Abstract

This study analyzes the emotional impact on healthcare workers who treat patients with terminal illnesses or at the end of life, as well as the coping strategies they use to address the emotional demands of their work. Based on interviews with healthcare professionals, emotions such as sadness and helplessness, among others, were identified. Furthermore, the study highlighted the importance of peer support and other resources they use to cope with emotional burnout. The findings also show how institutional conditions and workload influence the psychological well-being of professionals. The aim of this research was to highlight the mental health of healthcare workers and the need to strengthen institutional strategies for support and emotional care.

Keywords:

Terminal illnesses / Palliative care / Mental health / Coping strategies

2. Introducción

Los cuidados paliativos son una respuesta al sufrimiento de pacientes con enfermedades graves. Aunque la medicina está destinada a prevenir, reparar y curar, hay muchas enfermedades y condiciones que no se pueden curar, por lo que los médicos necesitan tratar con pacientes al final de la vida o personas con afecciones crónicas. (Cuidados Paliativos En las Américas, 2021)

Para la Organización Mundial de la Salud, es esencial la incorporación de cuidados paliativos en los sistemas de salud, no solo para atender el sufrimiento de los pacientes y sus familias, sino también para garantizar que los profesionales tengan condiciones que favorezcan su desempeño humano y ético (Sarmiento-Medina, 2011). En el área de cuidados paliativos hay una amplia cantidad de pacientes que requiere de esta atención. La mayoría de estos padecen enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). (World Health Organization: WHO, 2020)

En este sentido, el personal de salud se encarga de un cuidado activo e integral de los pacientes, cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Su interés se centra en el control del dolor y de otros síntomas, así como en el apoyo psicosocial y espiritual al paciente y su familia. Con el objetivo de asegurar la mejor calidad de vida posible (Organización Mundial de la Salud, 1990, como se citó en Medina, 2011).

Dentro de este contexto aparece el concepto de enfermedad terminal, la cual se entiende como una etapa avanzada y progresiva de una enfermedad, en la que los daños son irreversibles y no hay tratamiento. A partir de esta definición, Amado y Oscanoa (2020) distinguen otros términos operacionales relacionados, los cuales son: enfermedad oncológica en fase terminal, vinculada al cáncer en estado avanzado, donde el paciente ya recibió los tratamientos habituales, pero estos no funcionan y la enfermedad sigue avanzando y no hay opciones de tratamiento eficaz; y el término situación de últimos días o agonía, considerada la etapa final, caracterizada por un fuerte declive funcional, alteración en los signos vitales y la consideración de la muerte, es una etapa delicada para el paciente y su familia. (Amado & Oscanoa, 2020).

Por tanto, la atención en contextos de final de vida implica que los profesionales enfrenten realidades como el sufrimiento, el dolor y la muerte, ámbitos que impactan tanto al paciente y su familia como al propio personal de salud, cuya salud mental puede comprometerse. (Sarmiento,

2011), ya que se enfrenta a acompañar y sostener al paciente como a la familia, trabajando el control de síntomas y facilitando una comunicación empática y honesta, al mismo tiempo que debe transitar su propio desgaste emocional frente a la cercanía de la muerte.

Diversos estudios han evidenciado que el personal de salud en estas áreas se encuentra en alto riesgo de desarrollar agotamiento emocional, burnout y síntomas asociados a la fatiga por compasión. Mendoza et al. (2024), en una revisión sistemática, señalan que entre un 55 % y un 65 % de los profesionales de la salud reportan una fuerte relación entre burnout y disminución del rendimiento laboral, lo que no solo afecta al médico de manera individual, sino también a la calidad de la atención que reciben los pacientes. Esto resulta especialmente relevante en unidades de cuidados paliativos, oncología o cuidados intensivos, donde la demanda emocional es permanente.

Ahora bien, trabajar con pacientes con enfermedades terminales comprende la incertidumbre de que la patología no tiene cura, lo que para el paciente es un fuerte impacto emocional que refleja sentimientos de negación, ira, depresión y desesperanza. Estas mismas reacciones también acobijan a la familia, ya que la presencia de la enfermedad terminal en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional para esta y un cambio en la dinámica familiar, puesto que el rol de cuidador principal suele recaer en una sola persona, casi siempre mujer, lo que implica una sobrecarga. (Medicina de Familia, 2002)

Ante esta perspectiva, el presente estudio se centra en comprender el impacto emocional en el personal de salud tratante de pacientes con enfermedades terminales y en analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan para manejar estas experiencias. La investigación parte del reconocimiento de que aún persisten vacíos de conocimiento sobre cómo vive el personal de salud estas situaciones y qué recursos utilizan en la práctica cotidiana, ya que estudios anteriores se han centrado solo en el ámbito de la oncología o en el personal de enfermería.

3. Justificación

La atención de pacientes con enfermedades terminales representa una carga emocional significativa para el personal de salud, ya que afecta su salud mental debido a los altos niveles de estrés emocional que provienen de la constante exposición al sufrimiento, la muerte y las decisiones clínicas complejas, lo que a su vez puede afectar el desempeño de estos profesionales en cuanto a la calidad de la atención brindada, especialmente en unidades como cuidados paliativos, donde la empatía y el acompañamiento emocional son importantes en el tratamiento.

Es por esto, por lo que es importante entender los efectos en la salud mental que sufren estos profesionales para desarrollar estrategias de afrontamiento e intervenciones que estén orientadas a la protección de su salud mental y la optimización del entorno laboral. Ya que esta ha sido una realidad poco explorada en la literatura científica, pero que es esencial tanto para el bienestar del personal de salud como para la calidad del cuidado que brindan.

Por lo tanto, este estudio busca conocer los efectos en la salud mental del personal de salud que atiende pacientes con enfermedades terminales, así como las estrategias de afrontamiento que emplean. Comprender estas experiencias permitirá reconocer que el trabajar en el sector de salud impacta profundamente a quienes ejercen en esta área, y que este impacto no se da de manera individual, sino también en la relación con los pacientes, en la calidad del servicio y en la dinámica de los equipos de trabajo.

En cuanto al ámbito disciplinario, esta investigación aborda un vacío de conocimiento al estudiar el impacto y las estrategias de afrontamiento en el personal de salud que trata pacientes con enfermedades terminales, ya que busca ir más allá del ámbito exclusivo de la oncología pediátrica. Estos hallazgos aportarán evidencia para diseñar programas de apoyo psicológico y la creación de espacios de contención que fortalezcan el bienestar del personal, la humanización y sostenibilidad de la atención en cuidados paliativos.

Finalmente, desde el área personal, la elección de este tema responde al interés por comprender las afectaciones a la salud mental de quienes ejercen su labor en un ambiente de alta carga emocional como lo son los hospitales, motivada por experiencias previas de contacto cercano con pacientes con enfermedades graves y terminales y sus profesionales tratantes.

4. Planteamiento del problema

Estar expuestos constantemente al sufrimiento y a la muerte es una de las implicaciones relacionadas con el trabajo en el área de la salud, especialmente cuando se atiende a pacientes en fase terminal. Esta exposición puede afectar de manera significativa la salud mental del personal, manifestando síntomas como ansiedad, tristeza, agotamiento emocional y síndrome de burnout, lo que compromete su bienestar psicológico y la calidad de la atención que brindan a los pacientes.

En la literatura se han encontrado estudios que han documentado estas afectaciones, pero se han centrado en áreas específicas, como la oncología pediátrica o la enfermería en cuidados paliativos, dejando un vacío de conocimiento respecto a cómo profesionales de distintas especialidades experimentan y afrontan dichas cargas emocionales en contextos diversos. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, ya sean individuales o institucionales, que el personal emplea para enfrentar estas experiencias, no han sido suficientemente exploradas, por lo que se desconoce cuáles resultan más efectivas para la protección de su salud mental.

En este contexto, surge la necesidad de plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo impacta el cuidado de pacientes con enfermedades terminales en la salud mental del personal de salud tratante y qué estrategias de afrontamiento utilizan para gestionar dicho impacto?

A partir de esta pregunta, se establecen los siguientes objetivos de investigación:

- **Objetivo general:**

Analizar las afectaciones en la salud mental del personal de salud tratante de pacientes con enfermedades terminales y sus estrategias de afrontamiento.

- **Objetivos específicos:**

1. Identificar qué tipo de afectaciones en la salud mental sufre el personal de salud que trabaja con pacientes con enfermedad terminal.
2. Describir la manera y los espacios institucionales que encuentran para expresar dichas afectaciones.
3. Identificar las estrategias de afrontamiento individuales y colectivas de las que disponen para poder enfrentar esas afectaciones.

5. Estado del arte

Los cuidados paliativos constituyen un enfoque fundamental en la atención de pacientes con enfermedades terminales. Este tipo de atención no solo busca controlar los síntomas, sino también acompañar al paciente y su familia en el proceso de final de vida, humanizando la experiencia del morir. Fragoso (2024) afirma que el objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del paciente en un sentido pleno, integrando la dimensión física, psíquica y espiritual. Como señala el autor:

Teniendo una visión positiva del término "final de la vida", que al tiempo que afirma su valor, considera, sin embargo, la muerte como un acontecimiento natural, poniéndose al servicio del moribundo para controlar lo más posible el dolor y ofrecer un adecuado sostén psicológico tanto al paciente como a su familia (Fragoso, 2024,p. 379).

Algunos estudios han documentado que los médicos que trabajan en contextos de cuidados paliativos, oncología pediátrica o unidades de cuidados intensivos enfrentan niveles elevados de impacto emocional, lo cual puede manifestarse en síntomas como ansiedad, tristeza, frustración, fatiga emocional o incluso depresión.

Una investigación realizada por Ramírez et al. (2022) con médicos en formación evidenció que el contacto directo y continuo con la muerte puede generar un incremento en la sintomatología depresiva y ansiosa, aunque también favorece el desarrollo de auto competencia emocional cuando se cuenta con la formación y el acompañamiento adecuado. En muchos casos, la intensidad del vínculo con los pacientes y sus familias, así como la impotencia ante la falta de cura, puede conducir a respuestas emocionales desbordadas o a mecanismos defensivos como la despersonalización y la evitación emocional. Estos fenómenos se relacionan con el síndrome de burnout, la fatiga por compasión y el estrés traumático secundario, los cuales han sido identificados con alta prevalencia entre profesionales que trabajan en cuidados paliativos.

En una revisión sistemática reciente, Marcuello et al. (2024) encontraron que las enfermeras de estas unidades presentan niveles elevados de agotamiento emocional, relacionados con las condiciones laborales, la alta carga asistencial y las exigencias emocionales del entorno. No obstante, también se han identificado estrategias de afrontamiento que pueden mitigar estas afectaciones. Entre las más efectivas se encuentran el apoyo social entre pares, la supervisión psicológica, el uso de técnicas de mindfulness y la reevaluación positiva.

Según Alderete y Ascencio (2015), los profesionales que utilizan estrategias activas como la planificación, la resignificación del sufrimiento o la búsqueda de apoyo emocional presentan menores niveles de burnout y una mayor satisfacción profesional. En contraste, aquellos que recurren a mecanismos desadaptativos como la negación del dolor, la desconexión emocional o el aislamiento tienden a experimentar un deterioro mayor de su bienestar psíquico. La evidencia muestra, además, que la salud mental de los médicos influye directamente en la calidad de la atención que ofrecen.

Un profesional emocionalmente agotado o con escasos recursos de afrontamiento puede ver comprometida su capacidad de tomar decisiones clínicas, establecer vínculos empáticos y sostener una presencia compasiva frente al paciente y su familia. En este sentido, la intervención institucional adquiere una importancia clave. Diversos autores coinciden en la necesidad de promover programas de acompañamiento emocional, espacios de contención grupal, formación en habilidades de afrontamiento y el reconocimiento del trabajo emocional como una dimensión legítima del ejercicio médico, ya que, como señala la literatura, la calidad del cuidado también depende del cuidado de quienes cuidan.

Toapanta y Quenorán (2022) enfatizan que el acompañamiento compartido y sostenido fortalece la resiliencia de los profesionales de salud, quienes no deben enfrentarse solos a la complejidad de la muerte. Por tanto, comprender las afectaciones en la salud mental que atraviesa el personal de salud tratante de pacientes con enfermedades terminales, así como las estrategias personales e institucionales de las que disponen, resulta esencial para garantizar no solo su bienestar psíquico, sino también una atención médica ética y humana

6. Marco teórico

Antes de dar comienzo al proyecto de investigación, se considera importante conceptualizar algunos términos que son salud mental y estrategias de afrontamiento, los cuales son vitales para entender el contexto en el que se desarrolla el estudio.

En los contextos de atención a pacientes en fase terminal, el concepto de **salud mental** es importante, dado que, al ser está afectada en el personal de salud esto podría influir en la calidad de la atención brindada. En el caso del personal, la exposición continua a situaciones de alta demanda y presión constante constituye un factor de riesgo psicosocial que impacta de manera

significativa su bienestar mental, generando sentimientos de frustración, temor, insomnio, entre otras alteraciones (Puente, 2020, como se citó en Tomalá León, 2021).

Desde una perspectiva comunitaria de la salud mental, Desviat (2007) explica los principios de la salud mental desde tres desplazamientos fundamentales que han cambiado la forma de comprender y atender el sufrimiento psíquico. El primero es el desplazamiento "del sujeto enfermo a la comunidad" (Desviat, 2007, p. 89), lo cual implica ampliar la mirada, dejando de centrar la atención solo en la persona diagnosticada y tener en cuenta las condiciones sociales que influyen en su malestar y bienestar.

El segundo desplazamiento es del hospital a los centros comunitarios, este consiste en pasar de un modelo hospitalario, centrado en la institucionalización y el aislamiento, a uno basado en la comunidad como una red de apoyo, donde esta se convierte en un espacio de cuidado y participación. De esta manera, la atención deja de estar solo en la institución médica y pasa a estar en los lugares donde las personas viven y construyen su vida cotidiana.

Por último, el tercer desplazamiento es del psiquiatra al equipo interdisciplinario, lo que busca promover un trabajo colaborativo entre distintos profesionales de la salud y la propia comunidad, dejando la jerarquía tradicional del médico y paciente. Con este cambio el sujeto deja de ser objetos de intervención para convertirse en agente de su propio proceso terapéutico.

Para Desviat (2007), estos cambios no solo modifican la organización de los servicios, sino también la manera de comprender la salud mental como un proceso social, relacional y colectivo, que integra tanto el bienestar individual como el comunitario.

Por otro lado, para la Organización Mundial de la Salud (2018), la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y ser capaz de contribuir a su comunidad. No es solo la ausencia de trastornos mentales, sino la capacidad del individuo de adaptarse al contexto de manera que se sienta bien consigo mismo, pese al contexto ambiental, social o económico.

En los últimos años otros autores han planteado una definición más amplia de salud mental. Emiliano Galende (1990, citado en Oberti, 2023), desde una mirada ética, considera que la salud mental debe entenderse a partir de la historia, la experiencia, la sensibilidad y la memoria del sujeto en sufrimiento, así como la dimensión conflictiva de la experiencia humana, y propone la participación y comprensión conjunta del malestar psíquico junto al sujeto.

Lo anterior coincide con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) en Argentina, la cual define la salud mental como: “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (cap. II, art. 3).

Esta perspectiva, que va más allá de lo médico es reforzada por Arboleda (2016), quien plantea que la salud mental puede entenderse como un espacio social donde hay tensiones y conflictos entre la visión médica y la intervención de otros agentes sociales. El enfoque de esta autora se relaciona con la idea de que el sufrimiento psíquico debe ser comprendido situando al individuo en un territorio, en relación con sus pares y sus organizaciones sociales. Esto recalca la importancia de considerar el entorno y las relaciones sociales para una atención integral.

En relación con la mirada social que propone Arboleda, otros autores como Desviat (2021) y Galende (2008) cuestionan las concepciones tradicionales de sufrimiento psíquico y las respuestas medicalizantes que aún se mantienen en el campo de la salud mental. Desde su perspectiva, el sufrimiento no puede reducirse a un fenómeno individual o clínico, ya que está atravesado por condiciones sociales, culturales y políticas que moldean las experiencias de malestar. Desviat (2021) advierte que la respuesta hegemónica de los sistemas sanitarios ha sido una medicalización excesiva que, al privilegiar la intervención farmacológica, invisibiliza las causas estructurales del sufrimiento y debilita el sentido colectivo del cuidado. En esta misma línea, Galende (2008, como se citó en Desviat, 2021) señala que el uso abusivo del fármaco en el tratamiento del sufrimiento psíquico genera una pérdida de contacto del sujeto con su propia experiencia y con la posibilidad de elaborar significados frente a su dolor.

Frente a esta mirada, diferentes autores coinciden en la necesidad de recuperar el valor de lo comunitario como principio organizador de la salud mental. Desviat (2021) plantea la importancia de “cohabitar la diferencia” y de fortalecer redes de apoyo que integren las dimensiones subjetivas y sociales del malestar, mientras que Galende (2015, como se citó en Lizzi, 2023) sostiene que la salud mental debe abordarse considerando la existencia real del sujeto y sus circunstancias, lo cual requiere una práctica interdisciplinaria e inclusiva.

En esta misma línea, Bravo (2023) y Desviat (2021) entienden la salud mental como un fenómeno atravesado por determinantes sociales, políticos y culturales, que no puede separarse de la construcción de redes comunitarias de apoyo. Finalmente, Campos et al. (2021) complementan

esta visión al insistir en que el derecho a la salud mental es inseparable del respeto a la dignidad humana y de la implementación de políticas que promuevan la equidad. De este modo, el sufrimiento se concibe no como un desorden a eliminar, sino como una experiencia humana que debe ser acompañada desde una perspectiva colectiva, solidaria y ética.

Por este motivo, Arboleda (2016), sostiene que el sufrimiento de un individuo está relacionado con factores que pueden protegerlo o vulnerarlo en distintos niveles: individual, familiar, comunitario y social, además de los ámbitos cultural, geográfico, institucional y político. Desde esta perspectiva, la salud mental en el personal de salud que atienden a pacientes en fase terminal no debe entenderse solo como un fenómeno individual, sino como una experiencia atravesada por dimensiones sociales, organizacionales y culturales que afectan en su práctica profesional.

Por ende, para evaluar la salud mental de los trabajadores, se pueden considerar dos categorías:

La primera contiene aquellas molestias no relacionadas directamente con la situación de trabajo, posiblemente dificultades personales o familiares pero que se reflejan en el trabajo. La segunda contiene aquellas que surgen específicamente de la interacción entre el trabajador y su situación de trabajo. (Guerrero, 1994, como se citó en Naranjo et al., 2018, p. 21)

En relación con esto, las **estrategias de afrontamiento** en el personal de salud se convierten en un recurso fundamental para enfrentar los efectos en la salud mental derivados del acompañamiento a pacientes en fase terminal. La elección de alguna estrategia está influenciada por la personalidad, la postura emocional, la interpretación de la situación por parte del individuo y los recursos internos y externos disponibles, lo que resalta la necesidad de comprender el sufrimiento psíquico de una manera integral, no solo desde lo individual, sino también desde un enfoque comunitario (Arboleda, 2016). El afrontamiento comprende esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian para manejar demandas que desbordan los recursos individuales (Lazarus & Folkman, 1986). En esta línea, la resiliencia se reconoce como un factor clave que, más allá de ser una capacidad individual, se vincula con características temperamentales y contextuales (Wilches, 2010; Barrios et al., 2018), lo cual invita a comprender el afrontamiento no solo desde la dimensión individual, sino también desde una perspectiva comunitaria y relacional.

De esta manera, el marco teórico de la investigación se plantea en torno a la idea de que la salud mental del personal de salud, que atiende pacientes con enfermedades terminales no puede

analizarse solo desde una mirada clínica, es también necesario comprenderla desde la salud mental comunitaria, que reconoce el papel de los factores sociales e institucionales en el malestar. La salud mental y las estrategias de afrontamiento son categorías que permiten articular esta mirada, visibilizando los riesgos como los recursos con los que cuenta el personal de salud en su labor.

7. Metodología

La siguiente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, ya que pretendía explorar el impacto en las experiencias subjetivas del personal de salud tratante de pacientes con enfermedades terminales; recalcando cómo dichas vivencias repercuten en su salud mental y las estrategias de afrontamiento que ponen en práctica para manejar las afectaciones emocionales derivadas de su labor. Por esta razón, el estudio es de tipo descriptivo e interpretativo, orientado a analizar cómo el personal de salud percibe, experimenta y enfrenta los efectos en su salud mental de su trabajo en el contexto de los cuidados paliativos. No se pretendía generalizar los resultados, sino comprender las narrativas individuales y los patrones emergentes a partir de las experiencias relatadas. Todo esto para dar respuesta al interrogante: ¿Cómo impacta el cuidado de pacientes con enfermedades terminales en la salud mental del personal de salud tratante y qué estrategias de afrontamiento utilizan para gestionar dicho impacto?

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo intencional, en el cual se esperaba contar con 6 y 8 participantes que fueran personal de salud y trabajaran con pacientes en fase terminal y también que tuvieran experiencia directa en el acompañamiento de pacientes en final de vida, en instituciones hospitalarias de la ciudad de Cali. Se pretendía incluir profesionales de áreas como cuidados paliativos, enfermería y oncología.

Al final, se obtuvieron un total de 8 participantes profesionales del área de la salud, de los cuales 7 son mujeres y 1 es hombre. En cuanto a la institución en que laboran, la mayoría de los participantes (7) se desempeñan en una institución de salud de alta complejidad, mientras que uno de ellos labora en otra institución similar, lo que permitió recoger experiencias en diferentes entornos organizacionales.

Por otro lado, todos los participantes cuentan con formación y experiencia en diferentes áreas relacionadas con la atención de pacientes en fase terminal o final de vida, y algunos participantes

han trabajado con pacientes de diferentes edades, incluyendo niños y adultos, lo que permitió recolectar amplia información del fenómeno estudiado.

En cuanto a las edades de los participantes, se encuentra en un rango entre los 21 y 51 años. Con relación a su formación profesional, se incluyeron perfiles como auxiliar de enfermería, médica general, médica familiar, paliativista, psicooncóloga, así como profesionales vinculados a la psicología clínica y a programas de cuidados paliativos pediátricos. Asimismo, se contó con la participación de un coordinador académico del servicio de medicina familiar y cuidados paliativos, quien además ejerce funciones como médico tratante en el acompañamiento y control de síntomas.

La variedad de estos perfiles permitió recoger experiencias desde distintos niveles de atención y roles dentro del sistema de salud, favoreciendo el análisis de los efectos en la salud mental del personal tratante.

A continuación, se presenta la caracterización de los participantes del estudio, identificados mediante códigos para garantizar la confidencialidad de la información y mejorar la claridad dentro del análisis.

Tabla 1. Participantes

Participante	Edad	Profesión	Área / Experiencia
P8	36 años	Médica pediatra paliativista	Equipo de cuidados paliativos pediátricos.
P7	37 años	Psicooncóloga	Atención en oncología y acompañamiento emocional a pacientes.
P6	51 años	Médico y coordinador académico	Medicina familiar y cuidados paliativos, manejo de síntomas.
P5	31 años	Médica general	Hospitalización pediátrica.
P4	21 años	Auxiliar de enfermería	Cuidado directo de pacientes.
P3	32 años	Auxiliar de enfermería	Atención en cuidados paliativos.
P2	39 años	Psicóloga clínica	Consulta externa y programa de cuidados paliativos pediátricos.
P1	34 años	Médica familiar	Atención integral en salud.

La técnica principal fue la entrevista semiestructurada, la cual permitió una guía flexible con preguntas abiertas que facilitaron la expresión libre de los participantes y la cobertura de los temas centrales de esta investigación: afectaciones emocionales, repercusiones en la salud mental, experiencias institucionales de contención y estrategias de afrontamiento utilizadas. Las entrevistas se realizaron de manera individual, de forma virtual según la disponibilidad de los participantes, y fueron grabadas con consentimiento informado para su posterior transcripción y análisis.

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta categorías predeterminadas a partir del marco teórico y de los objetivos de investigación, además de categorías emergentes a partir de los relatos. Estas categorías permitieron identificar las percepciones y experiencias relatadas por los participantes en torno a los efectos en la salud mental del trabajo con pacientes en fase terminal.

Las categorías principales son:

- Salud mental: comprende el bienestar psicológico en relación con el entorno social, institucional y comunitario.
- Entorno institucional y recursos: abarca las percepciones sobre los recursos, políticas o espacios ofrecidos por la institución para el bienestar del personal, así como las redes de apoyo.
- Estrategias de afrontamiento (se analizarán las individuales y colectivas): se refiere a los recursos cognitivos, conductuales y sociales que utilizan los profesionales para manejar el estrés, el desgaste emocional y mantener el equilibrio.

Luego de realizar la transcripción de las entrevistas, se identificaron subcategorías que permitieron comprender las experiencias del personal de salud frente al cuidado de pacientes en fase terminal o final de vida. A continuación, se presenta la organización de estas subcategorías y de las categorías propuestas.

Tabla 2. Categorías

Categoría	Subcategoría	Descripción
Salud mental	• Emociones presentes en la práctica profesional. • Impacto emocional según la experiencia (inicio vs trayectoria), • Conexión emocional con la familia. • Humanización del cuidado. • Significados atribuidos a la muerte.	Hace referencia al bienestar psicológico del personal de salud, incluyendo las emociones que emergen en el ejercicio profesional y las afectaciones derivadas del contacto constante con el sufrimiento y la muerte.
Entorno institucional y recursos	• Apoyo institucional Accesibilidad de los recursos. • Condiciones laborales (tiempo, turnos, carga laboral).	Incluye las percepciones del personal sobre los recursos y programas institucionales, así como las condiciones laborales que influyen en su bienestar emocional.
Estrategias de afrontamiento	• Apoyo social y trabajo en equipo. • Regulación emocional. Individual. • Espiritualidad. • Actividades de autocuidado.	Se refiere a los recursos que utilizan los profesionales para manejar el estrés, el desgaste emocional y mantener el equilibrio personal y laboral. Comprende los vínculos con pacientes y familias, así como los significados construidos frente a la muerte y el acompañamiento en el final de la vida.

Finalmente, durante las entrevistas se aseguró el cumplimiento de los principios éticos en la investigación por medio de la solicitud a cada participante de su consentimiento informado, asegurando el derecho a la confidencialidad y la protección de su identidad. La participación fue

voluntaria y podían retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencia alguna. La información fue tratada con estricta reserva y se usó únicamente para fines académicos.

8. Resultados y Análisis

A continuación, se presenta el análisis de los resultados organizado por categorías, a partir de las experiencias reportadas por los participantes. Como ya se mencionó, las entrevistas realizadas proporcionaron información valiosa que permiten ser analizadas según los objetivos de este trabajo, de manera que se presentarán los resultados y el análisis de estas de manera simultánea, por lo que es pertinente extraer fragmentos de las entrevistas que ayuden a comprender y enriquecer el análisis.

Para diferenciar los testimonios de cada persona y mantener la confidencialidad decidimos referirnos a ellos como P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 Y P8, es decir participante 1, participante 2… como se presenta en la tabla 1. Participantes.

Salud mental

En relación con esta categoría, los participantes reportaron la presencia de diferentes emociones vinculadas con su práctica profesional, relacionadas al contacto con el sufrimiento, el deterioro físico y la muerte. Entre las emociones más frecuentes se encuentran: tristeza, a veces frustración, gratitud e incluso impotencia, las cuales se relacionan con la presencia de un desgaste emocional acumulado. Esto lo manifiestan los participantes cuando mencionan:

"*hay días que son muy estresantes, compañeros, familiares, pacientes, todo como que te estresa y entonces como que necesitas un tiempo para ti, un tiempo para sentir eso y dejarlo ir"* (P4)

"*A veces hay jornadas muy complejas, muy difíciles. Yo tuve como en los primeros turnos de hospitalización un fin de semana con siete fines de vida"*. (P2)

"*en algunos casos se puede sentir estrés, agotamiento o incluso agobio y más cuando los casos son muy complejos"*. (P8)

Por otro lado, los profesionales destacan que el vínculo que establecen con los pacientes y sus familias puede llegar a afectar su bienestar emocional, ya que como lo menciona el participante 1, "*hay casos que impactan más que otros, aunque mantenemos una relación*

médico paciente, no todas las relaciones son iguales" y estos llegan a posicionarse en el lugar del cuidador en algunas ocasiones, como lo expresa la participante 3 cuando dice que "*yo también soy madre y de pronto me meto un poco en el papel más de las madres, en lo que sienten al ver a los hijos en estado crítico y sin poder hacer nada"*.

Por esto, la relación de acompañar pacientes en fase terminal ha provocado en algunos participantes cambios significativos en sus creencias frente a la muerte y el final de la vida. Esto se evidencia en el relato de la participante 1, quien expresa que "*antes le tenía miedo a la muerte. Ahora la entiendo como un proceso natural y parte del ciclo de la vida"*. De manera similar, P3 menciona que esta experiencia "*ha cambiado mucho"* por lo que "*siento que abrió como otra perspectiva, tengo como una visualización un poco más consciente de la vida y de cómo llevar ciertas situaciones"*.

Asimismo, los relatos evidencian la conexión emocional que el personal de salud llega a construir con los pacientes y sus familias durante el acompañamiento en su estancia en el hospital. En este sentido, P7 expresa que acompañar pacientes en final de vida y en sufrimiento le *"ha permitido ser más compasiva, ser más amorosa, ser una terapeuta más cercana a las personas que sufren"*. Además, señala que su labor la "*ha sensibilizado frente a las necesidades de los otros y me ha permitido a mí tener mayor compasión para poder atender a las personas que requieren de mis servicios"*.

Esto demuestra que el tipo de vinculo que se llega a establecer en algunos casos puede superar la relación meramente asistencial y el profesional llega a mantener una cercanía emocional frente al sufrimiento del otro, siendo la relación terapéutica más que un espacio donde solo se atiende las necesidades médicas, sino también situaciones humanas.

Es por esto por lo que los entrevistados recalcan la importancia de la humanización en la atención, entendiéndola como la necesidad de brindar "*un trato digno"* (P3), respetuoso y centrado en la persona, donde no se enfoque solo en intervenciones técnicas, sino que también se reconozca al paciente como sujeto integral, que tiene necesidades emocionales y sociales. Esto refleja lo que planteado Galende (2008, como se citó en Desviat, 2021), quien menciona que el enfocarse en una práctica biomédica puede invisibilizar la dimensión subjetiva del sufrimiento.

Por esto, en relación con ese vínculo que establecen, para algunos de los

profesionales *"el momento justo de fallecimiento del paciente es lo más difícil, porque es muy raro que se esté justo en el momento de fallecimiento"* (P5). Y cuando los otros hospitalarios los llaman para hacer la contención emocional de los familiares es

> "*bastante duro, porque además de eso, pues toca hacer un papeleo, entonces obviamente ellos con esa tristeza que tienen en ese momento, lo que están viviendo y yo preguntándole datos para hacer los certificados de defunción y todo eso, es lo que me parece como más duro en esos momentos en mi trabajo*". (P5)

Por consiguiente, el que se haya manifestado una transformación en la manera en que los profesionales comprenden la muerte en su propia vida y mencionen como les llega a afectar la cercanía que establecen con los pacientes y sus familiares, permite entender que el contacto constante con la muerte no solo tiene un impacto emocional, sino también un cambio en como ver la vida, llevando a los profesionales a resignificar sus propias creencias. Esto hace evidente lo que plantea Arboleda (2016), cuando propone que el sufrimiento psíquico esta influenciado por diferentes niveles, donde el entorno laboral e institucional, resulta relevante en contextos de alta demanda emocional como en este caso sería el cuidado de pacientes en fase terminal.

Asimismo, reafirma que la salud mental como lo plantea Emiliano Galende (1990, citado en Oberti, 2023) debe entenderse a partir de la historia, la experiencia, la sensibilidad y la memoria del sujeto en sufrimiento y desde la participación y comprensión conjunta del malestar psíquico junto al sujeto.

Entorno institucional y recursos

En cuanto al entorno institucional y los recursos disponibles, los participantes destacan las estrategias de apoyo que existen por parte de las instituciones de salud, relatando que "*hay muchos espacios, capacitaciones y apoyo"* (P3). Aun así, mencionan algunos que "*no me da el tiempo para asistir"* (P8), lo que evidencia las limitaciones de estos recursos, ya que el acceso no es efectivo dentro de la dinámica laboral sino en los espacios por fuera de esta. Además, mencionan que estos fueron brindados cuando ya se había conocido un caso de burnout dentro de la institución o por petición de los profesionales en repetidas ocasiones.

Esta situación evidencia una separación entre la disponibilidad de recursos y su

accesibilidad real, lo que sugiere que la existencia de estrategias institucionales no garantiza necesariamente su impacto en el bienestar del personal de salud. En este sentido, las condiciones organizacionales, como la carga laboral y la distribución del tiempo, juegan un papel importante en la posibilidad de acceder a estos espacios, como lo manifiesta la participante P1: "h*ay mucha carga laboral, por lo que a veces se descuida la vida personal"*. Por esto es importante tener en cuenta lo que Desviat (2007) plantea, que las condiciones institucionales y organizacionales son determinantes en la configuración del bienestar, lo que implica que la salud mental no puede analizarse sin tener en cuenta el contexto en el que se desarrolla la práctica profesional.

Así mismo, los participantes recalcan la importancia de contar con condiciones que favorezcan el descanso, destacando la necesidad de tiempos reales donde puedan desconectarse del trabajo, como pasar tiempo con su familia, "*sería importante tener vacaciones, tiempo real de descanso"*(P8).

Lo anterior resalta, que el bienestar del personal de salud no depende únicamente de recursos individuales o estrategias personales, sino también de las condiciones del entorno institucional, donde el contexto organizacional es un elemento importante en la experiencia emocional de los profesionales, ya que influye en la aparición del malestar como en la posibilidad de afrontarlo.

En relación con esto, se evidencia lo que Galende (2008) cuestiona y es que el sufrimiento psíquico no deberían ser solo entendido desde una perspectiva clínica e individual, pues los relatos de los participantes hacen notar que el malestar emocional no se asocia únicamente al cuidado de pacientes en fase terminal, sino también de las dinámicas institucionales y las exigencias emocionales donde la experiencia emocional de estos refleja que el sufrimiento psíquico esta atravesado por dimensiones sociales, relacionales y subjetivas.

Estrategias de afrontamiento

En cuanto a las estrategias de afrontamiento que ponen en práctica los profesionales para enfrentar las demandas emocionales derivadas del cuidado de pacientes en fase terminal, hay diversas opciones que les permiten gestionar el impacto psicológico de su labor y mantener un equilibrio entre lo personal y lo profesional.

Por un lado, se contempla el tiempo y la experiencia adquirida, los relatos de los

pacientes plantean que con el tiempo estos logran obtener una mejor capacidad de afrontamiento frente al impacto emocional de su labor. Esto se evidencia en el relato de P6, quien menciona que "*sobre todo en los primeros años, cuando no tenía la formación ni tenía tanta experiencia, había ocasiones en las cuales estaba muy cansado físicamente y tenía como mucho ruido en mi cabeza*".

Este hallazgo se relaciona con lo planteado por Lazarus y Folkman (1986), quienes sostienen que el afrontamiento comprende esfuerzos cognitivos y conductuales para desarrollar estrategias que permitan adaptarse a situaciones que desbordan sus recursos iniciales. En este caso la experiencia profesional termina cumpliendo la función de ser un factor protector junto con las estrategias de afrontamiento que han desarrollado y se hablaran después, las cuales les han permitido a estos profesionales gestionar el impacto emocional en su labor.

Una de las estrategias que se encuentra es el apoyo social y trabajo en equipo, siendo esta una de las más relevantes, ya que a través del trabajo en equipo y la comunicación con otros, los participantes han podido compartir experiencias que les han ayudado a tramitar el malestar emocional que genera algunas situaciones en el contexto clínico, como lo expresan las participantes:

"*Tener el apoyo de mis compañeros es muy importante porque, como te digo, para mí la forma en como desahogarme es hablarlo con ellas*". (P5)

"*Han sido las personas que me han sostenido en momentos de dificultad emocional asociada a mi trabajo, entonces creo que cobran un papel relevante para poder contribuir a mi propio bienestar y poder seguir haciendo lo que hago*". (P8) Estos relatos dan cuenta de lo que plantea Arboleda (2016) y es que el sufrimiento debe comprenderse no solo desde una dimensión individual sino también comunitaria.

Cuando el personal de salud resalta el apoyo de compañeros, la comunicación y el trabajo en equipo como elementos importantes para tramitar el malestar emocional asociado al acompañamiento de pacientes en fase terminal, también abre paso a lo que señala Wilches (2010) de que la resiliencia no corresponde únicamente a una capacidad individual, sino que también se relaciona con factores contextuales y redes de apoyo.

Desde esta perspectiva, la importancia de fortalecer redes de apoyo y espacios colectivos de cuidado dentro de los contextos institucionales como lo planteaba Desviat (2021) es importante; sin embargo, en los relatos de los participantes, se observa que, aunque existen estrategias de apoyo ofrecidas por las instituciones, estas no siempre logran consolidarse como

redes efectivas de contención emocional debido a las cargas laborales y a la falta de tiempo para acceder a ellas. Esto permite comprender que el bienestar psicológico no depende únicamente de recursos individuales, sino también de condiciones institucionales que favorezcan el acompañamiento colectivo.

Por otro lado, se identifican estrategias de regulación a nivel individual, como respiración, meditación, gestionar sus propias emociones y pausas durante la jornada laboral. Estas prácticas les han permitido a los profesionales gestionar sus emociones, ayudándoles a continuar con sus funciones sin desbordamiento emocional o llegar a un caso de burnout.

Asimismo, la espiritualidad surge como una estrategia significativa en el afrontamiento del malestar asociado al final de la vida: *"es un recurso importantísimo en mi quehacer y en mi propia salud mental y emocional. Creer en algo para mí resulta un factor protector"* (P7).

Además, los participantes mencionan la importancia de realizar actividades de autocuidado, como hacer deporte, compartir con la familia, mindfulness, *"me doy un baño a oscuras que es una técnica de baño consciente , juego con temas de temperatura o simplemente me siento de manera muy presente, me gusta colorear o bordar"* (P2), siendo formas de desconexión del entorno laboral.

Estas estrategias demuestran lo que Bravo (2023) y Campos et al. (2021) señalan y es que el afrontamiento del impacto emocional no se limita un tipo de recurso, sino a una combinación de elementos individuales y sociales. Lo que implica que el manejo del malestar emocional en el personal de salud sea un proceso en el que los profesionales utilicen diferentes herramientas para sobrellevar las exigencias de su entorno laboral, como la sobrecarga laboral, dificultad para descansar y la disponibilidad de tiempo, que reflejan como el entorno institucional influye directamente en el bienestar emocional del personal de salud.

9. Conclusión

A manera de conclusión, se identifica que la sobre carga laboral, el contacto con el sufrimiento y la muerte, además las exigencias emocionales presentes en el ámbito hospitalario contribuyen al malestar emocional del personal de salud que acompaña a pacientes en fase terminal o final de vida. Sin embargo, algunos de los entrevistados mencionan que han logrado afrontar estas experiencias gracias a la experiencia laboral que han adquirido a lo largo de su trayectoria

profesional, la cual les ha permitido desarrollar recursos emocionales y estrategias para gestionar el impacto psicológico derivado de su trabajo.

Asimismo, se identifican diversas estrategias de afrontamiento personales como colectivas, las cuales les han permitido transitar el desgaste emocional asociado al acompañamiento de pacientes en fase terminal o final de vida y sus familiares. Entre estas estrategias se encuentra el apoyo entre compañeros, actividades de autocuidado y la espiritualidad, demostrando que el afrontamiento no depende solo de recursos personales, sino también de vínculos y redes de apoyo dentro y fuera del entorno laboral.

Los hallazgos también permitieron identificar que, aunque las instituciones de salud ofrecen algunos espacios de apoyo emocional y estrategias de bienestar, los entrevistados señalaron limitaciones relacionadas con la carga laboral y la falta de tiempo para acceder a estos recursos. Lo que demuestra que el bienestar emocional del personal no puede entenderse desde una responsabilidad individual, sino también desde las condiciones institucionales y organizacionales en las que laboran.

Por otro lado, se obtuvo que el acompañamiento a pacientes en fase terminal no solo impacta la salud mental de los profesionales, sino también la manera en que comprenden la vida y la muerte, evidenciando procesos de sensibilización, resignificación y empatía del personal frente al sufrimiento.

Finalmente, esta investigación permitió reconocer la importancia de visibilizar la salud mental del personal de salud, no solo del que trabaja con pacientes en fase terminal sino también del equipo de emergencias, de UCI, psicólogos, paramédicos … *“todos los que tenemos que acercarnos al sufrimiento humano de alguna manera”* , por eso *“ siempre hay que trabajar en autocuidado, es importante gestionar esas emociones, personas que trabajamos con el sufrimiento en cualquiera de sus formas”* (P6) comprendiendo que el cuidado emocional de quienes acompañan el sufrimiento y la muerte también debe ser una prioridad dentro de las instituciones de salud. En este sentido, se considera necesario fortalecer estrategias de acompañamiento, espacios de escucha y redes de apoyo que favorezcan el bienestar psicológico de estos profesionales y contribuyan a una atención más humana e integra en diferentes espacios tanto dentro como fuera de su horario y ámbito laboral.

10. Referencias

Alderete, M., & Ascencio, J. (2015). Afrontamiento y síndrome de burnout en profesionales de la salud en cuidados paliativos oncológicos. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología, 29*(2), 98–105.

Amado, J., & Oscanoa, T. (2020). Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico (Lima), 20*(3), e1279. https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n3.11

Arboleda Trujillo, M. A. (2016). Pensar la salud mental: Aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos. En O. A. Bravo (Ed.), *Aportes teóricos y prácticos para una salud mental alternativa* (pp. 288-297). Editorial Universidad Icesi.

Argentina. Congreso de la Nación. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental 26.657*. InfoLEG.

i, M. M. (2012). Stress, strain and coping mechanisms: An experimental study of fresh college students. *Academy of Educational Leadership Journal, 16*(1), 19.

Bravo, M. (2023). *Cuidados y salud mental: hacia una práctica relacional y colectiva.*

Campos, R., Hernández, G., & Muñoz, L. (2021). *Hacia un modelo de servicios de salud mental que permita el desarrollo de la subjetividad. Revista de Salud Mental Comunitaria,* 8(2), 45–63.

Cañaveral Estrella, N. L., & López Pérez, G. P. (2023). Atención de enfermería en pacientes oncológicos con cuidados paliativos. *Salud, Ciencia y Tecnología, 3,* 488. https://doi.org/10.56294/saludcyt2023488

Clemente Marcuello, J., Martín Blasco, A., Bambó Pilarcés, L., Cossié Esteban, C., Narváez Montenegro, V. D., & de Marco Romera, A. (2024). Revisión sistemática: Burnout en enfermería en unidades de cuidados paliativos. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Royo Villanova.*

Cuidados paliativos en las Américas. (2021, marzo). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/es/historias/cuidados-paliativos-americas

Desviat, M. (2021). *Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Fragoso, A. A. H. (2024). En los cuidados paliativos. En S. B. Cohén (Ed.), *Actualidades en el manejo del dolor y cuidados paliativos* (pp. 379–388). Editorial Alfil.

Lizzi, D. E. (2023). *El trabajo interdisciplinario para la reinserción social y comunitaria de personas con padecimiento mental* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología).

Lozano López, B., & Huertas Pérez, M. M. (2017). Cuidados paliativos, cuidados compartidos. *Cultura de los Cuidados, 21*(49), 100–105. https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.11

Marcuello, J. C., Blasco, A. M., Pilarcés, L. B., Esteban, C. C., Montenegro, V. D. N., & de Marco Romera, A. (2024). Burnout en enfermería en unidades de cuidados paliativos: revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación, 5*(6), 205.

Medicina de Familia. Andalucía. (2002). La familia en la enfermedad terminal (I). *Medicina de Familia (Andalucía), 3*(3), 190-199.

Medina, M. I. S. (2011). El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque, 1*(2), 23-37.

Mendoza-Muñoz, J. A., & Haro-Zea, K. L. (2024). Burnout y su impacto en el desempeño laboral del personal de salud, una revisión sistemática. *Impulso Revista de Administración, 4*(7), 167-184. https://doi.org/10.59659/impulso.v.4i7.41

Naranjo, L. & Rodríguez, J. (2018). *Representaciones sociales que tienen los trabajadores informales sobre su oficio : Una mirada al trabajo de los carretilleros en Cali.*. Recuperado de: http://hdl.handle.net/10906/98880

Oberti, M. L. (2023). Aportes para abordar el campo de la salud mental desde la perspectiva de los estudios, preguntas y problemas de la comunicación social y la cultura. *Salud Mental Y Comunidad, (14),* 105–109. https://doi.org/10.18294/smyc.2023.5223

Pose Pérez, N., González Gómez, E., & Pallas-Queijo, C. (2024). Humanizando el impacto emocional en pacientes con heridas complejas. *Gerokomos, 35*(2), 123-126. https://doi.org/10.4321/S1134-928X2024000200010

Rodriguez, M. S., & Quiroga, A. (2025). Acompañar y jugar: herramientas para la salud mental. Experiencias con adolescentes en dispositivos grupales. *Salud Mental y Comunidad, (18),* 163-173.

Ruiz Ramírez, S., Salazar Trujillo, N. V., & Medina-Mora Icaza, M. E. (2022). La formación médica y la muerte: estudio descriptivo sobre el impacto emocional en cuidados paliativos. *Investigación en Educación Médica, 11*(43), 82–89. https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.43.22431

Serrano Argüeso, M., & Ibáñez González, M. (2015). La prevención de las situaciones de impacto emocional en el ambiente laboral. Estudio teórico y análisis de su incidencia en el personal sanitario de la comunidad autónoma de Euskadi-España. *Trabajo y Sociedad: Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas, (25),* 25.

Toapanta, C., & Quenorán, A. (2022). Efectos de los cuidados paliativos para el afrontamiento al final de la vida: un enfoque familiar. *Revista Ciencias de la Salud, 20*(2), 1–10.

Tomalá León, M. L. (2021). Factores de riesgo psicosocial y salud mental del personal de salud en ámbito hospitalario (Bachelor's thesis, Jipijapa. UNESUM).

World Health Organization: WHO. (2020, 5 agosto). Cuidados paliativos. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

Zumaeta, R. T., Aguirre Mollehuanca, J. P., Talavera, J. E., & Palomino Baldeon, J. C. (2023). Inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento al estrés en personal de salud. *Revista de la Facultad de Medicina Humana, 23*(3), 46-56.

11. Anexos

11.1 Guía entrevista

Buenos días/tardes, doctor(a).

Muchas gracias por aceptar participar en esta entrevista. Mi nombre es Andrea Ibarra, soy estudiante de Psicología en la Universidad Icesi y actualmente estoy desarrollando mi trabajo de grado titulado *"Efectos en la salud mental del cuidado de pacientes con enfermedades terminales en el personal de la salud tratante y sus estrategias de afrontamiento"*.

El objetivo de esta entrevista es comprender, desde su experiencia profesional, cómo el acompañamiento a pacientes en fase terminal puede impactar la salud mental del personal tratante y qué estrategias utilizan para afrontar esas demandas emocionales.

Esta conversación será grabada únicamente con fines académicos, la información será confidencial y su identidad será protegida en todo momento, conforme al consentimiento informado.

Si está de acuerdo, podemos comenzar.

Datos Sociodemográficos

1. ¿Podrías decirme tu nombre completo, por favor?
2. ¿Qué edad tienes?
3. ¿Dónde vives actualmente? ¿Con quién vives?
4. ¿Tienes hijos?

Gracias por esta información. Ahora me gustaría profundizar en su experiencia laboral y en los aspectos emocionales que pueden surgir en el acompañamiento a pacientes con enfermedades terminales.

Experiencia laboral

5. ¿Podría contarme brevemente en qué área trabaja y cuál es su rol al atender pacientes con enfermedades terminales?
6. ¿Desde hace cuánto tiempo trabaja con este tipo de pacientes?
7. ¿Cómo describiría una jornada típica en su labor con pacientes en fase terminal?
8. ¿Qué le llevó a trabajar con pacientes con enfermedades terminales? ¿Fue una decisión que usted tomó o una asignación de la institución?

sí responde que fue elección personal, ¿Por qué?

9. En su experiencia, ¿cómo comprende el malestar emocional que puede surgir al acompañar pacientes en fase terminal?
10. ¿Lo vive como una carga, como parte propia de la profesión, como una misión, o de otra manera?
11. ¿Siente que en el ámbito de la salud existe la idea de que el sufrimiento emocional “hace parte del trabajo” y que hay que sobrellevarlo?

Salud mental

12. ¿Qué emociones suelen surgir en usted al acompañar a pacientes con enfermedades terminales?
13. ¿Ha sentido que su trabajo ha afectado su bienestar emocional o mental? ¿De qué manera?
14. ¿Cuáles considera que son las situaciones más difíciles o emocionalmente exigentes en su práctica diaria?
15. ¿Cómo percibe el equilibrio entre su vida personal y su trabajo en este contexto?

Estrategias de afrontamiento

16. Cuando enfrenta momentos emocionalmente difíciles, ¿qué hace para manejar esas emociones?
17. ¿Utiliza alguna estrategia específica (como hablar con colegas, actividades personales, técnicas de relajación, espiritualidad, etc.) para afrontar el estrés o el desgaste?
18. ¿Qué papel cumple el apoyo de sus compañeros o del equipo de trabajo en el manejo del impacto emocional?
19. ¿Ha recibido o buscado algún tipo de acompañamiento psicológico o emocional por parte de la institución o por cuenta propia?

Entorno institucional

20. ¿Considera que su institución brinda espacios de apoyo emocional o contención para el personal de salud?

Recursos

21. ¿Qué tan accesibles son esos recursos o qué tan efectivos le resultan?
22. ¿Qué tipo de apoyo considera que sería necesario para proteger la salud mental del personal de salud en contextos de final de vida?

Cambios posibles

23. ¿Cómo ha cambiado su forma de ver la vida o la muerte a partir de su experiencia profesional?
24. ¿Qué aprendizajes o fortalezas cree que ha desarrollado a lo largo de su trayectoria?
25. Si pudiera cambiar algo en la forma como se acompaña emocionalmente al personal de salud, ¿qué propondría?

Hemos llegado al final de la entrevista.

Quiero agradecerle sinceramente por su tiempo y por compartir su experiencia de manera tan abierta. Reconozco que es un tema sensible y valoro mucho su disposición para hablar sobre ello.

Sus aportes son fundamentales para comprender mejor los efectos que este tipo de cuidado puede tener en la salud mental del personal tratante y para pensar en posibles estrategias de apoyo institucional.

Si desea agregar algo más o posteriormente tiene alguna inquietud sobre la investigación, puede comunicarse conmigo en cualquier momento.

Muchas gracias nuevamente por su participación.