

Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal

¹Vargas-Daza Emma Rosa, ²Pacheco-Rodríguez Alicia, ³Arellano-Martínez Maricela, ⁴Martínez-González Lidia, ⁵Galicia-Rodríguez Liliana

¹Maestra en Gerontología Social, ²Enfermera Nivel Técnico, ³Ingeniera en Alimentos, ⁴Licenciada en Enfermería, ⁵Licenciada en Sistemas de Cómputo
^{1,2,4,5}Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, ³Centro de Estudios de Desarrollo Humano y Capacitación, Querétaro, Qro. México

Palabras clave

- Enfermería
- Percepción
- Muerte

Resumen

Introducción: La enfermera que se ubica en el área hospitalaria vive constantemente la muerte de pacientes.

Objetivo: Identificar la percepción de la enfermera en torno a la muerte en pacientes terminales.

Metodología: Fenomenológica, se utilizó muestreo teórico. Se realizaron 22 entrevistas a enfermeras que atendieron pacientes en etapa terminal a nivel hospitalario y que aceptaron ser entrevistadas en fecha sitio y hora elegida por ellas.

Previo consentimiento informado se grabaron las entrevistas. Se maneja el supuesto "el personal de enfermería vive el proceso de muerte como un evento más, del trabajo cotidiano". Se realizó análisis de texto con el método de Giorgi.

Hallazgos y análisis: Las enfermeras viven el proceso de muerte con miedo a la pérdida, manifestado con dolor, impotencia y tristeza. El dolor y la tristeza se relacionan con el tiempo de convivencia y lo que le significa el paciente. La impotencia de no poder hacer más por el paciente y finalmente no saber cómo apoyar a la familia. Estos sentimientos son manifestados con problemas de salud, como cansancio, agotamiento, situaciones que a la larga las convierte en pacientes potenciales porque se sienten sin redes de apoyo para resolver la pérdida.

Conclusión: Las enfermeras viven el proceso de muerte de acuerdo a lo que le significa el paciente, a sus creencias sobre la muerte donde se enlazan la historia de vida, los aspectos culturales y religiosos. Se les dificulta brindar atención de calidad dentro del aspecto psicológico.

Abstract

Introduction: Nurses in hospitalization areas live constantly death of patients.

Objective: To identify the nurses perception regarding the process of dying in patients with terminal illness.

Methodology: Phenomenology methods. Theoretical sampling was used. 22 interviews were done to nurses who assisted patients with terminal illness at hospitalization areas, and who accepted being interviewed on date, time, and site chosen by them. Previous informed consent the interviews were recorded. It was used the premise of "nursing staff live the dying process as an event additional to the customary work". Analysis of text was done through the Giorgi's method.

Findings and analysis: Nurses live the process of dying with fear to the lost, which is manifested by pain, incapability, and sadness. Pain and sadness feelings are related with the sharing time and what patient means to the nurse. Incapability of being able to do something else for the patient, and finally, not knowing how to support the family. These feelings are manifested by health problems, such as tiredness and fatigue; situations that after time make nurses become potential patients because they feel without a network of support to solve the lost.

Conclusions: Nurses live the process of dying according to the meaning of the patient for them; to their beliefs about death where history of life is assorted; and to their own cultural and religious aspects. It is difficult for nurses to deliver quality of services within the psychological aspect.

Key words

- Nursing
- Perception
- Death

Correspondencia:

Av. 5 de Febrero s/n esq. Av. Zaragoza, Col Centro. CP. 76000, Querétaro, Qro. México

Tel. (442) 2112300 ext. 51113

Dirección electrónica: emma.vargas@imss.gob.mx dazamgsa10@yahoo.com.mx

Introducción

La muerte es un fenómeno natural, universal y único. Natural en el sentido de que, si no intervienen causas antinaturales, se produce como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimiento ocasionados en la relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológico. Es universal, porque mediando una u otra circunstancia, todos los hombres han muerto y morirán.

Es único porque el propio concepto de muerte (término de la vida) entraña la irreversibilidad y a cada persona le acontece una sola vez.

Cualquier momento en la vida de una persona es importante por el hecho de ser único; en este caso la muerte (que no es sinónimo de agradable, placentero o gratificante) por ser además el último.

Bajo este contexto se escuchan frases como "a mi tampoco me gustaría enterarme" o "yo personalmente estoy seguro que la pasará muy mal", frecuentemente pronunciadas por familiares o amigos, sanos, alejados del epicentro del enfermo terminal. El diagnóstico de síndrome terminal de enfermedad se produce cuando ocurren las siguientes circunstancias: enfermedad de evolución progresiva, pronóstico de supervivencia inferior a un mes, ineficacia comprobada de los tratamientos y pérdida de la esperanza de recuperación.

Las entidades patológicas que con mayor frecuencia conducen al síndrome terminal de enfermedad son las afecciones crónicas del sistema cardiovascular (arterioesclerosis, miocardiopatías), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer, y la cirrosis hepática.¹

En el ámbito hospitalario la muerte de los pacientes es un evento que la enfermera vive cotidianamente y por las vivencias, percibe la muerte de sus pacientes como una pérdida y fracaso, la intensidad del dolor y temor es

vivida a través de lo que le significa el paciente, esta significación depende de sus experiencias de muerte con familiares o amigos (historia de vida), relaciones interpersonales establecidas con los pacientes durante su estancia en el servicio, el tiempo de estancia del paciente, causa de la muerte, y de los insumos con los que cuenta el hospital para la atención. Colell Brunet (2005) menciona que las causas de estrés en personal de enfermería que trabaja con enfermos terminales se ubicaron en los problemas de comunicación derivados con otros miembros del equipo de salud, la escasez de formación continua y finalmente falta de recursos.²

Yagüe Frías y García Martínez mencionan que "aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de las profesiones sanitarias, que es conservar la salud y la vida"³ sentimientos que dejan sin herramientas para acompañar y apoyar al paciente y a la familia.

En un estudio sobre los cuidados de enfermería en pacientes en etapa terminal aplicado a 2333 enfermeras del City of Hope Nacional Medical Center y en el Oncology Nursing Society, encontraron que las enfermeras tienen más confianza en los aspectos físicos del cuidado, en cambio se sienten menos confiadas en proporcionar atención espiritual y/o proporcionar respuestas a las necesidades psicosociales.⁴ Sobre las actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales, frecuentemente se presenta la tendencia a que el enfermo no se entere de su verdadero estado de salud, o al menos posponer al máximo dar esa información, apartarse físicamente o emocionalmente del moribundo, para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo. La muerte del paciente le parece algo desagradable y amenazante. Esta segunda actitud se manifiesta con los siguientes comportamientos: retirarse físicamente cuando se cree estar con un moribundo; apartar la mirada

del paciente terminal; cambiar de tema o acabar la conversación cuando el paciente comienza a hablar de la muerte; tardar más en responder a las llamadas de los moribundos que a las de los demás enfermos; llevar a cabo complicadas maniobras en algunos hospitales para ocultar los fallecimientos. Por último, tendencia a extremar las medidas terapéuticas.³ Las actitudes tienen su base en los significados que se le dan a las experiencias vividas. Rosemarie Rizzo Parse en su teoría evolución humana establece en su primer principio que el significado (elemento temático) "surge de la interrelación del ser humano con el mundo y se refiere tanto al sentido último de la existencia como al significado de los momentos de la vida cotidiana". El sentido último de la existencia es la visión que se tiene sobre la finalidad absoluta de la vida. El significado de los momentos de la vida cotidiana vienen dados por los acontecimientos comunes a los que se atribuyen diversos grados de importancia. Para ello se aplica el proceso de imagen "la cocreación de la realidad que, por auténtica naturaleza, estructura el sentido de la experiencia".⁵

En la presencia del fenómeno natural y durante este acto de atención a familiares o personas allegadas a él, perciben al personal distante ante sus pérdidas considerándolo insensible, sangre fría, fuertes y/o indiferentes ante la muerte de sus seres queridos.

...creen que a nosotras no nos duelen, como dijo una señora, ustedes no saben lo que es el dolor. Cuán equivocada está, creo que nosotras sabemos mejor que todos, qué es el dolor, más si lo hemos vivido de cerca

Pero hasta ahora nadie ha preguntado cómo viven las enfermeras la muerte de los pacientes desde el ámbito de la atención.

Por lo anterior el objetivo del trabajo fue identificar la percepción de la

enfermera en torno a la muerte en pacientes en etapa terminal, esto permitirá tomar medidas de apoyo para prevenir en el personal de salud posibles enfermedades psicosomáticas, así como retomar la importancia que tiene en los pacientes y familiares los cuidados paliativos, definidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos como "un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familiares en las fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten concientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere".

Los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida ni tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal y en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos.¹

Es de gran trascendencia que la totalidad de las instituciones educativas integren en el currículo académico de enfermería estos aspectos,⁶ así como las instituciones de salud en los programas de capacitación continua para que una vez integrados naturalmente dentro de los parámetros existenciales del profesional no represente una situación incómoda y marginada en el quehacer cotidiano, sino un aspecto más del mismo.

Metodología

Se utilizó metodología fenomenológica para conocer las experiencias de 22 enfermeras que atendieron a pacientes en etapa terminal y que aceptaron par-

ticipar (carta de consentimiento informado). Merleau-Ponty dice que la "fenomenología es el estudio de las esencias, y todos los problemas".^{7,8}

A las informantes clave se les detectó en los siguientes servicios: pediatría, medicina interna, nefrología y cirugía en los diferentes turnos laborales del Hospital General Regional No. 1 de la Delegación Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En colaboración con la jefe de piso se les invitó a participar en el estudio y se concertaron 36 citas con las enfermeras asignadas en los servicios y turnos antes mencionados.

Para el desarrollo de la entrevista se utilizó una guía semiestructurada, con las siguientes preguntas ¿cómo vive el proceso de muerte de los pacientes?, se indagaron aspectos como ¿qué le sucede cuando atiende pacientes en etapa terminal?, ¿qué aspectos relacionados con la profesión considera que hay que proporcionarle al paciente en etapa terminal?, ¿cómo le gustaría que se manejaran estos aspectos dentro de los servicios que atienden pacientes en etapa terminal? Con lo que ha comentado ¿qué tipo de ayuda considera que necesita la enfermera?, ¿le gustaría agregar algo más?

Para analizar los datos se utilizó el método de Giorgi.⁹

El método se caracteriza por cuatro pasos esenciales:

1. El sentido del conjunto: realizar una lectura de la descripción total con la finalidad de encontrar el sentido general del conjunto.

2. Discriminar las unidades de significado (meaning units). Son segmentos de los datos que revelan de forma potencial algún aspecto.

3. Transformación de las unidades de significado en expresiones adecuadas al fenómeno a investigar. El objetivo del método es llegar a una categoría general a través de expresiones concretas y no de abstracciones. Se agrupan las unidades de significado en temas

más amplios denominados temas comunes que le confiere la estructura o esencia al estudio.

4. Síntesis de transformación de las unidades de significado: el último paso del análisis es sintetizar e integrar los temas comunes a través de una descripción general que capte la esencia de la experiencia vivida por todos los participantes. En esta descripción están integrados al menos implícitamente, todos los temas comunes y unidades de significado.

Desarrollo del trabajo de campo

La capacitación para el manejo de la entrevista se llevó a cabo en 10 citas con la investigadora a cargo, donde se evaluó el manejo del lenguaje verbal y no verbal a través de sociodramas, además se realizaron reuniones para hablar sobre las experiencias vividas con las enfermeras entrevistadas y mejorar las alternativas de acercamiento y de recolección de datos.

Las entrevistas se llevaron a cabo durante un mes, tomando en cuenta fecha, lugar y hora —petición de las entrevistadas— (expañada del hospital y sólo una en la cafetería) lugar donde transita demasiada gente, registrándose interferencia.

Del total de las citas concertadas con las enfermeras (36), sólo 22 acudieron a ella con retraso de 40 a 90 minutos. Las entrevistas se realizaron en un ambiente cordial y de respeto por ambas partes, al inicio las entrevistadas se mostraron nerviosas (constante movimiento de las manos, mirada evasiva, expresión verbal acelerada), al observar esta actitud se habló nuevamente del objetivo del trabajo y conforme avanzó la entrevista se tranquilizaron y contestaron con actitud amable, cordial y clara, manifestando interés antes y durante la entrevista, mientras las entrevistadoras (dos de las investigadoras) se mostraron receptivas y empáticas.

La duración promedio de la entrevista fue de 90 minutos, el tiempo dependió de las necesidades de la enfermera de profundizar sobre sus vivencias.

Cuatro de las enfermeras presentaron llanto durante la entrevista; en señal de apoyo se mantuvo contacto físico y visual a través de acercamiento hasta que manifestaron sentirse mejor. Todas las participantes refirieron la importancia de tocar estos temas ya que les permitió expresar sus sentimientos y la posibilidad de apoyo en esa área (manejo de pérdidas).

Se tomaron acciones específicas cuando las entrevistadas necesitaron de apoyo emocional al recordar al paciente, al familiar o al compañero fallecidos. Se llevó diario de campo sólo para hacer notas sobre lenguaje verbal y no verbal y comentarios manifestados fuera de la entrevista.

Resultados

La muerte del paciente desde su historia de vida

Las experiencias de muerte sobre personas afectivamente significativas ocurridas dentro y fuera del núcleo familiar (amigos, compañeros de trabajo), influyen en la manera como experimentan y significan emocionalmente la muerte del paciente. Fonnegra encontró que la forma como una persona siente y reacciona ante una pérdida depende (...) del significado que le asigna a lo perdido (...). Cada doliente necesita construir una narrativa personal que incluya la tragedia, que le otorgue un significado, que la integre a la historia propia en forma coherente (reconstrucción del significado).¹⁰

Parse en su teoría sobre Evolución Humana establece que el significado de los momentos de la vida cotidiana es dado por los acontecimientos comunes a los que se atribuyen diversos grados de importancia. Para ello se aplica el proceso de imagen donde la

cocreación de la realidad estructura el sentido de la experiencia.⁶

"...como que esas vivencias del acompañante las recuerdo, yo las pasé, las viví y he llegado a llorar delante de ellos... sobre todo cuando alguien tiene el diagnóstico de cáncer en páncreas que fue de lo que murió mi madre."

"Lo que me lleva a las lágrimas, es que me recuerda a mi hermano... qué hago, qué digo... vuelvo a vivir lo mismo, porque en ese momento digo, y si yo hubiera actuado de otra manera, y si yo hubiese hecho..."

"Oh, no es lo mismo, pero es algo parecido porque para mí ver un paciente es como... si fuera mi familiar, porque lo tengo ahí y lo estoy viendo constantemente y claro el dolor del familiar es fuerte... mucho más fuerte".

Consecuentemente, la idea de que familiares, amigos y ella misma, pudieran morir como muere el paciente, forma parte del miedo y temor que sienten. Hernández Arellano en su tesis sobre la muerte comenta que la toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis en la vida de las personas; pudiendo ser, no la muerte, sino la representación anticipada de la muerte lo que inspira terror.¹¹

"Me he puesto a pensar y me imagino, como mamá, o como hija, o como hermana ¿cómo voy a reaccionar cuando me digan: tu esposo..., mamá o hijos tienen... leucemia,....?"

La muerte del paciente y las relaciones interpersonales

La causa de muerte, el tiempo que duró el proceso, el tiempo que estuvo hospitalizado, la edad del paciente, su rol y el contexto familiar en el que se encontraba inserto, tienen relación con la intensidad de la pérdida de acuerdo a sus esquemas generales de vida (empatía). La percepción e integración de

estos aspectos tiene relación con lo que dice Parse sobre el esquema de relaciones que se dan a partir del encuentro con otro(a) y que transforman la autopercepción y las situaciones que se producen durante esa relación.

"En cuanto a la atención no me desarmo... porque estuve allí, yo creo que no tanto que la haya conocido sino el haber conocido su vida como fue, eso es lo más doloroso".

"...a veces dice uno, bueno este paciente por lo menos ya vivió,... lo que tenía que vivir..., pero un niño como que desde pequeño esté... sufriendo por una enfermedad".

En cuanto a la forma de muerte del paciente, la experiencia no es la misma cuando éste muere en una sala de urgencias (muerte traumática) que en los casos donde su proceso de muerte les permite ir asimilando que el paciente va a fallecer. Fonnegra menciona que las pérdidas traumáticas se distinguen de las no traumáticas por cuanto las primeras inundan al sobreviviente con experiencias radicalmente ajenas a sus esquemas básicos de referencia y que por lo tanto parecerían ser imposibles de asimilar.¹⁰

"Yo estuve en urgencias y sí, es diferente... es más traumático en urgencias, porque es brusco. Y cuando estamos en medicina interna es un paciente con un proceso largo, de una dolorosa enfermedad, pero en los traumáticos es otra cosa muy diferente, entonces ahí no estamos preparados para ese momento aunque se diga que sí..."

"Si es de una enfermedad terminal de un paciente que estuvo sufriendo, sientes paz... de que está descansando; si es una muerte traumática se siente frustración".

Como profesional de enfermería

Por su perfil considera que la misión principal es mantener con vida al pa-

ciente (el deber ser), por lo que hablar de muerte está fuera de contexto. Mendoza comenta que desde el currículo académico, aunque la tendencia en la formación de enfermería es más humanitaria (en comparación con el área médica), también adolece en su formación del tema de la muerte como objeto de estudio, dejándola sin herramientas para el manejo afectivo con el paciente "moribundo".¹²

"Todavía... me duele, me duele porque estoy conviviendo con él día a día y pues el que vaya decayendo hora tras hora..."

El perfil profesional refuerza la negación de la muerte al considerar que la misión principal es mantener con vida a sus pacientes, esta significación que le da a su función profesional podría ser definida por Parse como el sentido último de su existencia (deber ser y el deber hacer). Por lo que la muerte de los pacientes la frustra.⁶ La negación de la muerte desde su construcción social tiene que ver con los avances médicos, de tal forma que después de varias décadas de haber sido concebida como un acto social integrador de la comunidad, pasa a ser un acto individual donde el ámbito hospitalario se convierte en el lugar donde el paciente en fase terminal muere solo. Por lo que para hablar de la muerte es necesario negarla.¹³

"Hablar de la muerte con los pacientes sí me da miedo porque siento que los voy a desilusionar, no es lo que ellos esperan escuchar de mí. Para ellos somos su esperanza, aliento, su todo; hacen un ídolo de uno... como enfermera y tienen confianza, entonces al hablar con ellos de la muerte siento que los defraudaría y por eso sí tengo miedo de hablar..."

"Cuando inicié la carrera de enfermería sentía mucho dolor y no podía dormir, no sabía cómo asimilarlo, cómo cortarlo de mí eso no lo sabía, porque no te lo enseñan, ¿qué es la muerte?, no te lo dicen..."

El miedo y temor se vive ante las circunstancias como muere el paciente más que por la muerte misma. Eso le da una visión que la antesala de la muerte es el dolor y el sufrimiento.

"Gracias a Dios que no sufrió, él no sufrió un piquete... una sonda, ni manobras de apoyo, cuando falleció..."

Las actitudes de las enfermeras ante pacientes en etapa terminal y familiares se relacionan con la falta de elementos para abordar y manejar el tema de la muerte.¹⁴ Su conducta es utilizada para protegerse ante lo inevitable, la muerte.

Yagüe Frias y García Martínez citan que las actitudes frecuentes del personal sanitario ante el evento de la muerte son: apartarse física o emocionalmente del moribundo para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo. La muerte del paciente parece desagradable y amenazante. Esta segunda actitud la manifiestan retirándose físicamente cuando se cree estar con un moribundo, apartando la mirada del paciente terminal, cambiando de tema o acabar la conversación cuando el paciente comienza a hablar de la muerte.

"...los pacientes con cáncer de próstata dicen ¿por qué mis pies se hinchan?, ¿por qué no puedo caminar?, a veces me salgo por la tangente y les digo que si el Guadalajara, que si el Cruz Azul, encamino la conversación hacia otro lado porque yo sé que son síntomas de cáncer metastásico a huesos y que están en fase terminal y no me atrevo a decírselos; el hecho de que yo me guarde todo eso a veces me causa angustia, coraje y dolor."

Zayas Báez comenta que cuando las emociones no son resultas se reflejan en signos de anhelo y deterioro emocional, y con frecuencia manifestando la actitud de que aparentemente no le

importa la crisis que está vivenciando.¹⁵ De hecho el colectivo de enfermería padece, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada como por ejemplo actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte.¹⁶

Consideran que la represión de sus sentimientos se relaciona con problemas de salud donde puede estar presente desde el cansancio hasta la muerte por cáncer. Giglio describe que las emociones son procesos psicológicos que permiten al individuo enfrentar los peligros percibidos adaptando al cuerpo para su enfrentamiento, y la respuesta dependerá de la significación que le de al estímulo percibido. Cuando el cuerpo no logra la adaptación las emociones influyen en la presencia de enfermedades. Así, las emociones perturbadoras influyen negativamente en la salud, favoreciendo ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento.¹⁷ Roca Pera menciona que las emociones juegan un papel sustancial en la existencia de las personas, en su salud, bienestar y calidad de vida. Y es que, como ningún otro constructo psicobiológico y al mismo tiempo psicosocial, la emoción expresa fuertemente tanto el significado que para las personas tienen los eventos que cotidianamente acontecen en su entorno, como la implicación que, en su totalidad, una persona tiene en las respuestas adaptativas eficaces a las demandas de su entorno.¹⁸

"...se está dando el caso de cáncer sobre todo en nosotras las enfermeras ahí es donde me pongo a pensar... por qué el cáncer en nosotras, qué es lo que está pasando..."

"Me siento cansada, agobiada, me siento, me siento mal físicamente."

"...me falta aceptación ante el proceso de muerte... siento que nunca voy a estar preparada, no quiero que llegue... siempre trato de eludirlo, se que va a

llegar un momento en que todos tenemos que morir y que el aferrarme a estar continuamente pensando en la muerte me llevará a una crisis depresiva y trato de evitarla..."

La formación académica se percibe como una barrera para identificarse con las emociones ante la pérdida del paciente. Si bien ésto es parte de una enseñanza implícita, también es cierto que la parte cultural sobre el manejo de este evento (sociedad negadora de la muerte) tiene mucho que ver sobre las actitudes y forma de experimentarlo. Culturalmente la muerte se maneja como un tabú de tal forma que se ha despersonalizado dejando que los hospitales se conviertan en un lugar aceptado para la muerte de los pacientes quienes por propia estructura física y de trabajo del personal generalmente mueren sin la compañía de familiares y amigos. Dejando así la tradición de ser un acto social para convertirse en un acto individual.

Necesidades de ayuda de la enfermera

La negación de la muerte, la forma de vivirla y la firme creencia de que se está para salvar vidas se relacionan con las peticiones de ayuda que manifestaron las enfermeras al final de la entrevista; ayuda personal, atención psicológica y/o psiquiátrica y tanatológica, en ayuda en conjunto, grupos de autoayuda para expresar sus vivencias y emociones y algún diplomado sobre Tanatología.

"Por lo general siempre la ayuda está para el paciente pero nunca para quien está apoyándolo... yo creo que también necesitamos ayuda, para poder ayudar."

Discusión

Quienes atienden a pacientes en etapa terminal y a sus familiares son profesionales que demandan atención a

sus necesidades psicológicas y capacitación para el enfrentamiento a la muerte, concientes de su repercusión en la calidad de la atención.

"Tal vez sería apoyo de un psicólogo que nos ayudara a afrontar los miedos, porque sí es miedo... para que así vayamos perdiendolo y vencer eso... que es muy fuerte".

"Yo creo que sería bonito formar un grupo e ir a expresar nuestras vivencias y retomar de cada una de ellas lo mejor..."

Es innegable la inexistencia de este tema (la muerte) en el currículo profesional y cursos de formación continua por lo que, el personal de salud operativo trabaja sin capacitación previa sobre las posibles reacciones emocionales que la enlazan con el paciente y familiar. Desafortunadamente se perciben sin espacios físicos y redes de apoyo que les permita manejar la situación de manera efectiva, razón por la cual refieren mayor esfuerzo y cansancio ante este tipo de cuidados a paciente en etapa terminal.

"No puedo llorar en ese momento, sin embargo lo hago después, me salgo y lloro en donde preparamos medicamentos o en el control, no es porque me da pena llorar, sino porque llorando no ayudo al familiar con su dolor".

Estos aspectos vividos por la enfermera contradicen el lado humano en el que está basado enfermería donde durante su formación se da prioridad a la parte técnica del trabajo (aspecto donde se nos instruye bastante bien) olvidado que durante el proceso de atención y cuidado se establecen relaciones interpersonales donde suele surgir afecto y empatía, la enfermera comparte temores y angustias ante la muerte, lo que permite identificarla como un ser humano y no como un ente por el hecho de ser profesional de enfermería.

"Para empezar debemos mostrar que estudiamos para afrontar estas situaciones y tener en ese momento el criterio y carácter para ser fuertes".

"Nos hacemos fuertes, cuando cae un paciente en paro dejamos a un lado nuestros sentimientos para poder actuar en ese momento, más que nada estar al pendiente de lo que se va a requerir..."

Los cambios en enfermería dentro de la formación académica hacen necesario establecer explícita o implícitamente que la muerte del paciente no es un fracaso profesional sino parte de la vida de cualquier ser humano (a menos que fuera una negligencia).

Para las enfermeras, el estrés generado ante la vivencia de no poder solucionar y apoyar a los pacientes la mantiene en crisis existencial entre ser profesional o sólo una persona capacitada que acompaña a otra persona en el momento de su muerte.

"Pues me pongo muy seria con el paciente desde el momento en que le tomo los signos vitales... con cierta actitud para que no me pregunte más, de lo que estoy haciendo... y evitar mezclar mis sentimientos".

Sin embargo, cuando no hay esperanza de curación y el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida sino en asegurar la calidad de vida posible, la enfermera debe proporcionar asistencia total.

Sugerencias:

1. Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermera-paciente; lo cual permite conocer al enfermo como un **ser integral**.
2. Lograr la dignidad del ser humano frente al dolor y ante la inminencia de la muerte, proporcionando medidas de alivio enalteciendo las condiciones de vida por corta que ésta

- pueda ser. El personal de enfermería debe encontrar el medio para ayudar, apoyar y consolar tanto al paciente como a sus seres queridos.
3. Permanecer al lado del paciente logrando mantener contacto estrecho, lo que permite expresar sus emociones, aunque no sea necesario pronunciar ni una sola palabra.
 4. Alertar al paciente en la participación de su propia supervisión del proceso de atención a su enfermedad, cuyo fin es aumentar el dominio del paciente sobre su vida.
 5. Interpretar el dolor y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento.
 6. Proporcionar alivio y establecer comunicación a través del sentido del tacto; por medio de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo, aportando estímulos de bienestar físico y sobre todo de amor.
 7. Facilitar el apoyo moral e informativo a la familia del paciente, tomando en cuenta las necesidades del paciente, pero también de una manera especial, la familia.
 8. Orientar al paciente en el curso de su enfermedad acerca de las fluctuaciones emocionales y orgánicas que irá presentando.
 9. Trazar objetivos con fines reales y terapéuticos; los cuales deben ser realistas y accesibles; orientándolos a la mejoría del comportamiento social, condición física, psicológica y espiritual.
 10. Crear y mantener un equipo terapéutico en donde se puedan expresar los sentimientos, experiencias y dudas con el fin de sobrellevar la carga emocional que implica el trabajo de ser enfermera.

Conclusiones

La preparación para el manejo emocional de la muerte es nulo dentro del área hospitalaria, la formación académica que implícitamente educa sólo para salvar vidas, el concepto y manejo cultural de la muerte y el muerto son aspectos que definen la forma e intensidad como enfermería vive y experimenta la muerte de los pacientes.

El profesional de enfermería no deja de ser un ser humano que piensa siente y reacciona ante sus emociones. Que se preocupa por quienes están a su cargo dejando atrás la falsa idea de que sólo cumple con sus actividades. Por lo anterior se tiene que desmitificar el desarrollo e identidad profesional.

Lo que es una realidad, es que la falta de elementos de apoyo en el manejo sano de sus emociones ante las pérdidas es un área de oportunidad que habrá que rescatar en los servicios de atención y de formación de personal para mejorar la vida de enfermeras(os) y la calidad de la atención de los pacientes, ¿y por qué no? de los familiares.

Bajo este panorama es importante que en las instituciones de formación y desarrollo profesional se integren espacios que permitan el manejo del tema y que éste no sólo sea exclusivo para el personal de enfermería sino para todo el personal de salud.

Así mismo integrar el quehacer de la enfermera en el contexto cultural donde se interpreta la vida, la salud-enfermedad y consecuentemente a la muerte.

Referencias

1. Porta J, et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalana-balear. *Med Paliat* 1996; 6(3): 108-15.
2. Colell BR. Enfermería, ansiedad y miedo a la muerte. En *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Básica, Evolutiva del Educació. Barcelona, 2005. p. 30-31. [en línea] http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175855/rcb1de1.pdf [Consultado 27/03/2007]
3. Yagüe-Frías, García-Martínez. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. [en línea] <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm> [Consultado 01/02/2007]
4. Cordero-Yisseka, Jiménez A, Marrero R. Actitud ante la muerte del personal de enfermería del turno de 7 am a 1 pm y su relación con el paciente moribundo y sus familiares. Universidad Centro occidental "Lisandro Alvarado". Decanato de Medicina Programa de Enfermería. Junio-noviembre 2003. [en línea] http://www.bibmed.ucla.edu.ve/cgi-bin/be_lex.exe?Acceso=TO70000059806/0&Nombrebd=bmucla [Consultado 30/11/2007]
5. Rizzo-Parse R. Teoría de la evolución humana. En Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. 4ª Ed. Madrid, España: Harcourt Brace, 1999. p. 463-471.
6. Enfermería y Obstetricia. Estructura y seriación del plan de estudios. [en línea] http://www.dgaesiae.unam.mx/www_pde.php?plt=009&pde=0276&pdeop=est&proc=Consultar [Consultado 30/11/2007]
7. Pocovi-Garzón P. Dos visiones que se complementan: La investigación cualitativa y el enfoque fenomenológico. *Mercadotecnia Global* 2004; 7(43). [en línea] <http://www.mktglobal.iteso.mx/numanteriores/2004/Sep04/Sep043.htm> [Consultado 30/11/2007]
8. Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta, 1993.

9. Solano-Ruiz MC, Siles-González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index Enferm* 2005; 51(1):29-33. [en línea] http://www.scielo.icsiii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006&lng=es&nrm=iso [Consultado 12/02/2007]
10. Fonnegra de Jaramillo I. Reconstrucción del significado. En: *Memorias del Congreso Internacional 10 años de Tanatología*, 24-26 noviembre 2004. México: Instituto Mexicano de Tanatología, 1994. p. 7.
11. Hernández-Arellano F. El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria* 2006; 7(8):2-7. [en línea] <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/int66.htm> [Consultado 20/03/2007]
12. Mendoza-Vega J. Adecuado uso de la prolongación de la vida. Aliviar, no abandonar. En: *Memorias del Congreso Internacional 10 años de Tanatología*, 24-26 noviembre 2004. México: Instituto Mexicano de Tanatología, 1994. p. 45.
13. Marisel Hartfiel. La construcción social de la muerte. Una mirada actual. [en línea] <http://www.cucaiba.gba.gov.ar/002.htm> [Consultado 20/03/2007]
14. Hernández Arellano F. El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria* 2006; 7(8):2-7. [en línea] <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/int66.htm> [Consultado 20/03/2007]
15. Zayas-Báez M. Tanatología. *Atanay Periódico Digital*. [en línea] <http://www.atanay.com/detail.aspx?n=5255> [Consultado 20/03/2007]
16. Tomas-Sábado JL. La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enferm Científ* 2002; 246-247:42-47.
17. Giglio-Gallardo C. Emociones y salud. [en línea] <http://www.monografias.com/trabajos7/emsa/emsa.shtml> [Consultado 26/10/2003]
18. Roca-Perara MA. Emociones y salud humana. [en línea] <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=71> [Consultado 27/10/2003]
19. Sherman DW. Nurses' stress & burnout. How to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness. *Am J Nurs* 2004; 104(5):48-56. 