

Contemplando el crepúsculo del alma: la percepción de los psicólogos sobre el duelo preparatorio

Contemplando o crepúsculo da alma: a percepção de psicólogos acerca do luto preparatório

Gazing at the twilight of the soul: psychologists' perceptions of preparatory grief

 Rodrigo Cesar de Almeida¹

Recibido: 13/03/2025 Aprobado: 26/05/2025 Publicado: 27/06/2025

Resumen:

Objetivo: investigar cuál es la percepción de los psicólogos hospitalarios sobre el duelo preparatorio.

Método: investigación cualitativa realizada en 2022, que utilizó un cuestionario con algunas preguntas abiertas, aplicado a profesionales de psicología que trabajan en hospitales del interior de Minas Gerais, Brasil. Los datos fueron codificados mediante el Análisis de Contenido de Bardin y analizados a través de las teorías del duelo y de la Psicología Analítica de C. G. Jung. **Resultados:** las respuestas de los entrevistados se agruparon en tres categorías temáticas: “*Sintomatología del duelo preparatorio*”; “*Percepción de los psicólogos sobre el duelo preparatorio*”; y “*El manejo del duelo preparatorio*”, en las que los profesionales observan sentimientos contrastantes en sus pacientes, así como su experiencia se muestra ambigua frente a este fenómeno. También señalan la espiritualidad/religiosidad como un recurso eficaz para la construcción de sentido y afrontamiento. **Conclusión:** el duelo preparatorio es un fenómeno destacado en la práctica hospitalaria. La formación específica se muestra importante para la actuación con pacientes en duelo y en terminalidad, y refuerza la necesidad de cuidar la salud mental de los psicólogos que enfrentan esta demanda.

Descriptores: Aflicción; Psicología Médica; Teoría Junguiana.

Resumo:

Objetivo: investigar qual a percepção de psicólogos hospitalares acerca do luto preparatório. **Método:** pesquisa qualitativa realizada em 2022, que utilizou questionário com algumas questões abertas, aplicado a profissionais de psicologia atuantes em hospitais no interior de Minas Gerais. Os dados foram codificados através da Análise de Conteúdo de Bardin e analisados através das teorias do luto e da Psicologia Analítica de C. G. Jung. **Resultados:** as respostas dos entrevistados compôs três categorias temáticas: “*Sintomatologia do luto preparatório*”; “*Percepção de psicólogos acerca do luto preparatório*”; e “*A lida com o luto preparatório*”, nas quais os profissionais visualizam sentimentos contrastantes nos seus pacientes, bem como sua vivência se mostra ambígua frente a esse fenômeno. Também apontam a espiritualidade/religiosidade como um recurso eficaz para a construção de sentido e enfrentamento. **Conclusão:** o luto preparatório é um fenômeno marcante na prática hospitalar. A formação específica se mostra importante para a atuação com pacientes enlutados e em terminalidade e reforça a necessidade do cuidado com a saúde mental dos psicólogos que lidam com essa demanda.

Descritores: Luto; Psicologia Médica; Teoria Junguiana.

Abstract:

Objective: to investigate the perception of hospital psychologists about preparatory grief. **Methods:** qualitative research carried out in 2022, which used a questionnaire with some open-ended questions, applied to psychology professionals working in hospitals in the interior of the state of Minas Gerais, Brazil. The data were coded through Bardin's Content Analysis and analyzed through the theories of grief and Analytical Psychology of C. G. Jung. **Results:** the interviewees' responses composed three thematic categories: “*Symptomatology of preparatory grief*”; “*Psychologists' perception of preparatory grief*”; and “*Dealing with preparatory grief*”, in which professionals visualize contrasting feelings in their patients, as well as their experience being ambiguous in the face of this phenomenon. They also point to spirituality/religiosity as an effective resource for the construction of meaning and coping. **Conclusion:** preparatory grief is a striking phenomenon in hospital practice. Specific training is important for working with grieving and terminally ill patients and reinforces the need for mental health care for psychologists who deal with this demand.

Descriptors: Bereavement; Psychology, Medical; Junguian Theory.

Autor Correspondiente: Rodrigo Cesar de Almeida - dealmeida.rc@gmail.com

INTRODUCCIÓN

A través de la Ley n.º 4.119 de 1962, se reguló la práctica de la Psicología en Brasil, que no enfrentaba cuestionamientos en cuanto a su inserción en los ámbitos escolar y empresarial, pero muchos médicos se oponían a la práctica psicológica en entornos hospitalarios, alegando que clínica significa, en su terminología, cama, y los psicólogos no realizaban consultas en el lecho hospitalario^{1,2}.

A principios de la década de 1950, la *Psicología Hospitalaria* comenzó a ganar espacio en Brasil como una rama de la Psicología de la Salud, cuando profesionales pioneros intentaban comprender las dimensiones psicológicas del proceso de enfermedad durante la hospitalización³.

La Psicología Hospitalaria es el campo en el que los conocimientos sobre aspectos psicológicos se orientan al contexto de la enfermedad y la hospitalización, por el cual la subjetividad del sujeto se ve atravesada por una patología y surgen, como consecuencia, reverberaciones emocionales importantes⁴.

Esta práctica se centra en las consecuencias emocionales en el proceso salud-enfermedad y no en las causas psicológicas en sí, ampliando así la actuación no solo para individuos que fueron internados debido a una enfermedad psíquica, sino también biofisiológica⁵.

La práctica psicológica en entornos hospitalarios era y continúa siendo considerada como una manera de que el paciente pueda expresar sus emociones y sentimientos al intentar adaptarse a las limitaciones que la enfermedad y la hospitalización pueden traer, tanto durante el proceso de internación como después, reconociendo los contextos sociales, culturales y familiares del individuo³.

Dado que la enfermedad en todas las fases de la vida requiere un proceso de adaptación a la nueva realidad, lo que genera manifestaciones emocionales, la actuación del profesional de psicología es imprescindible, ya que es este quien actúa directamente en las implicaciones psicológicas generadas por el proceso de enfermedad⁶.

La psicología hospitalaria busca comprender la amplitud de manifestaciones emocionales, de los pacientes, familiares y del equipo de salud, que se dirige a intentos de mejorar la calidad de vida de las personas internadas, pudiendo generar conflictos emocionales al enfrentar situaciones de dolor, finitud, pérdidas en vida y la muerte⁶. Un estudio señala que:

El psicólogo ayuda en la vivencia de los conflictos internos, en la elaboración de pérdidas, en la fragilidad del ser y en el estrés constante, trabajando en la identificación y el alivio de estos sujetos, favoreciendo una mejor calidad de vida para ellos.^{7:509}

Por calidad de vida, se entiende el campo multidimensional e interrelacionado entre la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las condiciones de vida y las relaciones sociales del individuo. Y como todo proceso de enfermedad tiene el potencial de convertirse en una hospitalización, las pérdidas están presentes y son constantes: de la autonomía y libertad, individualidad, personalidad, de la movilidad y funcionalidad, la posibilidad de la pérdida de la propia vida, generando un proceso de duelo en el paciente⁸.

La subjetividad del individuo en el proceso de hospitalización también queda fragilizada, ya que se pierde la posibilidad de realizar prácticas cotidianas que refuerzan para el sujeto quién es realmente, complementando y complejizando así el proceso de duelo que se presenta durante esta internación⁶.

El duelo, considerado un proceso complejo, involucra aspectos psicológicos y culturales que afectan no solo al individuo en duelo, sino también a una microsociedad y, posiblemente, a una macrosociedad. Es un movimiento entendido como único, subjetivo e individual en la forma en que el individuo rompe un vínculo con algo o alguien y atraviesa un proceso de elaboración de esta pérdida⁹.

Las personas enfermas pueden manifestar emociones deprimidas no solo por el proceso de hospitalización, sino también por la autonomía perdida, los perjuicios ocasionados por la enfermedad, la imposibilidad de un futuro con sus seres queridos, la frustración de no vivir sus sueños, y la pérdida de control y de la noción de invulnerabilidad¹⁰, incluso si esta internación es breve.

Cuando el individuo se enfrenta a un diagnóstico que amenaza la vida, el fenómeno del duelo pasa a estar presente, de modo que, en algún momento, este tendrá que enfrentar su terminalidad, caracterizando así el duelo preparatorio, que no es más que las manifestaciones cognitivas, conductuales y emocionales del proceso de duelo en el individuo enfermo desde el momento en que el diagnóstico se hace presente para el paciente¹¹.

Un proceso de duelo comienza antes de la pérdida concreta, y se denomina duelo anticipatorio, pero este está destinado a las personas que experimentan el proceso de muerte y pérdida de algo o alguien por quien sienten apego; por lo tanto, el duelo preparatorio es el proceso que el paciente en etapa terminal debe someterse para prepararse para su separación de este mundo, lo que es singular y específico para aquel individuo que está muriendo¹².

Dado que el fenómeno del duelo está presente diariamente en la realidad del profesional de Psicología Hospitalaria, este estudio tiene como objetivo investigar cuál es la percepción de los psicólogos hospitalarios sobre el duelo preparatorio.

MÉTODO

El presente estudio consiste en una investigación de diseño descriptivo, transversal y cualitativo. Participaron psicólogos que trabajan en instituciones hospitalarias en una ciudad del interior de Minas Gerais. La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de abril y agosto de 2022. Se incluyeron profesionales graduados en psicología que trabajaran en el área de asistencia hospitalaria durante al menos seis meses.

Para este estudio, se elaboró un instrumento estructurado que contenía ocho preguntas de caracterización sociodemográfica, cinco preguntas abiertas sobre el manejo del duelo preparatorio y otras dos preguntas abiertas sobre el proceso de actuación profesional. El instrumento fue aplicado a través de un formulario generado por la plataforma Google Forms®, en el que los participantes pudieron acceder con mayor confiabilidad, resguardando las cuestiones éticas que involucran el secreto de la investigación.

A los profesionales de psicología se les plantearon las siguientes preguntas, sobre el duelo preparatorio, a lo largo del formulario: A) Datos sobre la formación y actuación (tiempo de graduación, titulación, formación específica para la actuación con personas en duelo, tiempo de actuación en el área hospitalaria y lugar específico de actuación – ocho preguntas); y, B) preguntas sobre el duelo: 1) *“¿Percibes el proceso de duelo preparatorio en pacientes hospitalizados?”*; 2) *“¿Qué manifestaciones/sintomatologías emocionales percibes en el duelo preparatorio?”*; 3) *“¿Cómo percibes el duelo preparatorio en pacientes hospitalizados?”*; 4) *“¿Con qué frecuencia enfrentas este fenómeno?”*; 5) *“¿Cómo te sientes manejando la demanda del proceso de duelo preparatorio?”*.

En cuanto al proceso de formación, se preguntó a los profesionales: 1) *“¿Qué bases teóricas sustentan tu actuación con el duelo?”*; 2) *“En general, ¿cómo te sientes manejando la demanda del duelo?”*.

Los datos generados fueron organizados e interpretados mediante el método de Análisis de Contenido de tipo temático, de Bardin¹³, que consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para la propuesta del estudio. Con este análisis, se pudieron elaborar núcleos de sentido que componen una comunicación.

Se siguieron las fases de preanálisis; exploración del material; tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos. En la fase de preanálisis, se realizó la lectura de las respuestas contenidas en el formulario para la comprensión de dichos aspectos. Posteriormente, se llevó a cabo la exploración del material a la luz de las teorías del duelo^{12,14} y de la Psicología Analítica formulada por Carl G. Jung¹⁵⁻¹⁷.

El proyecto relacionado con este estudio fue presentado al Comité de Ética en Investigación, siendo aprobado a través del CAAE 63449722.8.0000.5145. Los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) y recibieron la letra P seguida de un número para proteger la identidad de los participantes.

RESULTADOS

Participaron 10 psicólogos, con predominancia femenina. La media de edad fue de 34 años; en cuanto a la autodeclaración racial, una persona se identificó como negra y las demás como blancas.

De los encuestados, ocho realizaron un posgrado lato sensu, mientras que uno cursó un máster y otro un doctorado. En cuanto a la formación específica para la actuación orientada al duelo, un participante reportó formación avanzada en Cuidados Paliativos y Tanatología, otro con formación en Cuidados Paliativos y otro refirió formación en duelo. Los otros siete encuestados no poseían formación específica orientada a la actuación con el duelo.

En cuanto a la actuación profesional, un entrevistado reportó trabajar desde hace más de 10 años, cuatro de ellos entre 5 y 10 años en el área hospitalaria, dos con actuación entre 2 y 5 años y otros tres entre 6 meses y 2 años. Los lugares de actuación en el hospital mencionados fueron: Hemodiálisis, UCI, UCI Adultos, UCI Neonatal, Salas, Ambulatorios, Urgencias y Unidad de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.

A partir de las preguntas realizadas y, para comprender mejor el fenómeno subjetivo que se expresaba, se crearon tres categorías: "*Sintomatología del duelo preparatorio*"; "*Percepción de los psicólogos sobre el duelo preparatorio*" y "*El manejo del duelo preparatorio*".

DISCUSIÓN

Sintomatología del duelo preparatorio

Todos los participantes refirieron observar en la práctica la presencia de sentimientos como: aceptación, fe y esperanza, que se contraponen a la también presencia de angustia, apatía, miedo, pesar, ira y tristeza.

En 1999, se creó el esquema denominado Modelo del Proceso Dual¹⁴, que considera la experiencia del duelo organizada a través de dos polos: de la *pérdida* y de la *restauración*. La persona que soporta el proceso del duelo necesita contar con la oscilación entre estos dos polos para experimentar una experiencia considerada saludable, siendo así, el duelo se muestra como algo dinámico, complejo y subjetivo.

Los polos son modos por los cuales los individuos enfrentan el estrés generado por la experiencia del duelo, teniendo en cuenta que el polo de la *pérdida* toma el control de la percepción del sujeto y poco se puede trabajar, y con la experimentación de la vida, se presenta la oscilación hacia la *restauración*, que es saber identificar los estresores y actuar sobre ellos¹⁸.

Haciendo una relectura de esta teoría, se puede asociar el contenido aportado por los entrevistados, pues en un diagnóstico difícil, los psicólogos perciben manifestaciones del polo de la *pérdida* como fluctuaciones de humor, rumiación de sentimientos como angustia, miedo, ira y pesar. Cuando el individuo se ve en la necesidad de adaptarse a esta nueva realidad, pueden aparecer la tristeza y hasta síntomas de ansiedad, esto porque se identifican los factores estresores como la pérdida de autonomía, la falta de capacidad para cumplir con sus responsabilidades trazadas anteriormente (sea cocinar, ir al banco, proveer a la familia, entre otros)¹⁸.

El proceso de *restauración* en el duelo también exige la transformación de la propia identidad, de alguien saludable a un individuo en proceso de enfermedad, hospitalizado y dependiente, haciendo surgir sentimientos como miedo y cierta ansiedad por no poder manejar toda esta realidad por sí solo. Cuando existe la identificación y el trabajo emocional de estos estresores, la oscilación entre los polos ocurre, permitiendo que el individuo manifieste cierta aceptación de la realidad de la pérdida, desarrollando sentimientos de esperanza, fortaleciendo la fe y creando mecanismos para lidiar con la experiencia.

En las manifestaciones del proceso de aceptación de la condición clínica del paciente hospitalizado, se señalaron observaciones: arrepentimientos, necesidad de despedida, preparación de los familiares para el momento final, así como la resolución de asuntos pendientes y reflexiones existenciales. Esto coincide con una investigación en oncología¹⁹ que mencionó que el individuo que se encuentra en estadios avanzados de la enfermedad, en el intento de ajustarse a la realidad, manifiesta comportamientos de preparación para esa experiencia, siendo este un movimiento resultante del proceso de duelo preparatorio.

La esperanza, también señalada como un aspecto de la experiencia percibida por los psicólogos, tiene un papel importante durante el proceso de enfermedad. Este sentimiento aporta cierto confort en la posibilidad de que exista algo que pueda salvarlos y, aunque no haya tal salvación, la presencia de este sentimiento en el paciente, en los familiares y en el equipo de salud establece confianza, además de la "*sensación de que todo debe tener algún sentido, que puede compensar, si resisten un poco más*"^{12:144}.

El sentimiento de esperanza está presente en el equipo de salud frente a un ser humano en un proceso de enfermedad severa y sin posibilidad de cura. La actitud del profesional es

comprender que tal individuo merece aún más cuidados, considerando que *“abandonar a un paciente puede hacer que se rinda”*^{12:145}. Y esta actitud no significa darles falsas creencias de que el proceso de muerte no está ocurriendo o que las mentiras sean el camino para mantener viva la esperanza, sino establecer un diálogo serio y abierto sobre el proceso de muerte y morir como algo intrínseco a la vida, consecuentemente, teniendo la esperanza y el sentido de vida como algo valioso¹².

Además, los entrevistados reportan la existencia de sintomatologías que se asemejan a psicopatologías como ansiedad (expectativa exacerbada sobre determinada noticia o acontecimiento) y depresión (llanto constante, humor deprimido, oscilación de humor, desánimo, desesperanza e aislamiento social). Es necesario que, durante el proceso de muerte y de manifestación del duelo preparatorio, se identifiquen los síntomas de ansiedad y depresión, pues la *“depresión no es inevitable y no debería considerarse una parte normal del proceso de morir”*^{20:884}.

Los síntomas se presentan como: alteración en la autoimagen y autoestima, desesperanza, deseo activo de morir y pensamientos rumiantes sobre la muerte y el suicidio como indicativos de un proceso con baja calidad de vida y mucho sufrimiento, cuestiones evitables cuando se realiza un trabajo de Cuidados Paliativos orientado a la minimización del malestar y el fortalecimiento de la dignidad del paciente²⁰.

Percepción de los psicólogos sobre el duelo preparatorio

Cuando se les preguntó sobre cómo perciben el proceso de duelo preparatorio en pacientes hospitalizados, los entrevistados aportaron comentarios orientados a manifestaciones de la espiritualidad/religiosidad como uno de los factores fundamentales de comprensión y acción del profesional de psicología:

Humor deprimido frente al diagnóstico. El paciente atraviesa un período de resignificación de la vida (P2).

Es muy singular, observo que las creencias del paciente influyen mucho en la forma en que vivirá el momento (P6).

Cada paciente lo vive de manera distinta dependiendo de la edad, del nivel cultural, de la experiencia religiosa/espiritual (P10).

Generalmente, con reflexiones existenciales, oscilación de humor y de afecto, contenido de culpa, arrepentimientos y deseos. Contenido de fe, religiosidad (P4).

La espiritualidad es un concepto asociado con la búsqueda individual de comprensión sobre cuestiones relacionadas con el sentido de la vida, la relación que el individuo tiene con lo trascendental o sagrado y que puede llevar (o no) al desarrollo de rituales y a la formación de comunidades unidas por el aspecto religioso²⁰. Mientras que la religiosidad se refiere a la

práctica religiosa en sí, con acciones orientadas a la asistencia a un campo religioso y prácticas de rituales que forman parte de una determinada religión²¹.

El ser humano es libre en las posibilidades de elección del camino religioso-espiritual a seguir en la vida, independientemente del lugar de su inserción y de los conceptos humanos ligados a la religión²². Este involucramiento por sí solo se ha presentado como un factor de gran impacto sobre la salud, siendo considerado uno de los campos de prevención de agravios de enfermedades.

Sin embargo, las manifestaciones más presentes en los comentarios de los entrevistados se centran en las indagaciones sobre el sentido de la vida como estrategia de afrontamiento del proceso de enfermedad y terminalidad.

Se cree que la dimensión de la espiritualidad forma parte de la naturaleza humana y está incorporada a la dimensión del Inconsciente Colectivo, que también busca el significado y el sentido de la vida. Esta dimensión es una de las responsables de alcanzar la homeostasis psíquica y el equilibrio emocional en la medida en que se incorpora al modo de vida de cada ser humano^{15,16}.

Momentos de diagnósticos difíciles pueden contar con reflexiones orientadas a las realizaciones personales, a las relaciones interpersonales y hasta si tal experiencia se refiere a un llamado sagrado o trascendente, y dichas experiencias involucran la búsqueda del sentido de la vida, que solo se encuentra a partir de las acciones y decisiones que el individuo toma frente a una situación de riesgo¹⁶.

El profesional de psicología, al visualizar dichas manifestaciones en el paciente, debe adoptar una postura que sea capaz de traducir estas vivencias que, por innumerables motivos, pueden no ser inteligibles para quienes las experimentan:

Tristeza profunda, rebeldía, mayor comprensión de la situación en algunos casos, elaboración de despedidas (P3).

Observo que los pacientes más ancianos presentan una mayor aceptación y serenidad al pasar por este proceso, pues tienen la sensación de que la misión está cumplida, ya hicieron todo lo que necesitaban en la vida. Los pacientes más jóvenes suelen presentar más síntomas ansiosos: deseos de volver a casa, angustia, insomnio, inquietud, crisis de ansiedad... (P10).

Vivencias como estas, que se presentan de manera común en la realidad hospitalaria, son reflejos de las fases del duelo. Para Kübler-Ross¹², hay una pérdida de sentido en el sufrimiento con los avances tecnológicos: “*Hace mucho que desapareció la creencia de que el sufrimiento aquí en la tierra será recompensado en el cielo. El sufrimiento perdió su razón de ser*”^{12:20}.

Esta afirmación viene acompañada de la reflexión de que la humanidad, al perder el sentido del sufrimiento, también falló en la capacidad de producir sentido de vida, cuando se coloca en la negación de la mortalidad y, por consiguiente, de la terminalidad:

Mientras que el rechazo religioso, es decir, la creencia en el significado del sufrimiento aquí en la tierra y la recompensa en el cielo tras la muerte, ha ofrecido esperanza y sentido, el rechazo propalado por la sociedad no ofrece nada de esto, aumentando solo nuestra ansiedad, contribuyendo a acentuar nuestro sentido de destrucción y agresión: matar para huir de la realidad y del enfrentamiento con nuestra propia muerte^{12:20}.

El manejo del duelo preparatorio

En cuanto al manejo de la demanda del duelo preparatorio, los comentarios presentan dualidades, que, mientras se sienten preparados y sus intervenciones son eficaces, hay gratitud y alivio, pero también surge frustración y malestar al lidiar con esta realidad cuando el paciente presenta mayores dificultades en este proceso de afrontamiento:

Cuando dirijo la mirada hacia el paciente es mejor observar, ya que tenemos que contribuir a la calidad de vida del paciente (P1).

Sentimientos de alivio, una vez que consigo elaborar y cuidar del paciente y su familia, colaborando para la autonomía y la preservación de la dignidad (P3).

Creo que es algo desafiante, pues se trata de algo que cada paciente y familiar sentirá. Lidiamos con la subjetividad, la singularidad del sujeto. Así, cada uno tendrá su forma de expresarse, manifestando lo que siente y piensa (P4).

Exige mucha técnica, empatía y respeto por el 'momento' del paciente. En algunos momentos genera malestar emocional (P6).

Me siento algunas veces impotente, pero busco llevar la mayor cantidad de información para intentar ampliar la visión de las posibilidades para el paciente y la familia, acoger, mediar y dar espacio a ese dolor (P5).

Como cualquier enfermedad psíquica dentro del contexto hospitalario, me siento frente a un gran desafío a superar. Por ser una demanda común, con frecuencia intento buscar apoyo teórico para respaldar la práctica (P8).

Depende de la manifestación emocional del paciente. Cuando el paciente vive el duelo de forma más natural, serena, con una mejor organización psíquica, o cuando, incluso manifestando su dolor y sufrimiento, responde bien a las intervenciones propuestas, mi vivencia como profesional es tranquila y gratificante. Sin embargo, cuando el sufrimiento del paciente es tan intenso y/o tiene más dificultades para aceptar las intervenciones propuestas, experimento un sentimiento de impotencia, lo que me deja mal (P10).

El profesional de psicología busca, en su proceso de formación, aportes teóricos que sustenten su mirada frente al mundo y que proporcionen subsidios técnico-científicos para lidiar con todas las situaciones enfrentadas en el día a día de su práctica, así, cada profesional construye su marco teórico para manejar las demandas que puedan surgir. Un estudio que realizó un levantamiento de publicaciones entre los años 2003 y 2021 señala que las abordajes

psicológicos más utilizados en el contexto hospitalario fueron el Psicoanálisis (de Sigmund Freud) y la Terapia Cognitivo-Conductual (de Aaron Beck)²³. En cuanto a las técnicas e instrumentos utilizados, se observa una variedad que incluye protocolos de atención para el duelo, entrevistas estructuradas, inventarios y hasta estrategias lúdicas²³.

La práctica de la psicología está impregnada de particularidades en lo que respecta a las relaciones que se establecen entre el paciente y el profesional, independientemente de la técnica o abordaje elegido, lo que remite al concepto de contratransferencia.

La transferencia, de manera simple, es el mecanismo utilizado por el paciente para proyectar en alguien (en este caso, el profesional de psicología) deseos y pensamientos inconscientes, mientras que la contratransferencia hace el camino inverso, siendo las emociones, pensamientos y deseos inconscientes del terapeuta proyectados en el paciente¹⁷. Tener conciencia de estos conceptos ayuda a comprender la dinámica inconsciente en la relación entre los individuos del proceso y puede influir en el camino de “cura”, es decir, en la adhesión a las propuestas de intervención y los éxitos obtenidos en esa relación²⁴.

La personalidad del profesional, en términos de contacto con el paciente, es uno de los factores más importantes durante la atención psicológica, por considerar que *“resistimos naturalmente contra el hecho de admitir que podamos ser afectados, en lo más íntimo de nosotros mismos, por un paciente ‘cualquiera’”*^{17:59}.

A partir de los preceptos junguianos²⁵, la relación paciente-terapeuta necesita una actitud confiada entre estar con *“un pie dentro de la situación y otro fuera”*^{25:102}, en otras palabras, que el profesional utilice su empatía para conseguir sentirse dentro de la acción vivida por el paciente, pero que la observe con un contexto histórico, teórico, práctico y que se relacione con el desarrollo psíquico del paciente, o aún *“la empatía sola, a pesar de su extrema importancia, puede ser engañosa, pues las experiencias emocionales del analista pueden confundirse fácilmente con las del paciente”*^{25:102}.

Al promover una esfera de cuidado segura y sin prejuicios, el psicólogo puede, junto con el paciente, desarrollar lo que se llama el Encuentro Analítico, que es la idea de una relación terapéutica que busca superar los obstáculos existentes en la exploración del material inconsciente, para que juntos encuentren el camino más seguro para el autoconocimiento²⁵. Sin embargo, cada encuentro produce afectaciones diferentes, y la superación del tecnicismo en pro de una relación segura, afectuosa y sin prejuicios, genera respuestas diferentes y a veces antagónicas en la relación con cada individuo.

Cuando el profesional se enfrenta al tema del duelo, el sentimiento angustiante de la propia muerte tiende a mostrarse más inminente, causando sentimientos como frustración,

pesar, dolor, injusticia, alivio cuando termina el contacto con el duelo, y aún cree que cuando actúa de manera más técnica y con distanciamiento emocional, puede no haber obstáculos para realizar sus actividades²⁶.

Por ello, Jung sugirió el Análisis de Entrenamiento, que reduce el peligro de las proyecciones del terapeuta, para que a través de él el profesional se vuelva más consciente de lo que le sucede, ya sea ampliando su percepción sobre sus propias debilidades o encontrando enfrentamientos importantes sobre sus dificultades²⁵.

Por lo tanto, es necesario que los profesionales de psicología estén actualizados en cuanto a los cuidados de su propia salud mental para entrar en contacto con los contenidos de duelo, finitud y mortalidad del otro, pudiendo ejercer su papel con empatía y técnica, pero sin confundir el dolor del otro con su propio sufrimiento.

CONCLUSIÓN

En el hospital, la rutina de pérdidas, sean subjetivas o materiales, hace que el profesional se enfrente diariamente al duelo. Así, la presente investigación mostró que los profesionales logran identificar en su práctica los procesos de duelo que atraviesan los pacientes hospitalizados. El duelo anticipado, con sus particularidades, también es percibido por los entrevistados, a través de manifestaciones como apatía, llanto constante, desesperanza, estado de ánimo deprimido, miedo, sentimientos de aceptación, fe y esperanza, así como síntomas similares a psicopatologías como ansiedad y depresión.

En situaciones en las que los pacientes se enfrentan a la finitud, los discursos destacan la percepción que los profesionales de la psicología tienen sobre la espiritualidad/religiosidad y el sentido de vida que cada individuo manifiesta ante esta realidad. El estudio señala la importancia de una actitud profesional que facilite y traduzca sentimientos que, aunque desconocidos por los pacientes, no dejan de ser experimentados.

Se defiende que el profesional de psicología cuide de su propia salud mental, ya que el contacto constante con la finitud evoca sentimientos relacionados con la propia mortalidad; al cuidar del otro, la confusión entre el sufrimiento ajeno y el propio puede perjudicar la calidad del cuidado ofrecido.

Aunque los cuidados con la salud mental requieren atención especial, la falta de respaldo teórico puede convertirse en un obstáculo para el cuidado del otro. Por tanto, este estudio destaca la importancia de una formación específica para la atención a personas en duelo, con el fin de preparar al psicólogo para este fenómeno y ofrecerle recursos técnicos y prácticos para las intervenciones necesarias, ya que la pérdida es parte del día a día hospitalario.

Se subraya la urgencia de realizar investigaciones como esta con los propios pacientes en situaciones de hospitalización o incluso ante la terminalidad, ya que así se podrán generar constructos teóricos más sólidos para llevar a cabo una práctica eficaz, digna y respetuosa.

La falta de producción científica sobre el duelo anticipado es evidente y se presentó como una limitación de este estudio, dado que la mayoría de las publicaciones son internacionales y desactualizadas, mientras que la producción nacional es escasa y se limita a estudios teóricos y explicativos, alejados de las prácticas profesionales reales.

Los individuos en proceso de terminalidad ya experimentan diversos sufrimientos, como la pérdida de autonomía, movilidad, identidad y subjetividad. Sin embargo, cuando reciben cuidados fundamentados en el conocimiento científico, con ética, empatía y respeto, pueden vivir ese momento único y final con mayor dignidad.

REFERENCIAS

1. Bicalho PPG, Faria RB. Resoluções do Conselho Federal de Psicologia: fundamentos de regulamentação da profissão no Brasil. *Psicol Ciênc Prof.* [Internet]. 2024 [citado el 18 mar 2025]; 44(N Esp 1):e287298. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003287298>
2. Santos JSL, Sarmiento JEAM. Histórico da psicologia hospitalar no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Rev Psicologia e Saberes* [Internet]. 2023 [citado el 18 mar 2025]; 12(1):e121468. Disponible en: <https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/1468/1175>
3. Teixeira PTF. A psicologia da saúde e hospitalar: reflexões sobre a inserção profissional no hospital: um estudo integrativo. *Braz J Dev.* [Internet]. 2022 [citado el 05 nov 2022]; 8(2):8601-15. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-013>
4. Silva VRV, Souza GML. Aspectos psicológicos do adolescente hospitalizado: uma revisão da literatura. *Revista de Extensão da Universidade de Pernambuco - REUPE* [Internet]. 2021 [citado el 14 oct 2022]; 6(Supl 1):17-8. DOI: <https://doi.org/10.56148/2675-2328reupe.v6n1.1.112.pp17-18>
5. Lara LP, Kurogi LT. O (a)parecer da psicologia hospitalar em equipe multiprofissional. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* [Internet]. 2022 [citado el 18 mar 2025]; 25(1):3-16. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.25.24>
6. Castelo Branco FFT. Prontuário afetivo: uma estratégia da psicologia para o resgate da subjetividade de pacientes hospitalizados. *Studies in Health Sciences* [Internet]. 2024 [citado el 18 mar 2025]; 5(4):e11462. DOI: <https://doi.org/10.54022/shsv5n4-025>
7. Assis FE, Figueiredo SEFM. Atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. *Psicol Argum.* [Internet]. 2020 [citado el 17 oct 2022]; 37(98):501-12. DOI: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.A006>

8. Mestre MBA, Blanchet AC, Linhares AL, Batista JMS. O luto, doenças e equipe de saúde. *Revista Gestão & Saúde* [Internet]. 2021 [citado el 17 oct 2022]; 23(1):119-35. Disponible en: <https://www.herrero.com.br/site/files/revista/file60b798fc3618a016409101e38db53f39.pdf>
9. Giamattey MEP, Frutuoso JT, Bellaguarda MLR, Luna IJ. Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022 [citado el 17 oct 2022]; 26(N Esp):e20210208. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>
10. Kreuz G, Tinoco V. O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo – revisão sistemática. *Rev Kairós* [Internet]. 2016 [citado el 2 oct 2022]; 19(N Esp 22):109-33. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2016v19iespecial22p109-133>
11. Cardoso EAO, Garcia JT, Mota MGM, Lotério LS, Santos MA. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2018 [citado el 02 oct 2022]; 19(2):110-22. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v19n2/v19n2a09.pdf>
12. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 2017.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega (Westport)* [Internet]. 2010 [citado el 05 nov 2022]; 61(4):273-89. DOI: <https://doi.org/10.2190/om.61.4.b>
15. Jung CG. *Memórias, sonhos, reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2021.
16. Jung CG. *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Harper Collins; 2016.
17. Jung CG. *Ab-reação, análise dos sonhos, transferência*. Petrópolis, RS: Vozes; 2013.
18. Hansson RO, Stroebe MS. *Bereavement in late life: coping, adaptation, and developmental influences*. Washington, DC: American Psychological Association; 2007.
19. Kostopoulou S, Parpa E, Tsilika E, Katsaragakis S, Papazoglou I, Zygogianni A, et al. Advanced cancer patients' perceptions of dignity. *J Palliat Care* [Internet]. 2018 [citado el 17 oct 2022]; 33(2):88-94. DOI: <https://doi.org/10.1177/0825859718759882>
20. Periyakoil VS, Hallenbeck J. Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician* [Internet]. 2002 [citado el 25 oct 2022]; 65(5):883-90. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2002/0301/p883.pdf>
21. Aguiar BF, Silva JP. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Psicol, Divers Saúde* [Internet]. 2021 [citado el 23 oct 2022]; 10(1):158-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i1.2964>
22. Miranda RCNA, Pereira ER, Silva RMCRA, Dias FA. Sentido da vida e espiritualidade em idosos institucionalizados. *Rev Soc Dev*. [Internet]. 2020 [citado el 22 oct 2022]; 9(6):e72962799. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.2799>
23. Suárez LAB, Sousa MNA, Abreu TL, Bezerra ALD, Caldas MT. Como lidar com a morte e o luto?

Abordagens psicológicas, teorias, técnicas, instrumentos e/ou intervenções. Concilium (Edição Brasileira): revista internacional de teologia [Internet]. 2022 [citado el 19 oct 2022]; 22(1):131-45. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/358514112_Como_lidar_com_a_morte_e_o_luto_Abordagens_psicologicas_teorias_tecnicas_instrumentos_eou_intervencoes#full-text

24. Reikdal M. Apolo adentra a clínica junguiana: reflexões sobre a contratransferência. Self - Revista do Instituto Junguiano de São Paulo [Internet]. 2019 [citado el 02 nov 2022]; 4(1):1-20. DOI: <https://doi.org/10.21901/2448-3060/self-2019.vol04.0006>

25. Jacoby M. Encontro analítico: transferência e relacionamento humano. Petrópolis, RS: Vozes; 2011.

26. Nascimento RBT. Relações entre o medo da morte e formação acadêmica em Psicologia. Rev Perspect Psicol. [Internet]. 2021 [citado el 02 nov 2022]; 25(1):198-209. Disponible en: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/60309/33153>

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Financiación: no hubo

Contribuciones:

Conceptualización – Almeida RC

Investigación – Almeida RC

Redacción - primera redacción – Almeida RC

Redacción - revisión y edición – Almeida RC

Como citar este artículo (Vancouver)

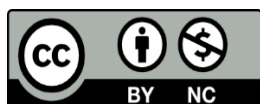
Almeida RC. Contemplando el crepúsculo del alma: la percepción de los psicólogos sobre el duelo preparatorio. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2025 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 13:e025011. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8554>

Como citar este artículo (ABNT)

ALMEIDA, R. C. Contemplando el crepúsculo del alma: la percepción de los psicólogos sobre el duelo preparatorio. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 13, e025011, 2025. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8554>. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Almeida, R. C. (2025). Contemplando el crepúsculo del alma: la percepción de los psicólogos sobre el duelo preparatorio. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 13, e025011. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso de* <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8554>



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons