



**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología**

Trabajo Final de Grado  
Proyecto de Investigación

**La atención del duelo en los servicios de  
emergencia de ASSE en Montevideo**

Kateryn Silvera, C.I: 5.433.956-6  
Tutora: María Pilar Bacci  
Revisor:  
Montevideo, fecha

## Índice

Resumen .....	3
Fundamentación.....	3
Antecedentes.....	4
Marco Teórico.....	8
Problema de Investigación.....	14
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Diseño Metodológico.....	14
Metodología .....	14
Técnica .....	15
Selección de los sujetos de investigación.....	15
Análisis de los datos .....	16
Resultados esperados .....	16
Cronograma .....	17
Consideraciones Éticas.....	16
Referencias .....	17
Anexos.....	20

## Resumen

El presente proyecto de investigación plantea, estudiar las particularidades que toman la atención e intervención de los médicos de medicina general y psiquiatras frente a una consulta de un sujeto en duelo. En la última publicación del DSM se eliminó el duelo como criterio de exclusión para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, con ello se corre el riesgo de aumento de falsos positivos y de actos médicos innecesarios. El duelo es un proceso que, comúnmente se desarrolla de forma normal, por lo que, resulta apropiado conocer cómo los profesionales definen cuándo y cómo intervenir, y analizar si recaen o no, en prácticas que medicalizan la vida cotidiana. La investigación se llevará a cabo mediante una metodología cualitativa; para la recolección de datos se realizarán entrevistas semiestructuradas a los participantes. La misma pretende funcionar como insumo en el estudio del proceso de atención del duelo en los centros de salud.

## Fundamentación

El presente trabajo plantea analizar las particularidades, el tipo de atención e intervención de los médicos de medicina general y psiquiatras frente a una consulta de un sujeto en duelo. Ante una pérdida, se ponen en juego una serie de procesos psicológicos y sociales que tienen como finalidad la adaptación del individuo a una nueva realidad en la que el ser querido ya no está. El duelo genera diversas vivencias en la persona, entre las manifestaciones externas se pueden presentar distintos malestares en las dimensiones física, emocional, cognitivo, conductual y social (Cabodevilla, 2007); los mismos pueden llevar a las personas a buscar ayuda a nivel profesional.

Resulta interesante preguntar cómo los profesionales definen cuándo y cómo es apropiado intervenir y cuándo se debe simplemente acompañar, escuchar o asesorar. Manuales diagnósticos arbitrarios como el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) pretenden esclarecer la distinción entre la manera normal de cursar el duelo y la patológica, estableciendo ciertos criterios diagnósticos.

Desde la tercera publicación del DSM se especifica el estatuto del duelo, al normal lo denominaron “duelo no complicado” y lo distinguieron, por una parte, del duelo complicado y, por la otra, del trastorno depresivo mayor. Este último, hasta la cuarta versión revisada del DSM, no se debía diagnosticar si los síntomas se presentaban dentro de los dos meses inmediatos a una pérdida. Ese criterio de exclusión fue eliminado en el DSM-V (Pizarro y De La Fabián, 2019). Esta exclusión diagnóstica implicaba que se comprendiera al duelo como un proceso normal que se distinguía de un cuadro depresivo (aunque pudiera presentarse de forma similar); su supresión en el DSM-V limita la diferencia entre lo normal y lo patológico.

La exclusión generó un debate respecto a la pertinencia del mantenimiento o eliminación de la distinción; del mismo se desprenden dos posiciones contrapuestas que ilustran las diferentes formas de comprender la práctica médica. Por un lado, se posicionan

los que están a favor de la exclusión diagnóstica y comprenden que la práctica médica debe situarse en el eje de lo normal-patológico, creyendo necesaria la distinción entre las manifestaciones normales del duelo, de las patológicas y el trastorno depresivo, para marcar los parámetros de la intervención médica y no caer en el peligro de medicalizar la vida normal. Por el otro, se ubican quienes asumen que el fin de la práctica médica es aliviar el sufrimiento, por lo que, determinar si ese sufrimiento es normal o no, no sería significativo; entendiendo que el sentido de la práctica médica es estar al servicio de la calidad de vida de los pacientes, ubicándola en el eje malestar-sufrimiento (Pizarro y De La Fabián, 2019).

Esta segunda posición va de la mano con la forma en la que los individuos transitan el malestar en general, incluido el sufrimiento del duelo; en la actualidad las personas evitan el dolor buscando el alivio inmediato, esto puede llevar a que consulten y busquen ayuda en la medicina y tratamientos farmacológicos para los malestares que produce el duelo. Que la práctica sanitaria responda a estas demandas puede resultar cuestionable en la medida en que, poner el foco de atención en el mero alivio del malestar, puede provocar prácticas patologizantes que medicalicen la vida cotidiana.

Según la Encuesta Nacional en Hogares Sobre el Consumo de Drogas, realizada en el 2016, en Uruguay un 10% de la población ha consumido antidepresivos. Algunos autores se muestran preocupados ante la eliminación del duelo como criterio de exclusión para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, ya que se correría el riesgo del aumento de diagnósticos falsos positivos, y en concomitancia, también se elevarían los actos médicos innecesarios (Pizarro y De La Fabián, 2019).

Los problemas que pueden causar las intervenciones sanitarias innecesarias van más allá de la iatrogenia, intervenir sobre los malestares que ocasiona la vida cotidiana fomenta una actitud pasiva del individuo ante su propia vida y alimenta la cristalización de su papel de enfermo que tenderá a consultar y consumir medicamentos cada vez que vea desbordados sus recursos de enfrentamiento (Carecedo, Tovar y Rozadilla, 2013). Es por esto que, algunos académicos plantean que, a veces, lo más indicado sería una intervención dirigida a resignificar el malestar y la demanda (Talam, Rigat y Carbonell, 2011).

Cabe destacar que, la búsqueda de antecedentes no mostró investigaciones acerca de la temática en nuestro país y por lo anteriormente expuesto, resulta interesante estudiar de qué forma se aborda el duelo en los servicios de emergencia, comprendiendo que muchas veces son el primer lugar al que recurren los usuarios cuando presentan sintomatología vinculada al duelo, ya que sería útil para la mejora de la atención y la salud de los usuarios, analizar las particularidades de la atención en esos casos.

## **Antecedentes**

Se expondrán a continuación una serie de investigaciones que muestran el estado del arte de la problemática a abordar. Se realizó una búsqueda en distintas bases de datos y repositorios bibliográficos partiendo de las palabras clave “duelo” y “bereavement” o “grief” combinándolas con distintos términos como “medicalización”, “intervención”, “asistencia” y “tristeza” (en español e inglés); con la finalidad de encontrar trabajos que abordaran la demanda por duelo en el sistema de salud y la respuesta sanitaria.

Se encontraron estudios sobre la patologización de la tristeza, y por lo tanto también del duelo, y el sobrediagnóstico en el campo de la salud mental; trabajos que dan cuenta del abordaje del duelo en los centros de salud; investigaciones que evalúan la eficacia de diversos tratamientos en el duelo y trabajos que abordan las dolencias que se presentan junto al duelo.

### **Estudios que abordan la patologización de la tristeza y el sobrediagnóstico en el campo de la salud mental**

López (2018) estudió las diferentes formas de sobrediagnóstico en el campo de la salud mental. Para ello hizo una revisión narrativa y seleccionó estudios donde el sobrediagnóstico era objeto de tratamiento en el artículo. Halló que los trastornos con mayor número de referencia fueron los de ansiedad, la depresión, el bipolar y el trastorno por déficit de atención. El autor concluye que el campo de la salud mental es un nicho para el sobrediagnóstico debido a la variedad en la terminología y la dificultad en la objetivación.

Parker, Paterson y Hadzi-Pavlovic (2015) realizaron un estudio en Australia donde investigaron la probabilidad de que diversos factores estresantes de la vida relacionados con pérdidas causen depresión u otras respuestas emocionales negativas, como pena, tristeza y estrés; para así poder comprobar si el duelo puede ser equiparado con otros eventos estresantes relacionados con la pérdida como se establece en el DSM-5. Los autores concluyen que sus hallazgos muestran una reacción emocional específica hacia el duelo, lo que impide que pueda ser comparable con otros eventos y que, es poco probable que ese tipo de pérdida genere una respuesta depresiva.

En la misma línea, Durà-Vilà, Littlewood y Leavey (2013), argumentando que los criterios diagnósticos del DSM no logran diferenciar entre la tristeza normal, que tiene causa identificable, y la anormal, sin causa, realizaron un estudio con el objetivo de explorar las creencias sobre la depresión y la tristeza normal de un grupo de adultos en España. Los resultados muestran que, es más probable que las personas califiquen la tristeza como patológica cuando no hay una causa identificable que justifique dicho sentimiento, mientras que, es vista con mayor frecuencia como normal cuando sí existe una causa. Los autores concluyen que su trabajo enfatiza la importancia de tener en cuenta el contexto en el que ocurren los síntomas depresivos y se cuestionan sobre la falta de validez aparente en la clasificación diagnóstica del trastorno depresivo que utiliza exclusivamente criterios descriptivos.

## **Estudios que dan cuenta del abordaje de los profesionales en los centros de salud ante los casos de duelo**

En Toronto, Canadá, Downar, Barua y Sinuff (2014) realizaron un estudio donde contactaron a familiares de fallecidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), personal de enfermería y médicos. En los familiares midieron síntomas de duelo complicado, dificultades sociales y el deseo de apoyo por parte de los profesionales que intervinieron en la UCI; con los profesionales midieron el interés y comodidad por brindar apoyo. La mayoría de los familiares manifestaron el deseo de recibir más apoyo por parte del personal y mostraron una gran disposición para reunirse con el equipo médico para obtener mayor información relacionada a los eventos de la muerte. Por parte del personal, la mayoría manifestó haber brindado apoyo en el momento de la muerte, pero no después, y la gran mayoría (a excepción de 1) se mostró dispuesta a apoyar o participar en un programa formal de detección y apoyo al duelo.

En Chile, Carrera Horas (2013), considerando al duelo como un diagnóstico fronterizo, ya que lo entiende como una situación clínica que se encuentra en el límite entre lo normal y lo patológico, estimó pertinente investigar cómo abordan las situaciones de duelo los profesionales de la salud; considerando que una apropiada atención del duelo, depende de un diagnóstico adecuado, y para ello el profesional necesita contar con una preparación oportuna en la temática. Los hallazgos indicaron que, en los equipos estudiados, abordaban el proceso de duelo desde un conocimiento escaso, sin la preparación ni entrenamiento técnico y teórico, que, según el autor, la temática exige. Relacionó el problema con la escasez de recursos económicos que brinda el Estado para la capacitación de los profesionales del área de la salud. En cuanto a las estrategias de abordaje, halló que las mismas se hacían de forma individual y tomando al sujeto de forma aislada; a su vez, observó que los profesionales “asumen de antemano la obligatoriedad de desarrollar estrategias de intervención en los procesos de duelo, sin saber que dicha actuación puede resultar inadecuada, inoportuna o insuficiente, si no se ha evaluado previamente su pertinencia y finalidad.” (p.233).

Una investigación similar a la anteriormente mencionada se realizó en Suecia por parte de Wisten y Zingmark (2007) donde realizaron una serie de entrevistas con padres que habían sufrido la muerte de un hijo pequeño por muerte súbita, para estudiar a partir de ellas, las necesidades de estos padres y dilucidar el apoyo percibido por parte de los profesionales que intervinieron frente a la muerte. Los resultados mostraron que un tercio de estos padres no habían tenido ningún tipo de contacto con el departamento de emergencias, otro tercio se mostró decepcionado por la falta de sensibilidad y apoyo, la mayoría mostró una falta de atención en el seguimiento y un pedido de recibir más información. Los autores señalan la necesidad de mejores rutinas para ayudar a los dolientes e hicieron sugerencias referidas a la información brindada, el tiempo y la predisposición para hablar y escuchar a los familiares

de los fallecidos. También propusieron que el personal debe recibir capacitación en el ámbito del duelo.

### **Estudios que abordan la eficacia de diversos tratamientos en el duelo**

En distintas ciudades de Estados Unidos, Shear, Reynolds, Simon, Zisook, Wang, Mauro, Duan, Lebowitz y Skritskaya (2016) realizaron un estudio en el que compararon la eficacia de la farmacoterapia antidepresiva y la Terapia del Duelo Complicado (CGT son sus siglas en inglés, es un modelo de psicoterapia reciente, diseñada para el duelo persistente y perjudicial), en 319 adultos con duelo complicado. Los resultados revelaron mejores resultados en los casos en los que los pacientes habían sido tratados con psicoterapia, la adhesión de antidepresivos (citalopram) a la CGT no mejoró significativamente los resultados; en caso contrario, cuando la CGT se integraba a la farmacoterapia, los resultados mejoraron significativamente. Por otro lado, se halló que las respuestas al citalopram eran similares a las de un placebo. También se evaluó la prevalencia de la ideación suicida luego de 20 semanas de tratamiento, los resultados fueron similares. Los autores concluyen que en los casos de duelo complicado el tratamiento de primera línea es la CGT y señalan que, si bien la adhesión de antidepresivos no ayuda en la mejoría de las afecciones propias de un duelo complicado, es probable que sí disminuyan los síntomas depresivos comórbidos.

Debido a que con frecuencia el duelo en los adultos mayores es acompañado por síntomas depresivos, Ghesquiere, Park, Bogner, Greenberg y Bruce (2014) estudiaron en Estados Unidos, si los resultados de una intervención estándar para el tratamiento de la depresión varían en función de la presencia del duelo. Comparando los resultados entre, el grupo de participantes con depresión que estaban atravesando un duelo y el de participantes que solo tenían depresión, detectaron que en el primer grupo la intervención (que consistía en la administración de antidepresivos y, eventualmente, la adhesión de psicoterapia) no fue tan efectiva como en el segundo; esto los llevó a concluir que los pacientes en duelo con depresión deben recibir una atención que considere las circunstancias y se centre en su angustia emocional, en lugar de recibir una intervención genérica que solo trate la depresión.

### **Antecedentes que abordan la prevalencia de dolencias psíquicas en los deudos.**

Gartner, Domino y Dow (2017) examinaron en Costa Rica los factores de riesgo de la depresión en la vejez y el correlato de uso de antidepresivos, utilizando una muestra de adultos mayores representativa a nivel nacional. Los resultados muestran que las nuevas afecciones médicas o aumento de discapacidad y la viudez reciente se asociaron con una detección de depresión mayor. Examinando el correlato entre el diagnóstico de depresión mayor y la prescripción de antidepresivos concluyen que, el patrón de uso de antidepresivos sugiere que los profesionales reconocen el papel del duelo como un factor de riesgo para la depresión en la vejez, pero desestiman las afecciones crónicas de salud y la discapacidad a la hora de prescribir antidepresivos.

Rodríguez, Sánchez, Prigerson, Mesa, Rodríguez, Hortigüela, Marco, Barrientos, Quintana, y Leóz (2012) estudiaron la incidencia del trastorno por duelo prolongado en los familiares de pacientes fallecidos en la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) de un hospital en España, desde un año después del fallecimiento. El 10% de la muestra cumplió con los criterios de consenso para el diagnóstico de duelo prolongado, lo que los llevó a concluir que hay que tener en cuenta ese hecho, el cual con frecuencia es pasado por alto y destacan la necesidad de precisar algún tipo de intervención psicológica para esos casos.

Gamo, del Álamo, Hernangómez y Garcia (2003) realizaron en Madrid un análisis estadístico, revisando las historias clínicas de los pacientes que consultaron por primera vez en un centro de salud mental, teniendo como motivo de consulta, desencadenante o factor interviniente el duelo, tomando como periodo el año 1999. Entre los resultados destacan que las mujeres son las que consultan mayoritariamente. Hallaron que la muerte de los hijos son las que causan mayores consecuencias, otros factores importantes que repercutieron en el efecto de la pérdida fueron el tipo de vínculo con el fallecido, las circunstancias de la muerte (las imprevistas tienen mayor relevancia) la acumulación de pérdidas y la convivencia con el fallecido. En relación a la sintomatología, predomina la clínica depresiva, mayoritariamente en la población femenina, y en segundo lugar los síntomas de ansiedad.

A modo de síntesis, se destaca que se encontraron escasos estudios empíricos sobre el proceso de atención y demanda del duelo a nivel regional. La búsqueda de antecedentes refleja que los estudios realizados recientemente, responden al debate que se generó a nivel académico a partir la eliminación del duelo como criterio de exclusión para el diagnóstico de la depresión. Las investigaciones que abordan la intervención en los casos de duelo muestran una inconsistencia en el tratamiento, que se suele equiparar al de la depresión y resulta insuficiente; además de centrarse en el duelo cuando es patológico. No se encontraron trabajos que indaguen sobre el acompañamiento o apoyo en el proceso de duelo normal.

### **Marco Teórico**

A continuación se presentarán diferentes conceptos teóricos, a modo de herramientas para comprender y abarcar la problemática a estudiar. Se comenzará definiendo el duelo desde un marco psicoanalítico, luego se realizará un breve recorrido histórico con los cambios que han atravesado al duelo y sus manifestaciones sociales; se finalizará definiendo los conceptos de medicalización y farmacéuticalización, tomando aportes clásicos y otros más contemporáneos.

#### **Duelo**

Una de las obras referentes en el psicoanálisis a la hora de conceptualizar el duelo es “Duelo y melancolía” de Freud (1992), donde el autor realiza una comparación entre ambos procesos y define al primero como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc” (p. 241,

1992). En esa comparación distingue al duelo, considerado como una reacción normal, de la melancolía, calificada como patológica. “A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía” (p. 241). En la melancolía se observa un profundo abatimiento, desinterés por el mundo exterior, inhibición para realizar actividades productivas, incapacidad de amar y una perturbación del sentimiento de sí, que se expresa a través de reproches y auto denigraciones; en el duelo se presentan todas, menos la última. Queda establecido allí, que existen dos maneras de elaborar el duelo, esta melancolía sería el antecedente del actualmente llamado “duelo complicado”. El duelo debe acompañarse por una elaboración o trabajo que realiza el psiquismo del individuo para adaptarse a la nueva realidad. En el caso de Freud habla de *trabajo*, en el que el individuo debe retirar la libido de sus enlaces con el objeto amado concordando con la realidad en la que el objeto ya no existe más.

Melanie Klein (1940), afirma que el duelo constituye una verdadera enfermedad, a pesar de que no se la trate como tal, ya que el sujeto atraviesa, de forma modificada y transitoria, un estado maníaco-depresivo. Al igual que Freud asegura que el juicio de la realidad es una parte esencial en el trabajo de duelo y lo vincula con los procesos mentales tempranos, afirma “Creo que el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y que son estos tempranos duelos los que se reviven posteriormente en la vida, cuando se experimenta algo penoso” (p. 1). Denomina *posición depresiva infantil* al estado mental del niño donde “experimenta sentimientos depresivos que llegan a su culminación antes, durante y después del destete” (p.2). Cuando el niño pasa por la posición depresiva, su mundo interno se encuentra desintegrado y en peligro, siente temor de que sus objetos buenos sean destruidos por los malos. La forma en la que atravesase ese proceso condicionará la resolución de sus duelos posteriores ya que, tanto en el duelo normal, como en el patológico y en los estados maníaco-depresivos, esta posición se reactiva. En el duelo normal, el individuo logra reintroyectar y reinstalar tanto a sus objetos reales perdidos, como a sus primeros objetos amados, sus padres (sus objetos buenos) a quienes también sintió en peligro con la pérdida real actual, reconstruyendo así su mundo interno, venciendo su pena, ganando seguridad y logrando con éxito el trabajo de duelo. En este punto se diferencia de Freud, ya que la elaboración implicaría además de la reintroyección de los objetos perdidos, la reinstalación de sus objetos buenos internalizados.

La autora señala que a través de ese proceso el duelo se vuelve creativo y productivo, al transformar el dolor y la dependencia frente al objeto perdido, en incentivos para lograr la reparación (Klein, 1940).

Tizón (2009) por su parte, expone que el duelo en nuestra cultura suele definirse como el “conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el *sujeto en duelo*, el *deudo*, estaba psicosocialmente vinculado” (p. 19); se

reconoce, por lo tanto, una dimensión psicológica y otra social, y agrega que “se considera modelo para la comprensión de los duelos y los procesos de duelo los fenómenos conductuales y mentales que acompañan y siguen a la pérdida de una persona amada” (p. 19). El autor afirma que Freud, al considerar la importancia que tienen los procesos de duelo en el desarrollo psicológico del individuo, reanimó la atención médico-científica hacia el duelo. Cuando el trabajo de duelo no recompone el mundo interno del individuo “Las capacidades para relacionarnos con el mundo externo y nosotros mismos, nuestras capacidades emocionales, cognitivas, defensivas, de relación humana, etc. –todo lo que designamos con el término yo- resultan dañadas de forma más o menos profunda y duradera” (pp. 23-24).

El autor señala que, ante la pérdida afectiva se ponen en marcha un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y representaciones mentales, por un lado, y por el otro, (en particular ante la pérdida de una persona) manifestaciones externas, culturales, sociales y antropológicas, que conforman el luto. Mientras los procesos que guían el primero se mantienen estables a lo largo del tiempo, las manifestaciones externas van sufriendo cambios de acuerdo al contexto socio-histórico y cultural (Tizón, 2009).

Se considera importante examinar ese último punto para pensar los factores que intervienen en las formas en las que se manifiesta el duelo y el luto en la actualidad.

### **Transiciones de las manifestaciones sociales del duelo**

El duelo junto al luto, son fenómenos que se dan en respuesta a la muerte, la misma, más allá de su naturaleza biológica, es un concepto construido social y culturalmente (Bacci, 2003, p. 1). Al ser procesos creados socialmente, a lo largo de la historia han atravesado cambios, dependiendo de los contextos socio-históricos y culturales.

Aries (1983) identificó y describió la evolución histórica de la muerte, sus rituales y la actitud de la sociedad occidental ante la misma. Su trabajo toma como punto de partida la Edad Media, donde la muerte formaba parte de una ceremonia respetada por todos, y el moribundo tenía un papel activo. Era posible situarla en un espacio, el hogar, lugar que se convertía en escenario social. Esta muerte pública y domesticada tenía como característica, la aceptación colectiva del destino inmodificable de la vida. A esta etapa Aries la llamo “la muerte domada” y tiene como lema la sentencia “todos vamos a morir”. Esa actitud colectiva, en el siglo XII comenzó a tomar más individualidad, al hombre adquirir mayor conciencia de sí mismo, “la relación tradicional entre uno mismo y los otros se invierte por primera vez: el sentido de su identidad prevaleció sobre la sumisión al destino colectivo” (p.502). A esta etapa se la conoce como “la muerte propia”, aquí los ritos se cargaron de formalismos y el cadáver comienza a ocultarse. A este período le sigue “la muerte lejana y próxima” donde “la muerte pasa a ser capturada por el sentido religioso institucional que configura los rituales y ceremoniales a seguir en la hora final terrenal. Se produce una nueva subjetividad con

respecto a la muerte antes familiar ahora inconciliable por la corrupción que la descomposición provoca en el cuerpo.” (Bacci, 2003, p.2). Posteriormente, a partir del s. XVIII con el romanticismo la muerte cobro un nuevo sentido, exaltada y dramatizada, el peso paso del destino propio a “la muerte del ajena”. La comunidad y el individualismo que caracterizaba las anteriores etapas se retiraron para abrirle paso a la familia, así, la muerte de algunos seres queridos no era soportada y desencadenaba crisis dramáticas.

Ha pasado mucho tiempo desde aquel entonces, donde la ritualización de la muerte cobraba un importante sentido en la sociedad; a la actualidad, donde se dio un drástico giro y estamos presenciando la muerte de la propia muerte, momento denominado por Aries como “la muerte invertida” donde hay una negación y rechazo ante la muerte y sus ritos.

En el siglo XX la muerte se tornó inconveniente y nauseabunda “Una imagen nueva de la muerte está formándose: la muerte fea y oculta, y ocultada por fea y sucia” (Aries, 1983, p. 473). Esta nueva imagen motivó su exclusión del campo público y la disminución de sus ritos. Los enfermos y moribundos comenzaron a trasladarse de sus hogares hacia el hospital, dándole la bienvenida a la hospitalización de la muerte.

El retiro de la muerte del ámbito público primero, y el rechazo y supresión del duelo después, fueron los grandes acontecimientos en la historia contemporánea de la muerte. Aries (1983) asegura que el segundo “no se debe a la frivolidad de los supervivientes, sino a una coacción despiadada de la sociedad; ésta se niega a participar en la emoción del enlutado: una manera de rechazar, de hecho, la presencia de la muerte” (p. 481).

Varios fenómenos se podrían vincular con la causa de dicha problemática, entre ellos la secularización, Cazenave (2010) identifica como principales a los procesos de industrialización y capitalismo, que acarrearón

La nueva ética utilitarista que ejerció su influencia especialmente en la política norteamericana, ética que promueve un empuje a la felicidad entendida en un sentido homeostático de aumentar el placer y disminuir el dolor. El deber moral y la obligación social de evitar todo motivo de tristeza y malestar empuja a que esté mal visto mostrarse triste, por lo que se exige la apariencia de sentirse siempre feliz. (p. 3)

Tizón (2006) afirma que entre las consecuencias que acarrea esta intolerancia al dolor producido por las pérdidas, se encuentran la cronificación de “supuestos” trastornos psicológicos, por un lado, y de los usos de psicofármacos, por el otro; “En parte, porque no se les deja la oportunidad de estar tristes, de sufrir la turbulencia afectiva de todo duelo importante y de recrear y re-crearse, re-vitalizarse a partir de ellos” (sección prohibido sufrir, párr. 1). Esos tratamientos farmacológicos, según el autor, no harían otra cosa más que cronificar el sufrimiento y su uso excesivo, a pesar de la falta de eficacia comprobada, revelan el desconocimiento por parte de los profesionales, que no estarían lo suficientemente preparados para intervenir frente a los casos de duelo debido a una falta de conocimiento

Sin que se sepa o se paren mientes en cuáles son las tareas propias de cada momento de los procesos de duelo y ante las pérdidas: cómo debemos ayudar en cada caso y momento; cuándo debemos acompañar y sólo acompañar —en la mayoría de los casos—; cuándo,

alternativamente, los profesionales deben asesorar, facilitar cambios, y cuándo intervenir, es decir, introducir acciones técnicas especializadas. (Tizón, 2006, sección sufrimiento crónico, párr. 1)

En otra oportunidad, Tizón (2009) sostiene que a pesar de que el duelo se expulsa del mundo público refugiándose en lo privado, el dolor sigue existiendo, por lo que se recurre a técnicas de profesionalización del duelo, porque “Alguien tiene que hacerse cargo del dolor y del sufrimiento cuando el individuo y los allegados no lo hacen” (p.28).

### **Farmaceutización y medicalización**

En el presente apartado se presentarán los conceptos de “medicalización” y “farmaceutización”, entendiendo que el segundo, si bien está dentro de la órbita del primero, requiere de un tratamiento especial debido a su especificidad.

El concepto de medicalización según Orueta et al. (2011) hace referencia al proceso mediante el cual la medicina moderna se ha expandido en los últimos años, abarcando procesos que antes no formaban parte de su órbita de acción y la definen como “el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales” (p. 150).

Michael Foucault (1977) analiza la historia de la medicalización vinculando su origen con la gubernamentalidad estatal. Afirma que a partir del s. XVIII la existencia, la conducta y el cuerpo humano se incorporaron a una “red de medicalización cada vez más densa y amplia” (p. 4), con la consiguiente ampliación de las instituciones de salud. Asegura que la “La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social” (p. 5). Una de las metas de esa medicina social fue operar sobre la fuerza laboral, controlando la salud y los cuerpos de los pobres, para que sean más competentes para el trabajo, y no constituyan un peligro para la clase alta.

Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.” (Foucault, 1977, p. 5)

Stolkiner (2013) sostiene que en la actualidad el motor de la medicalización ya no es la forma ligada a la gubernamentalidad, sino la que está vinculada con la incorporación de la vida y la salud al proceso mercantil. La autora afirma que “Dos grandes fuerzas corporativas globales son actores mundiales de este proceso: las aseguradoras que forman parte de la acumulación financiera de capitales sociales y las industrias de aparatología y farmacología médica” (p. 4). Este modo actual de medicalización incorpora al anterior. Según la autora, de

esa combinación nace el proceso de biomedicalización. Ese proceso, a diferencia de la medicalización, no se centra en la enfermedad, sino que apunta su accionar en la salud misma (Bianchi, 2018) y supone un estado de alerta y vigilancia hacia potenciales riesgos (y no solo de los procesos mórbidos), por parte de los individuos, sin requerir necesariamente una intervención médica (Iriart e Iglesias, 2012).

Esta nueva forma de medicalización ligada a la mercantilización, concibe a la salud como un bien a proteger y potenciar, y el mercado ofrece productos para cubrir dichos fines. La industria farmacéutica requiere que el consumo aumente y “La expansión de este mercado se acompaña de un discurso neo-biologista que se construye ideologizando los notables avances de la biología, la farmacología y la genética” (Stolkiner, 2013, p. 5).

Según Bianchi (2018), de los estudios de la medicalización emergieron dos corrientes teóricas, la farmacologización y la sociología del diagnóstico, que reclaman un estatuto distinto en virtud de las transformaciones que surgieron en los últimos 10 años. En esa línea, Abraham (2010) afirma que el aumento del consumo de fármacos, no pueden ser explicados con la teoría de la medicalización, ya que no siempre implica la transformación de un fenómeno no médico a uno médico; además, para algunas afecciones existen otras terapéuticas, y la prescripción de fármacos no se explica a través de la medicalización. Afirma como necesario entonces, la necesidad de incorporar el concepto de “farmaceutización”, para explicar y comprender esos fenómenos.

El autor afirma que la farmaceutización implica la transformación de las condiciones humanas en asuntos farmacéuticos, de tratamiento o mejora; y la define como el proceso a través del cual las afecciones sociales, comportamentales y/o corporales, se tratan o se considera, por parte de los médicos o los individuos, que necesitan tratamiento farmacológico (Abraham, 2010).

En la actualidad hay una gran expansión de la industria farmacéutica que se da gracias a un doble movimiento de las compañías farmacéuticas que producen, por un lado, el fármaco, y por el otro, el conocimiento científico que valide la utilización del mismo (Bianchi, 2018). Esta expansión es tal, que el consumo del fármaco no se limita al uso terapéutico, sino que está invadiendo la vida cotidiana y se asocia a un estilo de vida. Sobre este uso de medicamentos operan dos procesos, la domesticación del consumo de fármacos y la farmacologización de la vida cotidiana (Bianchi, 2018).

Bianchi (2018) analiza algunos desarrollos conceptuales, entre ellos las nociones de *persona farmacológica* que se define como “alguien cuya personalidad está mediada, y de alguna manera se completa, a través de los fármacos que ingiere” (p.227); y *yo farmacológico* e *ideario farmacológico*, trabajados por Jenkins “En línea con los abordajes de corte antropológico que subrayan que los trastornos mentales son modelados por la cultura y la

historia (...) El yo farmacológico y el imaginario farmacológico además, permean la subjetividad como una plataforma fundamental de la cultura y existencia cotidianas” (p.227).

A partir del análisis de esos desarrollos Bianchi (2018) destaca “la importancia de un abordaje desustancializador, que permita pensar los procesos de farmacologización más allá de los contornos materiales que lo asocian más inmediatamente a una pastilla o una cápsula” (p. 230). Ese más allá refiere a la penetración de los procesos de farmacologización en las subjetividades, incidiendo directamente en la creación de las mismas, de acuerdo a la autora, el consumo de fármacos opera como estructurante del Yo; este reconocimiento invita a pensar acerca de las implicancias del consumo de fármacos y muestra la importancia de evaluar la relación de riesgo-beneficio al momento de optar por un tratamiento farmacológico por sobre otras alternativas disponibles.

### **Problema de Investigación**

El presente proyecto de investigación propone indagar la respuesta por parte del médico de medicina general y el médico psiquiatra, frente a una consulta de un sujeto en duelo. Se plantea dar respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo es la respuesta terapéutica de los médicos de medicina general y psiquiatras cuándo reciben a un usuario que está atravesando un duelo y su sintomatología se vincula a la pérdida?
- ¿Qué concepciones tienen acerca del duelo? ¿Qué nociones tienen acerca del dolor y el sufrimiento psíquico?

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

- Analizar las particularidades, el tipo de atención e intervención de los médicos de medicina general y psiquiatras frente a una consulta de un sujeto en duelo.

#### **Objetivos específicos**

- Describir el abordaje terapéutico en esas situaciones.
- Delimitar las concepciones y significaciones que tienen los profesionales acerca del duelo y del dolor psíquico.
- Explorar en que se basan los profesionales para realizar la valoración y posterior prescripción terapéutica o posibles derivaciones.

### **Diseño Metodológico**

#### **Metodología**

La investigación se llevará a cabo mediante una metodología cualitativa, entendiendo que es la que más se ajusta de acuerdo a los objetivos planteados, ya que, como señalan Hernández, Fernández y Baptista (2014) el propósito de ese enfoque es “examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” (p. 358); la importancia en examinar el

punto de vista individual radica en que “todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo, entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo tramitado por otros y por la experiencia” (p. 9). Es competencia del investigador, ser capaz de reconocer esa construcción subjetiva y comprenderla dentro del contexto en la que el individuo está inserto.

El estudio tendrá un alcance exploratorio, por un lado, puesto que, de acuerdo a los antecedentes hallados, es una problemática escasamente estudiada, tanto a nivel regional, como nacional y ayudaría a preparar el terreno para futuras investigaciones; y descriptivo, por el otro, al tener como objetivo describir el abordaje de los profesionales frente a la situación de la consulta por duelo.

### **Técnica**

La técnica a emplear para la recolección de datos será la entrevista semiestructurada. La misma se puede definir como una conversación entre dos personas, que es registrada y dirigida por el investigador, con el fin de facilitar la producción del discurso del entrevistado, facilitar que el mismo se mantenga en cierta línea argumentativa, y dentro del tema de interés definido en la investigación (como se cita en Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

Se elaborará previamente una guía de preguntas o asuntos base a explorar, que se manejará con libertad y flexibilidad, se trata de un esquema que anticipe los modos de abordar el tema principal y los secundarios que puedan surgir (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). Se harán un total de 15 entrevistas, el lugar a realizarse será a elección de los participantes y se grabarán con su previo consentimiento.

### **Selección de los sujetos de investigación**

Los sujetos de investigación serán médicos de medicina general y psiquiatras que se desempeñen en los servicios de emergencia de distintos centros de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) de Montevideo. Se opta por ese servicio porque muchas veces son el primer contacto que tienen los usuarios cuando padecen algún malestar y consultan esperando un rápido abordaje; el duelo genera diversos malestares, por lo que, sería usual que los individuos busquen ayuda, presentando el duelo como motivo de consulta desencadenante o interviniente. Se utilizará como criterio de inclusión, que los sujetos tengan al menos dos años de experiencia desempeñándose en dicho servicio. El reclutamiento de los sujetos de investigación será voluntario y siguiendo una estrategia intencional, esta consiste, según Marradi, Archenti y Piovani (2007) en seleccionar a los entrevistados de acuerdo a ciertos criterios que el investigador califica como relevantes, teniendo en cuenta ciertos aspectos (ej. homogeneidad/ heterogeneidad de la población, etc.), y afirma que “a partir de la consideración de uno o varios de estos aspectos combinados, es frecuente segmentar a la población formando subgrupos de los cuales se seleccionará uno o más

entrevistados con el fin de tener un panorama amplio de diferentes experiencias y discursos” (p. 222).

Para el reclutamiento se recurrirá al Sindicato Médico del Uruguay (SMU), que proveerá una lista de contactos, la primera comunicación con los sujetos de investigación será mediante un correo electrónico, donde se les describirá la investigación y se los invitará a participar voluntariamente.

### **Análisis de los datos**

En el enfoque cualitativo, la indagación se realiza de forma holística, considerando el todo sin reducirlo al estudio de las partes. En el análisis de los datos se busca reconstruir la realidad tal como es observada, teniendo en cuenta el contexto en el que se dan los hechos. Es competencia del investigador, recolectar, describir y analizar datos que se expresan no solo a través de lo verbal, sino también mediante el lenguaje no verbal y lo visual (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Para analizar el contenido del discurso se implementará un análisis temático, el mismo consiste, según De Souza Minayo (2009) en “descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado” (p.259). De Souza Minayo (2009) describe las tres etapas en las que se divide este análisis, una primera “pre-análisis” en la que se eligen los documentos a ser analizados y se retoman los objetivos planteados, tomando contacto directo con el material de campo. La segunda etapa “exploración del material”, consta “esencialmente en una operación clasificatoria que apunta a alcanzar el núcleo de comprensión del texto. En la última etapa “tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación”, a partir de operaciones a las que se someten los resultados brutos, el investigador realiza inferencias e interpretaciones, interrelacionándolas tanto, con el marco teórico diseñado previamente, como con nuevas dimensiones teóricas que puedan surgir.

### **Resultados esperados**

Con la investigación se pretende aportar conocimiento acerca de las particularidades que adoptan las intervenciones de los profesionales ante pacientes en duelo y que, el mismo proporcione insumos para la problematización del proceso de atención del duelo en los centros de salud. También espera contribuir como recurso para investigaciones futuras.

### **Consideraciones Éticas**

El presente proyecto de investigación involucra seres humanos y por lo tanto se realizará considerando las exigencias éticas y científicas fundamentadas en el marco de los derechos humanos, como lo dispone el decreto n° 158/019. Para ello se tendrá en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia, y se les solicitará a los sujetos de investigación el consentimiento libre e informado, donde se les explicará los objetivos de la investigación y los temas a tratar en las entrevistas. También se les informará sobre el derecho que tienen a

retirarse de la investigación, y acerca de la finalidad y el tratamiento de los datos obtenidos, así como su derecho al acceso, ratificación o supresión de los mismos. La investigadora responsable tomará medidas de protección para resguardar la seguridad y confidencialidad de los datos, haciendo un uso responsable de ellos, cumplimiento con lo que establece la Ley Nº 18.331.

### Cronograma

TAREAS	MESES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Ajustes en el diseño de proyecto	■												
Revisión bibliográfica y de antecedentes	■	■											
Reclutamiento y selección de los sujetos			■	■									
Realización de entrevistas					■	■	■						
Análisis de datos							■	■	■	■			
Elaboración de informe final											■	■	
Difusión de los resultados													■

### Referencias

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622. doi: 10.1177/0038038510369368
- Aries, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. (Trad. M. Armiño.) Madrid: Taurus Ediciones.
- Bacci, P. (2003). La muerte y el duelo en la hipermodernidad. *Querencia*, 2010, Nº 13. Recuperado de: [https://querencia.psico.edu.uy/revista\\_nro13/pilar\\_bacci.htm](https://querencia.psico.edu.uy/revista_nro13/pilar_bacci.htm)
- Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 214-257. Recuperado de: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262018000200147&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262018000200147&lng=es&nrm=iso)
- Bowlby, J. (1979). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. (Trad. A. Guera, 5.ª ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 30(03), 163-176. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012)
- Carecedo, M., Tovar, M., y Rozadilla, A. (2013). Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos?. *Atención Primaria*, 45(10), 536-540. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.008>
- Carrera, J. (2013). *Abordaje del duelo en profesionales de equipos de Salud Mental de los Centros de Salud Familiar de la Comuna de Maipu. Un estudio exploratorio*. (Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile). Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130082>
- Cazenave, L. (2010). El duelo en la época del empuje a la felicidad. *Virtualia*, Nº 21. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/359/actualidad-del-lazo/el-duelo-en-la-epoca-del-empuje-a-la-felicidad>

- De Souza Minayo, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Downar, J., Barua, R., y Sinuff, T. (2014). The desirability of an Intensive Care Unit (ICU) Clinician-Led Bereavement Screening and Support Program for Family Members of ICU Decedents (ICU Bereave). *Journal of Critical Care*, 29(2), 311.e9-311.e16. doi: 10.1016/j.jcrc.2013.11.024
- Durà-Vilà, G., Littlewood, R. y Leavey, G. (2013). Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help-seeking. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 165-175. doi: [10.1177/0020764011430037](https://doi.org/10.1177/0020764011430037)
- Fernández, M., Pérez, M. N., Catena, A., Pérez, M. y Cruz, F. (2016). Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* 7(1), 15-24. doi: 10.1016/j.rips.2015.10.002
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educacion médica y salud*, 11(1), 3-25. Recuperado de: [https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:JdDpaCHN774J:scholar.google.com/+historia+de+la+medicalizacion+foucault&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:JdDpaCHN774J:scholar.google.com/+historia+de+la+medicalizacion+foucault&hl=es&as_sdt=0,5)
- Freud, S. (1992). Duelo y melancolía (1917 [1975]). En *Obras completas* (Trad. J. L. Etcheverry, 4.ª ed., pp. 235–257). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gamo, E., del Álamo, C., Hernangómez, A., y Garcia A. (2003). Problemática clínica del duelo en la asistencia en salud mental. *Medwave*, 3(8), s.p. Recuperado de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/enfermeria/Sept2003/2772>
- Gartner, A., Domino, M., y Dow, W. (2017). Risk factors for late-life depression and correlates of antidepressant use in Costa Rica: Results from a nationally-representative longitudinal survey of older adults. *Journal of Affective Disorders* 208, 338-344. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.063
- Ghesquiere, A., Park, M., Bogner, H., Greenberg, R., & Bruce, M. (2014). The Effect Of Recent Bereavement on Outcomes in a Primary Care Depression Intervention Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1555-1564. doi: 10.1016/j.jagp.2013.12.005
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Iriart, C., y Iglesias, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 1011-1023. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180125203020.pdf>
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/klein/index2.htm>
- López, J. (2018). Sobrediagnóstico en ciencias de la salud: una revisión narrativa del alcance en Salud Mental. *Atención Primaria*, 50(2), 65-69. doi: 10.1016/j.aprim.2018.08.001
- Marradi, A., Archenti, N., y Piovani, J. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- Observatorio Uruguayo de Drogas., y Junta Nacional de Drogas. (2016). *VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016 Informe de investigación*. Recuperado de: [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609\\_VI\\_encuesta\\_hogares\\_OUD\\_ultima\\_rev.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf)
- Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E., Alejandre, G., Carmona, J.,... Butrón, T. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000200011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011)
- Parker, G., Paterson, A., y Hadzi-Pavlovic, D. (2015). Emotional response patterns of depression, grief, sadness and stress to differing life events: a quantitative analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 229-232. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.015
- Parkes, C. M. (1964). Effects of Bereavement on Physical and Mental Health—a Study of the Medical Records of Widows. *Br Med J*, 2(5404), 274-279. doi: [10.1136/bmj.2.5404.274](https://doi.org/10.1136/bmj.2.5404.274)

- Pizarro, F., y De La Fabián, R. (2019). Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Salud Colectiva*, 15(e2319), 1-14. doi: 10.18294/sc.2019.2319
- Rodríguez, S., Sánchez, M., Prigerson, H., Mesa, S., Rodríguez, M., Hortigüela, V., Marco, C., Barrientos, R., Quintana, M., y Leóz, G. (2012). Incidencia del trastorno por duelo prolongado en los allegados de pacientes fallecidos durante o tras ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 59(10), 535-541. doi: 10.1016/j.redar.2012.06.006
- Shear, K., Reynolds, C., Simon, N. Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C. Duan, N., Lebowitz, B., y Skritskaya, N. (2016). Optimizing Treatment of Complicated Grief A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 685-694. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0892
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Recuperado de: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner\\_2013\\_medicalizacin\\_de\\_la\\_vida\\_sufrimiento\\_subjetiv\\_2014.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf)
- Talam, A., Rigat, A., y Carbonell, X. (2011). Los malestares psicológicos en la sociedad del bienestar. *Aloma*, (29), 325-340. Recuperado de: <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/118>
- Tizon, J. (2006). De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. *Humanidades médicas*. Recuperado de: [http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Projectes/III\\_Jda\\_Salut\\_Mental\\_2012/Docs/Duelo\\_Tragedia\\_JTizon.pdf](http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Projectes/III_Jda_Salut_Mental_2012/Docs/Duelo_Tragedia_JTizon.pdf)
- Tizon, J. (2009). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. (3.<sup>a</sup> ed.). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Uruguay. (2008, agosto 18). Ley n° 18.331: Ley de protección de datos personales. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Uruguay. (2019, junio 12). Decreto n° 158/019: Aprobación del proyecto elaborado por la comisión de ética en investigación vinculada a la dirección general de la salud, referida a la investigación en seres humanos. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/158-2019>
- Wisten, A., y Zingmark, K. (2007). Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death--a qualitative study. *Resuscitation*, 74(1), 68-74. doi: 10.1016/j.resuscitation.2006.11.014

## **Anexos**

### **Hoja de Información**

La presente investigación denominada “La atención del duelo en los servicios de emergencia de ASSE en Montevideo” a cargo de Kateryn Silvera y con la tutoría de Mag. M<sup>a</sup> Pilar Bacci, se realiza en el marco del Trabajo final de Grado de la Facultad de Psicología- Universidad de la República. Tiene como objetivo analizar las particularidades, el tipo de atención e intervención de los médicos de medicina general y psiquiatras frente a una consulta de un sujeto en duelo.

El trabajo pretende funcionar como insumo en el estudio del proceso de atención del duelo en los centros de salud.

Su participación en la investigación será mediante una entrevista individual a realizarse en el lugar de su preferencia, con previa coordinación, y tendrá una duración aproximada de una hora. Se centrará en el relato de su experiencia en su práctica profesional frente a las situaciones de duelo y en las concepciones personales que tenga sobre este fenómeno. Interesa especialmente poder profundizar en su punto de vista, interpretaciones y significados. La misma será grabada y posteriormente desgravada para su análisis.

Se tomarán los recaudos para mantener los archivos almacenados de forma segura y confidencial. Solo tendrá acceso a los mismos la investigadora a cargo quien será responsable de la base de datos y el tratamiento de la información. Su identidad, como la de todos los participantes, será resguardada en todas las etapas de la investigación y en ningún momento se vinculará su nombre con los datos que proporcione en la entrevista. Se le recuerda que usted como titular de los datos tiene derecho al acceso, la ratificación o la supresión de los mismos.

Se considera que la entrevista puede ser beneficiosa para usted dado que puede aprovechar el espacio para reflexionar acerca de su práctica profesional. Se advierte que la misma puede generar que usted vea cuestionada su práctica profesional, cabe aclarar que no es el objetivo de este estudio la evaluación de su actuación profesional, sino, conocer a través de su valiosa experiencia como se tratan esas situaciones en los centros de salud. De todas formas, se le recuerda que no está obligado a responder si así no lo desea, debido a que las respuestas y su participación son de carácter facultativo.

Su participación en la investigación es completamente libre y voluntaria, y posee el derecho a rehusarse y retirar su consentimiento en cualquier fase de la investigación sin tener que dar explicaciones, sin que ello configure un perjuicio, genere daños o represalias.

Kateryn Silvera, cel.: \_\_\_\_\_ correo: \_\_\_\_\_

Firmas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Formulario de consentimiento:**

He sido invitado/a a participar en la investigación “La atención del duelo en los servicios de emergencia de ASSE en Montevideo” a cargo de Kateryn Silvera. La misma tiene como objetivo analizar las particularidades, el tipo de atención e intervención de los médicos de medicina general y psiquiatras frente a una consulta de un sujeto en duelo.

Leí las informaciones mencionadas en la Hoja de Información, ellas me fueron explicadas, pude hacer todas las preguntas que me surgieron y aclarar mis dudas.

Se me informo que, en caso de participar en la investigación, se me realizaría una entrevista que durará aproximadamente una hora, en lugar y hora a acordar; los tópicos de la misma serán en torno a mi experiencia profesional frente a las situaciones de duelo y las concepciones personales que tenga sobre este fenómeno. Sé que la misma será gravada, transcrita y almacenada, que en todo el proceso mi identidad será preservada y la investigadora responsable, tomará medidas de protección para resguardar la seguridad y confidencialidad de los datos, haciendo un uso responsable de los mismos, cumplimiento con lo que establece la Ley N° 18.331. También se me informo acerca de la finalidad y el tratamiento de los datos obtenidos, así como mi derecho al acceso, ratificación o supresión de los mismos.

He sido informado acerca de los riesgos y beneficios, entiendo que no se verá afectada mi labor profesional.

Tengo conocimiento de que no recibiré ningún pago o gratificación por mi participación, y sé que tengo derecho a no participar o dejar de hacerlo en cualquier momento que lo decida sin penalización alguna y sin perjuicio de lo comprometido para la minimización de los daños que esta investigación pueda ocasionarme.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Investigador responsable:

Nombre completo: Kateryn Silvera Silvera

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha: