

Noelia Amezcua Sánchez
Angel Luis Rodríguez Fonoll

**VIVENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ANTE EL PROCESO DE MUERTE EN UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

TRABAJO FIN DE GRADO

dirigido por la Dra. Maria Antonia Martorell Poveda

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

TARRAGONA, 2018

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer el apoyo y la constancia que ha tenido nuestra tutora, la Dra. María Antonia Martorell Poveda, la gran ayuda que nos ha ofrecido a lo largo de la realización del proyecto y sus horas dedicadas. Además, hemos podido establecer una gran relación de confianza que ha favorecido el contacto y las comunicaciones entre alumnos y profesora.

En segundo lugar, nuestro especial agradecimiento a todas las participantes enfermeras del estudio que, sin oposición alguna, han dedicado parte de su tiempo libre en colaborar con nuestra investigación y ofrecernos sus conocimientos y experiencias más personales.

RESUMEN

El estudio pretende conocer las vivencias del profesional de enfermería ante el proceso de muerte en las UCI. Se trata de una investigación cualitativa realizada a partir de una previa revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema principal y añadiendo la filosofía de Patricia Benner, quien define los grados de experiencia que el enfermero va adquiriendo durante su práctica laboral. Se utilizó la entrevista semiestructurada para la recolección de datos, realizadas a profesionales de enfermería, seleccionadas a partir de los grados de experiencia de Benner y donde se trataron cuatro apartados previamente definidos: contextualización del concepto de muerte, sentimientos ante el proceso de pérdida, efectos y estrategias de afrontamiento del enfermero y opinión respecto a la necesidad de formación referente al proceso de morir. Como resultados se obtuvieron los siguientes: una contextualización de la muerte como proceso multifactorial, la tristeza y la impotencia como sentimientos predominantes, la expresión de los sentimientos y ofrecer cuidados hasta el último momento como estrategias de afrontamiento y, en última instancia, una clara necesidad de formación como punto en común entre las entrevistadas. Tras la investigación, podemos afirmar que existen diferencias en cuanto al afrontamiento de la muerte según el grado de experiencia del profesional, así como también pueden variar la autogestión de sentimientos y las estrategias utilizadas. Si bien no se contempló, durante la hipótesis, cabe destacar que tener una formación previa a la vivencia de muerte es de gran ayuda para la gestión del proceso.

Palabras clave

Muerte; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería; Sentimientos y estrategias ante la muerte

ABSTRACT

The study aims to know the experiences of the nursing professional before the death process in the ICU. This is a qualitative research conducted from a previous literature review of articles related to the main topic and adding the philosophy of Patricia Benner, who defines the degrees of experience that the nurse is acquiring during their work experience. The semi-structured interview was used to collect data, made to nursing professionals, selected from Benner's experience levels and where four previously defined sections were treated: contextualization of the concept of death,

feelings about the process of loss, effects and nurse coping strategies and opinion regarding the need for training regarding the dying process. The following results were obtained: a contextualization of death as a multifactorial process, sadness and impotence as predominant feelings, the expression of feelings and offering care up to the last moment as coping strategies and, ultimately, a clear need of training as a common point among the interviewees. After the investigation, we can affirm that there are differences in the coping of death according to the degree of professional experience, as well as the self-management of feelings and the strategies used. Although it was not contemplated, during the hypothesis, it should be noted that having a previous training to experience death is of great help for the management of the process.

Keywords

Death; intensive care units; nursing; feelings and strategies before death

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN / ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
1. EL PROCESO DE MORIR.....	9
1.1. DIMENSION BIOLÓGICA.....	10
1.2. DIMENSION BIOMÉDICA.....	10
1.3. DIMENSION SOCIO-CULTURAL / ANTROPOLÓGICA.....	11
1.4. DIMENSION ÉTICO-LEGAL.....	12
2. LA MUERTE EN UCI.....	13
2.1. LA UCI EN ESPAÑA.....	14
2.2. MORIR EN LA UCI.....	17
2.3. LA ENFERMERÍA EN UCI.....	19
3. FILOSOFÍA DE PATRICIA BENNER.....	21
3.1. NIVELES DE EXPERIENCIA ENFERMERA.....	21
4. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	24
OBJETIVOS	26
Objetivo general.....	26
Objetivos específicos.....	26
HIPÓTESIS	27
METODOLOGÍA	28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	38
APORTACIONES QUE DERIVAN DE ESTE TRABAJO DE FIN DE GRADO	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ARTÍCULO Y NORMAS DE PUBLICACIÓN: ENFERMERÍA GLOBAL	42
ANEXOS	55
Anexo 1: Cronograma.....	55
Anexo 2: Estructura de la entrevista.....	56
Anexo 3: Transcripción de entrevistas.....	57
Anexo 4: Análisis de las entrevistas.....	79
Anexo 5: Consentimiento informado.....	90
Anexo 6: Certificados de asistencia y ponencia III Jornadas ADEIC.....	91

INTRODUCCIÓN

Hablar sobre la muerte, en cualquiera de sus dimensiones, es tener presente toda la trayectoria vital que el paciente ha experimentado a lo largo de su tiempo. En determinadas situaciones, la muerte del otro puede suponer un recuerdo de la propia muerte, y esto añade una dificultad a las personas en dar a aquellos que han fallecido y a sus familiares, la ayuda y el afecto que necesitan para afrontar este proceso de pérdida (Souza e Souza, Mota Ribeiro, et al, 2013).

El profesional de enfermería que trabaja en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), puede hacer de este proceso su compañero de trabajo y ser la muerte parte de lo cotidiano en sus vidas. Por ello, la enfermería se considera la profesión de la salud más susceptible al estrés laboral debido al contacto directo, intenso y prolongado con el paciente terminal y la muerte (Freitas, de Banazeski, et al, 2016). De aquí nos surge la necesidad de investigar las vivencias que experimentan estos profesionales y saber qué actitudes son las que hay que adoptar para poder llevar mejor la pérdida de pacientes y saber cómo actuar con los familiares de estos.

Cualquier trabajador de este servicio asistencial requiere de unos conocimientos específicos que sean aptos para poder responder ante las situaciones críticas en las que se encuentran los pacientes ingresados y una gran parte de estos enfermos desgraciadamente no superan la enfermedad (Do Carmo Vicensi, 2016). Es entonces cuando los profesionales de la salud y en especial los de enfermería, deben enfrentarse a un proceso de duelo propio del ser humano, el cual cada sujeto desarrolla de una forma diferente. El estrés está presente en los enfermeros y enfermeras de esta unidad y este factor podría verse alterado por la edad y experiencia del trabajador. La experiencia, a priori, puede favorecer el afrontamiento de este proceso y ser el profesional más noble quien encuentre más dificultades debido a su mayor vulnerabilidad ante estas situaciones.

Para definir el grado de experiencia del enfermero(a), en este proyecto se utiliza el modelo de Patricia Benner referenciado en su libro titulado *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, (1984) que establece las competencias requeridas por el profesional de enfermería durante la práctica clínica y define los grados de experiencia que va adquiriendo. Por ello, sin querer obviar la parte subjetiva de todo profesional, creemos oportuno estudiar si existen diferencias

en cuanto al afrontamiento de la muerte en relación a un mayor grado de experiencia del profesional en comparación a aquellos que no lo tienen.

Morir origina miedo, dolor y soledad a todas aquellas personas que han estado presentes en el proceso y a todos los familiares que se quedan. Como profesionales sanitarios debemos asegurarnos de proporcionar la mayor excelencia en los cuidados ofrecidos a estos pacientes y familias con el fin de conseguir una muerte digna y a la vez, favorecer del mejor modo la adaptación de los familiares ante la situación que se enfrentan.

MARCO TEÓRICO

La base teórica de nuestro estudio se centra en conocer los principales puntos que se relacionan con la muerte y los objetivos que nos hemos planteado.

Previamente a llevar a cabo la investigación creemos conveniente, en primer lugar, contextualizar el concepto de muerte, enfocado en cuatro dimensiones posteriormente expuestas. Seguidamente debido a que la investigación se enfoca en profesionales del servicio de Cuidados Intensivos se reflejan los antecedentes históricos de estas unidades, la evolución que estas han sufrido y la situación actual en la que nos encontramos.

Por último y como punto diferencial en nuestro proyecto presentamos la filosofía de Patricia Benner, en concreto su estudio de los grados de experiencia del profesional de enfermería.

1. EL PROCESO DE MORIR

La muerte es un hecho natural y universal, que está influenciado por los contextos donde se produce. Ejemplos de estos contextos que podemos encontrar son el biológico, el biomédico, el antropológico-social y el ético-legal, que permiten entender el concepto de muerte desde diferentes perspectivas.

El análisis de estos conceptos nos ayudará a entender y profundizar en el concepto de muerte y a conocer como la muerte está presente en la vida del ser humano quien reconoce que nace para morir y que por lo tanto, toda persona debe enfrentarse a dicha experiencia.

Según Oviedo Soto, Parra Falcón, et al. (2009: 2), *“la muerte es universal y nadie escapa de ella, sin embargo, cada cultura la ha vivido y la ha asumido de diferentes formas, puede sobrevenir de manera repentina o gradual, es decir, su llegada puede preverse o ser en un momento determinado”*. El proceso de la muerte no se ha modificado, pero las actitudes, las creencias y las conductas que lo rodean son tan variadas como los individuos que la practican.

A continuación, se definen los aspectos centrales y visiones diversas de la muerte en cada una de sus dimensiones: dimensión biológica, biomédica, antropológica y ético-legal.

1.1. DIMENSION BIOLÓGICA

Según nos comenta Frutos Martín e Iglesias Guerra *“la muerte biológica se ve íntimamente relacionada con la biología y estaría definida como el fin de la vida y, por lo tanto, de la capacidad para realizar determinadas acciones propias de la naturaleza íntegra del ser humano”* (Frutos Martín, Iglesias Guerra, et al, 2007: 5). Así, la defunción supone la pérdida de la unidad del organismo como un todo.

Esta percepción biológica de la muerte no termina en el significado del cese de las funciones vitales de la persona; la muerte de un ser humano no se puede reducir al simple fin biológico debido a que existe una participación del carácter personal del hombre, dentro de este concepto de morir, que impide que la biografía del ser humano se pueda reducir a su biología.

En resumen, la muerte es, sin duda, el proceso biológico de destrucción del organismo que pone fin de la trayectoria vital de la persona que fallece.

1.2. DIMENSION BIOMÉDICA

La biomedicina y la perspectiva de la muerte bajo la cultura médica se ve directamente influenciada por los grandes avances de la medicina intensiva junto con las nuevas tecnologías, que han modificado fundamentalmente el concepto de muerte. Gracias a estos adelantos se ha revolucionado el cuidado en las etapas finales de la vida y se ha “rescatado de la muerte” a un gran número de pacientes. El fallecimiento en el contexto hospitalario y desde el punto de vista científico, ha llegado a valorarse como resultado de un fracaso técnico y no como un acontecimiento del propio ciclo vital. Según Wolinsky: *“cada sociedad tiene su propia imagen de la muerte, y hemos asistido a una transformación desde la consideración de la muerte como acontecimiento natural a creamos la obligación de buscar los más sofisticados sistemas capaces de mantener viva a la persona, rechazando la muerte a cualquier precio”* (Wolinsky, 2007: 10)

En resumen, la biomedicina contextualiza el concepto de muerte como el fracaso médico.

Con el paso de los años y gracias a los avances biomédicos y tecnológicos, se ha podido introducir dentro del marco hospitalario el concepto de muerte encefálica, la cual se diagnostica, con mayor prevalencia, en unidades de cuidados intensivos. Este concepto fue descrito y legalizado en 1968 por la Universidad de Harvard. Como dice Dolores Escudero este tipo de muerte es definida como *“el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencéfalo”* (Escudero D, 2009: 185)

Tal y como nos comenta González en su tesis (2017:41-42) *“la muerte ha ido tomando un carácter fisiológico, dejando a un lado el concepto de divinidad y dando paso a la tecnología.”* Asimismo se ha ido basando el ateísmo como base principal de la sociedad a la vez que se ha creado una clara independencia entre medicina y religión.

1.3. DIMENSION SOCIO-CULTURAL / ANTROPOLOGICA

Como nos muestra González (2017) desde una perspectiva cultural, la muerte puede ser analizada desde un punto de vista individual o bien social-colectivo. En el primer caso, la muerte individual se definiría como propio acto de morir que es vivido única y exclusivamente por el muriente. En el segundo caso, la muerte se vive como una experiencia colectiva, por acontecer en un entorno social y afectar a aquellas personas cercanas al moribundo, las cuales entran en una fase conocida como el duelo, que da significado a como las diferentes culturas que conviven en un mismo hábitat, viven la muerte del ser humano. Ante estas dos formas de analizar la muerte, solo existe un punto en común: que sucede.

Por lo común, el duelo suele acompañarse de tristeza, lágrimas, dolor, rabia en ciertas ocasiones y cierto desánimo, pero por lo demás la muerte para la sociedad como para el propio individuo se ve mediatizada y su afrontamiento vive en un constante cambio a lo largo de la vida.

Históricamente, las sociedades han desarrollado un cambio significativo en la contextualización de la muerte. En épocas anteriores la muerte era vivida como algo que *“tenía que suceder”*, donde la fe y la religión ayudaban a entender este hecho vital. Actualmente, esto ha cambiado. Se podría decir que, en una mayoría de casos, existe una *“crisis de la muerte”* y entendida bajo la perspectiva individual que anteriormente se mencionó. Existe una mayor dificultad en interiorizar la muerte como algo propio de la vida, puede que, debido al aumento de la esperanza de vida, al gran

desarrollo de la medicina intensiva, etc. De hecho, es un tema que incluso se esconde a los más pequeños; *“se ha recuperado la muerte como un “tabú” dentro de la sociedad en la que vivimos. También, se ha perdido la idealización de los dioses quien decidían cómo y dónde morir, ahora es la propia persona quien lo elige.”* (González, 2017: 41)

El duelo marca el comienzo de una etapa de transformación en la relación con el difunto, que será la de la relación entre los vivos y los muertos. En este sentido, podemos decir que los muertos no están jamás en su sitio, sino que siguen obsesionando a los sobrevivientes. Durante el período del duelo, los deudos deben aprender a integrar a la vida cotidiana la materialidad del cadáver, además de imponérseles deberes especiales en esta lúgubre etapa

En resumen, la muerte también es considerada como un hecho sociocultural por acontecer dentro de una determinada sociedad.

1.4. DIMENSION ETICO-LEGAL

Volviendo a mencionar los avances biomédicos y de ciencias afines que permiten la prolongación de la vida o el mantenimiento de las funciones vitales hasta ciertos límites, junto con el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas hace que un número considerado de pacientes lleguen a una situación terminal, la cual está caracterizada por la incurabilidad de la patología de base, un pronóstico de vida limitado, acompañado de un intenso sufrimiento personal y familiar. (González, 2017)

Si se añade la dificultad actual de entender la muerte como un hecho natural, da pie a que los hospitales y los profesionales que trabajan en dichos centros, sean los principales testigos de la muerte. Ante esta situación, el profesional sanitario se encuentra ante grandes dilemas éticos.

Si nos centramos en los cuidados intensivos, los profesionales que dedican su práctica en estos servicios donde se convive con la muerte, se encuentran en mayor número de ocasiones ante diagnósticos de muerte encefálica cuya situación es de exigencia ética: decidir entre prolongar el sufrimiento del paciente y familia o bien, poner fin a la vida. Hernández (2008: 42), en su reflexión bioética desde los cuidados intensivos, añade que *“se debe dirigir la mirada a los principios de la ética para mantener la dignidad del paciente ante este tipo de práctica clínica al final de la vida.”*

Es necesario recordar que los principios fundamentales de la bioética deben estar presentes en la práctica de la enfermera en todos y cada uno de los servicios en los que dedique su labor. La bioética y la enfermería conviven en su día a día y ayuda a una mejora en la calidad de la atención a pacientes y familias. A continuación, en la tabla 1 se definen las principales características de estos principios bioéticos.

No maleficencia	Evitar la realización de daño físico, psíquico o moral a las personas. Evitar la realización de intervenciones terapéuticas o diagnósticas incorrectas o contra indicadas por no tener ningún fin terapéutico, cuya realización ponga en riesgo la integridad física y la intimidad del paciente.
Justicia	Repartir equitativamente los beneficios, facilitar un acceso a la sanidad que no sea discriminatorio y sí adecuado y suficiente para todo aquel o aquella que lo necesite, haciendo un uso eficiente del mismo.
Autonomía	Permitir la autogestión de la vida y la toma de decisiones en relación a la salud y a la enfermedad del paciente.
Beneficencia	Promocionar el bienestar de la persona en todo proceso de enfermedad, realizando prácticas dirigidas y que respeten los distintos proyectos de vida que tenga cada paciente.

Tabla 1. Principios fundamentales de la bioética. Elaboración propia

La muerte y el proceso de morir han terminado siendo una situación vinculada al mundo hospitalario. La enfermería es una profesión que se enfrenta cada día a la muerte de otras personas y estas experiencias a menudo resultan difíciles y dolorosas, por lo que no debemos dejar de encontrar una actitud que pueda equilibrar tanto nuestros sentimientos de tensión, como la cobertura de las necesidades del paciente con una enfermedad terminal o en situación crítica.

2. LA MUERTE EN UCI

Las unidades de cuidados intensivos y la muerte establecen una relación directamente proporcional debido a la gravedad de los pacientes que ingresan en estas unidades.

Comúnmente en este ámbito hospitalario se ironiza con que la muerte es un compañero más entre todos los profesionales que trabajan en ella.

2.1. LA UCI EN ESPAÑA

El origen de la medicina intensiva data del año 1854-1856 en la Guerra de Crimea, que nace de la mano de la enfermera británica Florence Nightingale, quien comentó la conveniencia de que los hospitales contaran con una unidad especial cuyo objetivo fuera agrupar todo aquel enfermo crítico y dotarlo de los recursos necesarios para la recuperación de un proceso quirúrgico. Es por ello que las primeras referencias históricas que describen las unidades de cuidados intensivos se encuentran relacionadas a los momentos post-quirúrgicos. En este contexto, la primera UCI en EEUU se conoce como la creada en manos del neurocirujano Dr. W.E. Dandy, en 1940, con una capacidad para 4 pacientes y especializada en servicios post operatorios de neurocirugía (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS): sa).

Las siguientes UCIs post quirúrgicas, nacieron en Alemania tras las consecuencias derivadas de la Segunda Guerra Mundial, con lo cual los soldados heridos, tras ser operados, podían ingresar en ellas en función de su estado de salud.

Poco a poco y gracias a la evolución de la medicina intensiva, a comienzos de los años 50 se empezaron a crear las primeras unidades para cuidados intensivos respiratorios de la mano de la epidemia de poliomielitis que se originó en Dinamarca, en la cual se tuvieron que llevar a cabo traqueotomías con ventilaciones manuales a los pacientes.

Ante este contexto, la UCI como el concepto con el que se conoce en la actualidad, aquella área hospitalaria para pacientes en estado crítico, fue una consecuencia y evolución de las primeras unidades especializadas que se han comentado anteriormente.

Tras la consolidación de la UCI como sección hospitalaria, ha habido una evolución constante en los servicios abarcados de cara a mejorar la unidad en lo referido a tratamientos destinados al paciente crítico. Es por ello, que aún en la actualidad, se sigue escribiendo la historia de este tipo de unidades, gracias al avance de la ciencia y las tecnologías junto a la aparición de nuevas enfermedades.

Según Sahajún Palencia (2015) la primera UCI en España se creó en 1965 en la Clínica de la Concepción de Madrid y tras el accidente del médico Carlos Jiménez

Díaz, quien requirió de una asistencia de urgencia debido a su estado crítico, donde especialistas de la misma clínica improvisaron en una de las mejores habitaciones la que fue la primera UCI. Es a partir de entonces que con el desarrollo de la tecnología se ha ido modernizando el sistema asistencial hasta la actualidad.

En 1970 se creó la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos (SCCM). En 1982 surgió la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (ESICM), tal y como informa el artículo analizado (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS): sa).

Inicialmente, los encargados de la dirección de dichas unidades eran médicos especialistas tales como: neumólogos, cardiólogos, internistas y anestesiólogos. Ante este contexto, con el paso de los años fue necesaria la creación de una nueva especialidad médica, la Medicina Intensiva, que en España fue concebida mediante el Real Decreto 2015/1978, ya que:

- Los pacientes críticos, independientemente de su enfermedad de base tienen en muchos casos características fisiopatológicas y clínicas homogéneas. Se comienza a diferenciar un grupo de pacientes que tienen sus procesos vitales alterados, con compromiso de su supervivencia, pero de un modo reversible.
- Estos pacientes con un claro riesgo vital, precisan de unas estrategias precisas, y específicas, de vigilancia y de tratamiento.
- Asimilar el significado y la utilización de los avances tecnológicos dirigidos a este tipo de enfermos. Una de las constantes de esta especialidad es el alto grado de sofisticación tecnológica.

En los últimos años, se ha podido añadir, a estas premisas iniciales, otras dos que tienen una importancia incuestionable:

- El principio bioético. Los avances tecnológicos han permitido en muchos casos luchar por la vida y mantenerla en circunstancias que con anterioridad eran impensables. Pero de aquí surgen cuestiones como: ¿pueden ser aplicadas a todos los pacientes y en todas las circunstancias? Surgen conceptos, como la autonomía del paciente, la adecuación de los cuidados al final de la vida (antes LET), encarnizamiento terapéutico, la confidencialidad y la privacidad de los pacientes... un punto constante de reflexión de nuestras actuaciones.

- El coste económico de estas unidades. Están dotadas de los mejores recursos técnicos obligando a los profesionales a gestionarlos de manera eficiente y de calidad.

La Unidad de Cuidados Intensivos, tal y como nos comentan Whiteley, Bodenham y Bellamy (2011: 2) *“es una zona hospitalaria donde ingresan pacientes con alteraciones fisiopatológicas que alcanzan un nivel de gravedad el cual representa una amenaza actual o potencial para su vida, pero que al mismo tiempo tienen una posibilidad de recuperación muy elevada”*

Tal y como refieren estos mismos autores en su libro, estas unidades están formadas por un equipo multidisciplinario, que se compone de: personal de enfermería, personal médico, fisioterapeutas, farmacéuticos, dietistas, auxiliares de enfermería y zeladores que se encargan de la recuperación del paciente de forma óptima y equitativa en todos los niveles.

Las funciones del profesional intensivista se basan en los siguientes puntos:

- La reanimación y la estabilización
- La optimización fisiológica de los pacientes para prevenir la insuficiencia orgánica
- La facilitación de las cirugías complejas
- El mantenimiento de la función de los órganos que fracasan
- El reconocimiento de la futilidad del tratamiento

Los pacientes neurocríticos y los poli-traumatizados son enfermos que se encuentran habitualmente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y, como todo paciente en estas unidades, es un enfermo pluripatológico, susceptible de padecer complicaciones durante su estancia hospitalaria. Por ello, es importante considerar la necesidad de herramientas para mejorar los cuidados de enfermería, permitiendo una atención integral, segura y eficaz.

Tal y como se refleja en el artículo *El rol de la Enfermería en la Terapia Intensiva para adultos* publicado en el Diario Dicen, el rol de enfermería se ha ido desarrollando según el incremento de las necesidades de una manera más especializada. Este profesional proporciona cuidados a pacientes en una situación crítica con un gran compromiso vital, orientándose a una atención integral del usuario y a la vez que se incluyen aspectos bio-psicosociales. Destacar que enfermería también desarrolla un

rol propio, él cuida, ejecutando y elaborando planes de cuidados de forma independiente, además de ejecutar un rol de responsabilidad compartida con otros profesionales.

Según Guevara, Zambrano y Evies (2007: 5) *“todo profesional que trabaja en la UCI debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos (altruista, empática, capaz de enfrentar el estrés, etc.), emocionales, científicos y tecnológicos.”*

2.2. MORIR EN LA UCI

Por más que se evite pensar en la muerte, ella vive en lo cotidiano de todos los que trabajan en las UCI. De hecho, el número de muertes en estas unidades ha aumentado considerablemente en los países desarrollados. Se estima que una de cada cinco muertes se produce en estas unidades, cifras que apuntan a aumentarse a medida que envejezca la población (Gálvez, del Águila, et al. 2012).

Las UCIs son ambientes especializados, que cuentan con recursos materiales y humanos para combatir la muerte, pero al mismo tiempo, el hecho de tratar con pacientes graves o terminales, convierten estos recintos en los más agresivos y tensos del hospital.

El final se presenta como una posibilidad real y resulta muy complicado evitar sentir su presencia. Estos sentimientos e impresiones no son permeables para el paciente, sino que afectan de manera equitativa a sus familiares y al equipo que ofrece los cuidados.

El proceso de muerte en las Unidades de Cuidados Intensivos se intensifica debido a la relación directa que el profesional establece tanto como con el paciente como con su familia. Según Souza e Souza, Mota Ribeiro, et al (2013), los profesionales de enfermería están expuestos a casos de afrontamiento de muerte de personas que se encuentran a su cargo, por esta razón los sentimientos de culpa y de fracaso terapéutico se encuentran a flor de piel. También surgen sentimientos de tristeza, impotencia, sufrimiento y temor.

Conociendo el afecto que está presente en estas situaciones, aparece la dificultad añadida de poder separar dichas emociones de la vida personal del enfermero, lo cual implica una nueva gestión subjetiva y la búsqueda de recursos que faciliten separar lo profesional de lo laboral. En este contexto, el grado de experiencia puede ser de

ayuda a la hora de solucionar esta mezcla de sentimientos que surgen en situaciones como las mencionadas.

Tal y como nos comentan autores tales como Souza e Souza, Mota Ribeiro, et al (2013: 222-229) muchas veces *“la falta de preparación de algunos enfermeros en lidiar con la muerte es mencionado como una falla de la enseñanza en la graduación”*.

Como nos muestra Do Carmo Vicensi (2016), para Kübler-Ross uno de los aspectos que pueden favorecer la preparación de los profesionales ante la muerte, resulta de pensar en su propia finitud y siendo conscientes de la inevitabilidad de la muerte y el morir. Ejercitar esa conciencia ayuda a desarrollar capacidades al profesional para combatir el respeto, y en ocasiones miedo, que crea la muerte. Mirarse a los ojos, ser conscientes de la suerte que tenemos de poder convivir con los nuestros, el ser único, singular, son aspectos que ayudan a comprender la muerte como algo natural y propio de la vida y fomentar el coraje necesario para aceptarla cuando llega.

Por otro lado, la autora citada anteriormente, también hace referencia a Alves y Selli, que definen la integralidad en la asistencia como la forma eficiente y humanizada de acción en salud. Esta necesita de un equipo multidisciplinario con la capacidad de ayudar a individuos con enfermedades terminales y a sus familiares, amparándolos en ese momento crucial y respetando su espiritualidad y creencias tanto como se deben respetar sus características biológicas y decisiones racionales.

En este contexto teórico y conceptual, la bioética da lugar a la reflexión ética acerca de las acciones concretas que involucran el comportamiento cotidiano de los profesionales de estas unidades. Además, demuestra que cuidar integralmente al paciente en proceso de morir es tan importante como la cura de aquellos que cuentan con esa posibilidad. Proporcionar una buena muerte es prestar cuidados con dignidad y respeto, proporcionando un final con el mínimo posible de sufrimiento y sin dolor.

Dentro de las dificultades que el profesional sanitario se enfrenta, destaca la formación deficiente acerca del proceso de morir. Pese a los grandes avances de la medicina intensiva en relación al tratamiento de la patología aguda, el proceso formativo de cómo combatir la muerte y permitir que esta sea digna, se encuentra muy desfasado. Esta falta de conocimiento se encuentra muy relacionada con la sociedad y el existente tabú que la población reconoce ante este tema.

Las investigaciones realizadas por Kübler-Ross (2016; 64-72) demuestran que los profesionales de la salud y en especial los enfermeros y enfermeras, por el constante contacto con el paciente, también sufren al acompañar a la persona en el proceso de

morir. La autora dice: *“Al comienzo de mi trabajo con pacientes moribundos, observé que el personal del hospital sentía una necesidad desesperada de negar que hubiese pacientes en fase terminal sobre su responsabilidad”*.

El papel de la enfermería debe destacarse cuando se debate ese tema en el ámbito de las UCI. Esto se debe a que es la actividad que acompaña más de cerca y con más frecuencia el cotidiano de las personas en situación terminal y de sus familiares, aunque la atención sea multidisciplinaria. La enfermería es directamente responsable por la búsqueda de los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida de la persona enferma y por la preparación adecuada para el proceso de morir cuando se torne inevitable.

La formación de los profesionales se encuentra muy centrada en la manera en que el profesional debe enfrentar la muerte y el proceso de morir en los pacientes, desde una perspectiva que se centra en prolongar la vida y emplear todos los recursos para evitar la finitud. Sin embargo, se encuentran poco preparados para dar asistencia al paciente limitado que vive sus últimos momentos (Do Carmo Vicensi; 2016).

Pese a que existen instituciones que dedican recursos a la formación de sus estudiantes ante este proceso vital, todavía no es suficiente para poder afirmar que los profesionales están dotados de recursos que ayuden al afrontamiento y el cuidado excelente en pacientes terminales.

Así pues, la muerte es un proceso al que los profesionales intensivistas se tienen que enfrentar en su día a día y con el cual emergen sentimientos varios debido a la relación y vínculo tan estrecho que se establece entre profesional y paciente.

2.3. LA ENFERMERIA EN UCI

En la actualidad, muchos estudios (González; 2017, Souza e Souza, Mota Ribeiro, et al; 2013), apuntan a que la muerte ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural y ser considerado como un fracaso a nivel sanitario. Este cambio de conceptos origina una sensación de impotencia considerable.

En este tipo de unidades, se tiene la máxima que ingresan pacientes los cuales tienen alguna esperanza de vida y por ello, se les ingresa en estas unidades capacitadas de recursos técnico-sanitarios útiles para luchar por la vida del enfermo. Sin embargo,

pese a estos recursos, los números apuntan que el mayor número de muertes hospitalarias existen en las UCI's.

Por lo que enfermería incumbe, su papel en UCI tiene el hándicap de ser el colectivo sanitario que está en mayor contacto con este proceso de morir del enfermo y el duelo de sus más allegados. Esta proximidad conlleva a la vivencia de reacciones emocionales, que, de no atenderlas y canalizarlas de forma apropiada, pueden manifestar ansiedad y estrés. Si a este padecimiento se le añade la tensión asistencial que este servicio conlleva, puede llevar a un agotamiento emocional y afectar a la correcta práctica de los cuidados enfermeros.

El lazo enfermero-muerte, no debe impedir la expresión de los malos sentimientos, sino que es necesario que tengan una mejor comprensión sobre morir para poder sufrir menos, controlar sus emociones y poder ayudar a los pacientes y sus respectivas familias.

Como mencionan Frutos Martín, Iglesias Guerra, et al (2007) esta atención enfermera se centra en un cuidado integro del paciente el cual atiende a todas sus necesidades, adaptando este plan de cuidados a las características tanto del propio sujeto como a su familia, centrado en las siguientes necesidades: respirar, comer y beber, eliminar, mantener el cuerpo limpio, control de piel y mucosas, movilización, evitación de peligros, sueño y descanso, control del dolor y autorrealización.

Citado anteriormente, la atención a la familia es un punto clave en el rol que formula el profesional enfermero. Es muy importante que a estos parientes se les dé una seguridad psíquica. También se debe establecer una relación de empatía entre la familia y el profesional para que estos se sientan protegidos, tengan constancia de los recursos personales, todo esto gracias a una escucha activa y al respeto hacia la persona.

Ante la orientación de este estudio, nos resulta importante la diferenciación de la enfermera de cuidados intensivos y la de cuidados paliativos. Pese a tener en común la muerte en la práctica clínica, la enfermera de cuidados paliativos está específicamente entrenadas para el abordaje del paciente terminal y suelen recibir apoyo especializado para hacer frente a la muerte. En contraposición, la enfermera de cuidados intensivos, por norma general, no reciben el mismo apoyo ni están entrenadas para el abordaje clínico de el proceso de morir, generándose así un elevado grado de estrés en estos profesionales (Do Carmo Vicensi; 2016).

3. FILOSOFÍA DE PATRICIA BENNER

Patricia Benner, nacida en Hampton, Virginia en el año 1942 es una doctora en enfermería, profesora de la Universidad de California, San Francisco. También es reconocida como la autora, de su libro *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* donde realiza una clasificación precisa de los niveles de experiencia que el profesional de enfermería adquiere según sus años de experiencia y sus vivencias laborales, aplicando el *Dreyfus model of skill acquisition* a la práctica enfermera. Este modelo, originado por Stuart Dreyfus y su hermano Hubert Dreyfus, trata sobre como los estudiantes y profesionales adquieren habilidades a través la instrucción teórica y la práctica, dando una visión del progreso del profesional.

Según Benner, el proceso de principiante a experto es una adquisición de habilidades y conocimientos que se basa en la independencia, en la toma de decisiones y en un aumento del pensamiento crítico.

3.1. NIVELES DE EXPERIENCIA ENFERMERA

Esta clasificación está dividida en cinco estadios que se clasifican según este grado de experiencia y profesionalidad. Todos los niveles están referenciados según Benner, 1984.

Nivel 1: Principiante

Los principiantes, no han tenido nunca una experiencia previa a la situación a la que deben presentarse. Para que estos ganen experiencia e inicien su desarrollo es necesario una formación objetiva sobre conocimientos básicos: peso, temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, entre otros parámetros valorables. Realizan una acción más teórica o guiada más hacia los fundamentos teóricos.

Su práctica enfermera, al no haber tenido una experiencia previa ante determinadas situaciones, se ve influenciada por normas y deberes impuestos por profesionales de experiencia superior. Son ellos quienes guían, supervisan y definen las líneas de acción que los principiantes deben seguir.

Un ejemplo claro sería los estudiantes de enfermería, así como también cualquier enfermera(o) que no haya tenido contacto previo con una situación clínica concreta (

Nivel 2: Principiante avanzado

Son aquellos que pueden demostrar un desempeño, mínimamente aceptable, después de haberse enfrentado a situaciones reales de las cuales aprenden, o también gracias a que un tutor le haya indicado los elementos necesarios para afrontar esa situación.

Para lograr esta etapa, el profesional debe haber integrado los conceptos teóricos de la etapa anterior y ser capaz de aplicarlos en la práctica, para conseguir cierta libertad de acción en situaciones posteriores.

Existe un punto en común entre el principiante y el principiante avanzado, quienes encuentran como nuevas muchas de las situaciones clínicas a las que se presentan y deben recordar los conceptos aprendidos en la etapa anterior.

Nivel 3: Competente

Competente, tipificado por la enfermera que ha pasado por las mismas situaciones en un plazo de dos a tres años. Es entonces cuando el profesional empieza a ver sus acciones en términos de objetivos o planes a largo plazo de los cuales es totalmente consciente. Este profesional será capaz de crear su propio plan de cuidados ante situaciones clínicas anteriormente vividas, donde aplicará los conocimientos y aspectos que considere primarios e imprescindibles y diferenciará aquellos que sean secundarios.

La enfermera(o) competente, ya se encuentra capacitada para establecer una perspectiva y un análisis holístico del problema real.

Sin embargo, aún carece de rapidez y flexibilidad a la hora de tomar decisiones, pero tiene la capacidad para hacer frente y responder a las situaciones de la enfermería clínica.

Nivel 4: Eficiente

Los enfermeros eficientes entienden una situación clínica en su conjunto y sus actuaciones están guiadas por máximas, como por ejemplo los protocolos. Estos

profesionales tienen la capacidad de analizar la gravedad de toda situación clínica, gracias a una perspectiva interna que nace de la propia experiencia.

La enfermera(o) eficiente entiende la situación como un conjunto de factores que comprometen la salud de la persona siendo capaz de intuir la prioridad de los mismos y ofrecer una respuesta. La experiencia previa dota a este profesional de la capacidad de modificar sus acciones y reconducir sus cuidados.

El factor clave para diferenciar del resto de etapas es la intuición y el análisis holístico del pudiendo en primera línea.

Nivel 5: *Expertice*

El profesional de enfermería experto ya no requiere de la utilización de las máximas o guías de práctica clínica para aplicar su conocimiento en la práctica laboral.

En este último nivel podríamos ver a los profesionales que son capaces de conectar su conocimiento de la situación con la acción apropiada, sin perder tiempo en diagnósticos alternos.

En este caso también juega un papel fundamental el dominio interno. Las actuaciones de enfermería nacen de manera espontánea e intuitiva y son las adecuadas para cada situación clínica.

La filosofía de Patricia Benner resulta un aspecto clave para la elaboración de nuestro proyecto. La clasificación según niveles de experiencia que fundamenta, nos resulta de especial interés a la hora de realizar el estudio y contactar con el profesional de enfermería de UCI debido a que partimos de la premisa que los niveles de experiencia son un aspecto diferencial para vivir el proceso de muerte de los pacientes y que, en base a estos, se establecen diferentes estrategias de afrontamiento. Además, el papel de Benner en este trabajo, le aporta un enfoque propio de enfermería.

4. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Previamente al inicio de nuestra investigación, partimos de unos antecedentes de estudio que guían nuestro proyecto y que nos ayudan a enfocar el análisis que queremos realizar.

En relación al concepto de muerte los estudios realizados por Pessini, Barchifontaine (2010; 130-143) apuntan a definirla como un fenómeno propio de la vida que despierta temor en el ser humano. La manera de encarar estas situaciones ha ido cambiando con el paso de los años, desde la duración de la misma hasta los rituales que se utilizan. La evolución del concepto propio de morir ha partido desde una perspectiva más espiritual, caracterizada por un duelo más prolongado y rituales más exhaustivos según las creencias y religiones. Philippe Ariès en su libro *História da Morte no Ocidente* (2003), menciona que paralelamente al avance de la medicina intensiva, la muerte ha ido cobrando una perspectiva más biomédica, que se ha visto influenciada por el avance científico y recursos tecnológicos que han permitido aumentar la supervivencia del paciente crítico.

En resumen, partimos de un concepto de muerte del paciente crítico que se aleja de lo espiritual y se enfoca bajo dimensiones biológicas, biomédicas, antropológicas y ético-legales.

Por otro lado, el profesional de enfermería de unidades de Cuidados Intensivos se encuentra en contacto directo con la muerte. Se establece un vínculo con el paciente al desarrollar todos los cuidados desde el ingreso hasta su fin, de manera que el afrontamiento de la muerte puede suponer una dificultad para este profesional. El vivir este proceso en primera línea por el profesional, origina en él una serie de sentimientos y emociones. En el estudio llevado a cabo por Molero Pardo, Ávila Rodríguez, et al (2008; 22-26) los sentimientos destacados son de rabia e impotencia en primer lugar, apareciendo la tristeza posteriormente al recordar casos concretos que el enfermero ha vivido. Se refleja también que en aquellos casos con característica intrínsecas: pacientes jóvenes, enfermedades raras o situaciones que marcan al trabajador, hacen que estas experiencias sean recordadas con el paso de los años.

En este artículo también se reflejan los recursos de afrontamiento, en cuyo apartado también se refiere que los profesionales no solo necesitan de una formación científica o empírica, sino que también se deben dotar de conocimientos más profundos y empatía para poder enfrentará diferentes conflictos éticos que aparecen en UCI,

fomentando una asistencia de calidad y una atención integral humana al paciente crítico.

Existe una deficiencia de la formación académica, afirmación que realiza Do Carmo Vicensi (2016; 64-72) en su artículo. Así pues, partimos de esta premisa contrastada en el resto de artículos consultados. Existe falta de conocimiento en relación a la preparación para actuar y acompañar en el proceso de muerte.

OBJETIVOS

Objetivo general

Estudiar las vivencias, sentimientos y afrontamiento del profesional de enfermería en el proceso de muerte en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos específicos

- Conocer las actitudes que se adoptan para asimilar mejor la pérdida de los pacientes.
- Comparar la vivencia de esta situación en los profesionales con mayor experiencia así como los más noveles, con el fin de encontrar si existen diferencias de afrontamiento.
- Investigar si el profesional de enfermería es capaz de separar los sentimientos que emergen de la práctica laboral de los propios de su vida personal y a su vez comprobar si el estrés laboral es un factor influyente.

HIPÓTESIS

Puede ser que los profesionales de enfermería experimenten diferentes sensaciones en relación a la vivencia del proceso de muerte. Sin embargo, pueden existir diferencias a la hora de afrontar estas situaciones según la experiencia del profesional, la parte subjetiva del mismo y los recursos que se utilicen para afrontar la pérdida de un paciente.

La reacción frente a la muerte varía de una persona a otra y depende de factores individuales y ambientales, tales como características personales, creencias, relación con el paciente que fallece o experiencias previas relacionadas con la muerte.

Como ya hemos citado anteriormente, las personas que trabajan con pacientes de extrema gravedad son conscientes del estado crítico de los enfermos. Por lo tanto estos profesionales desarrollan un nivel de autogestión que facilita la formación de sus propias estrategias de afrontamiento.

METODOLOGÍA

El presente estudio, con el fin de responder al objetivo planteado, se centra en un estudio cualitativo de carácter fenomenológico como método de investigación. Está dirigido a los profesionales de enfermería que dedican su práctica laboral en unidades de cuidados intensivos en la provincia de Tarragona.

Con una previa revisión bibliográfica, que constituye nuestro marco teórico, la cual está basada en la búsqueda de información en las siguientes bases de datos: PUBMED, CUIDEN, DIALNET Y Scientific Electronic Library Online (SCIELO). La búsqueda avanzada se realizó con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) "Death", "Critical patient", "UCI" y "Nursing" al mismo tiempo que se utilizaron los operadores booleanos "[AND]" y "[OR]", de la siguiente forma: "Death" AND "Nursing" AND "UCI". La elección de estos descriptores se basó en artículos leídos anteriormente que usaban los mismos.

Se incluyeron los estudios que trataban de experiencias y conocimientos del profesional de enfermería ante el proceso de muerte en unidades de cuidados intensivos, además de aquellos que reflejaban los sentimientos y estrategias de afrontamiento del profesional, publicados en los siguientes idiomas: español, catalán e inglés. Los estudios que se revisan para este trabajo tienen fecha a partir del año 2008. También nos hemos ayudado de tesis doctorales publicadas en los últimos tres años y libros relacionados.

Toda esta metodología ha seguido un cronograma (Anexo 1), el cual elaboramos con anterioridad al inicio del proyecto y que, tras finalizar la investigación, podemos afirmar que se han cumplido los tiempos previstos.

Para la recolección de datos, se utilizó una entrevista semiestructurada en profundidad (Anexo 2), que abordó aspectos relacionados con el concepto de muerte, sentimientos que emergen, reacciones y dificultades que surgen ante la práctica enfermera en el caso a estudiar, así como la posible formación previa que el profesional de enfermería puede recibir acerca del fallecimiento.

Como criterios de inclusión para la selección de profesionales, tenemos en cuenta los siguientes:

- 1) Profesionales de enfermería que trabajen en una unidad de cuidados intensivos, independientemente del sexo, con la titulación necesaria para trabajar en este servicio.
- 2) Sin tener una edad concreta, profesionales que se adapten a los grados de experiencia que propone Patricia Benner. Así mismo, con el fin de hacer una comparativa entre los profesionales, también se incluyen aquellos que se corresponden con el concepto de novato que la misma autora establece.
- 3) Profesionales de enfermería de varios servicios de cuidados intensivos con interés de participar en el estudio y que den su consentimiento informado.

En contraposición, como criterios de exclusión, se tendrían en cuenta aquellos que:

- 1) Profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos, que hayan experimentado una pérdida reciente ya que podría modificar sus vivencias.
- 2) Todo aquel profesional que no se corresponda con la clasificación utilizada de Patricia Benner.
- 3) Aquellos que no estén interesados en participar en este estudio y que a su vez, no den su consentimiento informado.

Estas entrevistas fueron realizadas a seis participantes, fuera de las unidades de cuidados intensivos y de la misma institución hospitalaria, durante los meses de febrero y marzo de 2018. Se llevaron a cabo de forma individual y con una fecha y horario programado en base a la disponibilidad de las entrevistadas. El idioma en el que se realizó la entrevista fue elegido por la participante, dándole a escoger entre el catalán y el castellano. Se siguió la clasificación de Patricia Benner para escoger a las voluntarias, y se realizaron dos entrevistas por cada uno de los siguientes grados: principiante, competente y experta.

La entrevista fue desarrollada en base a los siguientes puntos: contextualización del concepto de muerte, sentimientos y emociones ante las experiencias de muerte, efectos de la vivencia y estrategias de afrontamiento y, por último, opinión sobre la posible formación ante este proceso de muerte. Se grabaron las voces de las participantes para posteriormente ser transcritas, las cuales mostramos en el Anexo 3, con el fin de preservar las expresiones del lenguaje utilizado por los entrevistados. Una vez finalizada la entrevista y transcrita, se llevó a cabo el análisis del contenido de la entrevista a partir de haber realizado previamente un análisis individualizado de cada entrevista (Anexo 4).

Tampoco están incluidos los nombres de los profesionales que acceden a participar en nuestro estudio con el fin de preservar su intimidad y no vulnerar sus derechos. Así pues, se ha optado por identificarlas según su nivel de competencia profesional y una numeración según la informante la cual se refiere.

Cabe destacar que no se inició la entrevista sin antes haber recibido el consentimiento informado (Anexo 5) firmado, con la finalidad principal de respetar los principios éticos y jurídicos que este estudio de investigación debe cumplir. Además, este estudio ofrece la garantía de confidencialidad de la información según la Ley de protección de datos de carácter personal RD 15/1999.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, tras la realización y análisis de las seis entrevistas de nuestra investigación se procede a la discusión y comparación de manera intra y extra-grupo de los resultados obtenidos de cada nivel de experiencia definidos por Patricia Benner siguiendo la estructuración del análisis de la entrevista, con el fin de dar respuesta a nuestra pregunta de investigación.

Por lo que afecta al perfil de las enfermeras entrevistadas (tabla 2), se corresponde con el siguiente perfil sociodemográfico:

NIVEL EXPERIENCIA	EDAD	AÑOS DE EXPERIENCIA
PRINCIPIANTE 1	21	ESTUDIANTE
PRINCIPIANTE 2	24	ESTUDIANTE
COMPETENTE 1	29	8 AÑOS
COMPETENTE 2	27	7 AÑOS
EXPERTA 1	40	19 AÑOS
EXPERTA 2	35	15 AÑOS

Tabla 2: perfil de las entrevistadas. Elaboración propia.

Se inicia esta discusión con la comparativa entre las dos principiantas las cuales coinciden en la dimensión biológica para contextualizar el concepto de muerte. Ciertamente es que una de ellas, tras su primera experiencia en UCI, menciona haber modificado su visión de la muerte al presenciar en varias situaciones críticas el dominio de la perspectiva biomédica, definida por Wolinsky (2007;10) como *“la creación de la obligación de buscar los más sofisticados sistemas capaces de mantener viva a la persona, rechazando la muerte a cualquier precio”*. Perspectiva que también contempla nuestra segunda participante, la cual nos dice que visualiza también el concepto de muerte como el fallo en la técnica. Cabe destacar, que ambas hacen referencia al papel de la subjetividad propia del concepto de muerte y de las diferentes maneras en las que se puede vivir la muerte en relación a como cada persona la viva.

“Entonces para ti la muerte puede ser muy importante y para otra un proceso más de la vida, por lo tanto, habrá diferentes maneras de afrontar el mismo proceso” (Participante 1).

Seguidamente, nos encontramos con los sentimientos y emociones que surgen a raíz de los primeros procesos de pérdida. La primera de ellas manifiesta que sintió tensión, angustia, miedo y agobio por partes iguales en su primera experiencia, mientras que la

segunda hace mayor énfasis a la tristeza y compasión hacia los familiares de la persona fallecida.

“[...] falleció una mujer que yo y mi enfermera llevábamos. Era una mujer mayor, pero fue el hecho de ver a la familia tan destrozada lo que me hizo ver la realidad”. (Principiante 2)

Ambas hacen referencia al vínculo paciente-profesional. Cuando éste es más fuerte, surgen mayores dificultades para tratar el afrontamiento del proceso de pérdida, sin embargo, se sienten más realizadas durante los cuidados ofrecidos.

“Yo me sentí mejor y considero que hice algo por y para esa persona, pese a que acabara muriendo. Considero que esto es una tarea de enfermería. No lo soy aun, pero creo que cuando lo sea, me gustará establecer una relación con el paciente, hablar con él. Como lo veía tan vulnerable, sin que tuviera ninguna relación con su familia, pues eso me hacía acercarme a él”. (Principiante 1)

Como punto en común, encontramos que utilizan las mismas estrategias de afrontamiento: la necesidad de expresar la vivencia a sus personas más cercanas.

“Necesité hablarlo. Pude hablarlo y me sentí mejor tras haberlo hablado. Lo hablé con mi gente de confianza, quería que lo supieran y que fueran conscientes de que lo que estaba contando era importante”. (Principiante 1)

Las dos entrevistadas comentan que haber realizado una formación basada en pequeñas guías sobre el afrontamiento del proceso de pérdida habría sido de gran ayuda para poder gestionar mejor sus emociones y el proceso del proceso de duelo.

Siguiendo la clasificación de Patricia Benner y los niveles de experiencia que logra el profesional de enfermería, nos situamos en el tercer nivel y a continuación se analizan las entrevistas de las enfermeras competentes que han participado en nuestro estudio.

El concepto de muerte y su contextualización, encontramos que existen diferencias en cuanto a la definición que proponen cada una de las participantes.

Por un lado, nuestra competente 1, pese a contemplar la muerte de manera multifactorial englobando las cuatro dimensiones que contempla este estudio, la contextualización del concepto se ve influenciada por su práctica laboral y menciona reiteradamente la perspectiva ético-legal. Según comenta, en su unidad de cuidados intensivos, la muerte se prolonga en el tiempo de manera innecesaria ante pacientes con un pronóstico malo. Esto se debe en gran parte, al predominio de la dimensión biomédica y su paradigma: *“rescatar de la muerte”*. Continúa existiendo una jerarquización y un paternalismo en este tipo de unidades hospitalarias y el médico quien toma la última palabra.

“Uno de los médicos de mi unidad, por ejemplo, siempre dice que él viene a salvar vidas, lo dice tal cual. A salvar vidas, cuando muchas veces tienes que ver más allá, en relación a qué calidad de vida le va a quedar”. (Principiante 1)

Existe entonces un papel del profesional de enfermería fútil. Según comenta la enfermera competente 1, sus años de contacto con la muerte y vivir distintas experiencias le permite obtener un cierto conocimiento y prever el desenlace del paciente. Es entonces, cuando el papel de enfermería intenta opinar entre la medicina y contraponer el paradigma biomédico, sin embargo, sigue sin surgir efecto.

“Tu como enfermera, viendo la situación y con algo de experiencia que te permita ver hacia dónde van los tiros, te ves capaz de decirle al médico... ¿oye y con este paciente, que vamos a hacer? Y el contestarme: no, hay que seguir... ¿Hay que seguir hasta cuándo?” (Competente 1)

Por lo que afecta a nuestra segunda competente entrevistada, coincide con la competente 1 en la contextualización del concepto de muerte y el predominio de la biomedicina en las UCI. Sin embargo, a nivel personal, define la muerte con especial referencia a la dimensión biológica contemplándola como el fin de la vida, propio de la naturaleza humana.

Siguiendo la categorización definida para la discusión de este proyecto, en cuanto a los sentimientos y emociones que han vivido las participantes, tras la realización de las entrevistas encontramos que existen coincidencias en cuanto a los sentimientos que en ambas emergieron: temor y tristeza. Si bien la pérdida de un paciente a tu cargo puede llegar a ocasionar impotencia por no lograr su supervivencia, ambas participantes también referencian no haber sentido dicho sentimiento, ya que brindaron sus cuidados de enfermería con el fin de hacer del proceso lo más digno posible.

Cabe destacar que, ante la primera experiencia de muerte, imaginaban previamente a su vivencia, sentir ese miedo y temor que la misma palabra “muerte” origina. Tras haberla vivido, ninguna de ellas referencia haber sentido miedo.

“La primera vez me lo esperaba peor, tenía el miedo de que lo iba a pasar mal que lloraría mucho, me daba respeto ver la primera muerte. [...]. No me afectó tanto como me esperaba.” (Competente 2)

En mayor número de ocasiones, la enfermera competente 1 hace especial hincapié en el papel de la familia y el vínculo que se establece con los familiares. Esto supone una mayor dificultad para superar el proceso de pérdida y le hace vivirlo con más intensidad.

Con el paso de los años y paralelamente, la adquisición de un nivel de experiencia superior, permite vivir la muerte con menos temor. Sin llegar a acostumbrarse al ver

morir, ambas enfermeras comentan tener una mayor capacidad para anticipar los acontecimientos y poder prepararse ante la pérdida. Sin embargo, siempre hay casos que marcan la diferencia y se recuerdan con mayor claridad. Es en este punto, donde se contemplan diferencias entre ambas entrevistadas.

Así como la enfermera competente 1, comenta no haber realizado cambios ante el afrontamiento de las pérdidas de pacientes independientemente del vínculo establecido con las personas cercanas al enfermo, la enfermera competente 2, menciona que aquellos pacientes con los que ha establecido un menor contacto, donde el tiempo de ingreso ha sido corto y no se ha llegado a establecer un vínculo entre familia y profesional, resultan ser estas las muertes más difíciles de superar.

“Personalmente me afecta más una persona que lleva poco tiempo ingresada a una que lleva más. Cuando veo a la persona que lleva tanto tiempo sin avanzar, me da la sensación que es como alargar un proceso donde la familia está sufriendo, [...] Y entonces, cuando veo que se van, lo veo como un descanso para la familia”.
(Competente 2)

En cuanto a los efectos que surgen del contacto directo con el morir y las estrategias de afrontamiento que las participantes llevan a cabo, no se encuentran muchas diferencias. Ambas contemplan como estrategia principal, la expresión de sus emociones y de lo vivido con sus seres más cercanos. Mencionan la necesidad de sacar lo que sienten y buscar maneras de distracción para desviar su pensamiento.

Así como la competente 2 afirma que los años de experiencia le permiten obtener la capacidad de ir evitando llevarte el trabajo a casa, la competente 1 dice no haber encontrado la manera de colgar el uniforme y olvidarse de lo sucedido durante su jornada laboral.

Finalmente, ambas participantes coinciden en la necesidad de formación ante el proceso de muerte. Parecen no coincidir en cuanto al momento de formar al profesional. Por un lado, la competente 2 comenta la necesidad de formar desde el inicio: empezar por el estudiante de enfermería. Sin embargo, la competente 1 encara esta formación para más adelante, cuando la persona posee el graduado y ya ha tenido contacto con el morir. Es entonces cuando esta formación debe ser continuada y actualizada cada uno o dos años.

Para finalizar esta discusión llegamos al quinto y último nivel de clasificación de Benner en el cual se encuentran las profesionales expertas.

En primer lugar ambas realizan una contextualización del concepto de muerte basada en una perspectiva biológica. La primera participante la menciona como una etapa

más en la vida, pero que hoy en día está considerado como un tema tabú, y es esto lo que impide que se afronte de manera óptima.

Coincidiendo con la segunda experta, nos define también la percepción de muerte bajo una visión biológica y a la vez nos la relaciona con la perspectiva ético-legal, donde nos comenta, tal y como refiere la experta 1, en que la poca conversación que se da a este tema influye en la toma de decisiones relacionadas con el paciente, y es allí donde todo el equipo sanitario interviene para ayudar a escoger la mejor opción.

Haciendo hincapié en este aspecto, la segunda participante hace referencia al cambio que está surgiendo en esta toma de decisiones, ya que poco a poco no solo medicina interviene en este aspecto, sino que se incluye también al resto de profesionales y a la propia familia.

“Muchas veces nos encontramos que cuando ingresan en la UCI [...] se tienen que comunicar malas noticias, la pregunta de: ¿qué es lo que su familiar hubiera querido? [...] les supone una carga para decidir.

Encuentro que es un trabajo de enfermería y médica, ayudar a las familias a decidir, ayudar a que acepten el punto de "no retorno" y que no se vean responsables de decidir por ellos ...” (Experta 2)

Continuando con la clasificación establecida para la discusión de las entrevistas, nos encontramos en que ambas entrevistadas han experimentado sentimientos de tristeza ante las primeras experiencias con la muerte, y que hoy en día, estas situaciones siguen afectando. Aun así refieren tener una capacidad de autogestión mayor y de poder separar las emociones surgidas en el ámbito profesional con su vida personal. Del mismo modo las dos nos comentan que el hecho de poder observar y cuidar al paciente en su totalidad es un punto a favor para poder quedarse satisfecho con el trabajo de uno mismo, y a la vez para afrontar este proceso de pérdida.

“Hay muchos artículos que hacen referencia a que enfermería ejerce el papel de abogado de los pacientes por tener la tendencia intrínseca de proteger al paciente y esta es una posibilidad que creo que solo tenemos nosotros. Medicina informa, pero enfermería puede dar la información más relevante: la que se saca de la cama”.
(Experta 2)

En primer lugar, la experta 1 hace referencia que en su primer contacto con la muerte estuvo más pendiente de las técnicas que se le tenían que realizar al paciente que no del paciente en sí, y esto hizo que se sintiera mal consigo misma, aspecto que la diferencia de la segunda participante, que, con el paso de los años, refiere que no fue tan mala como se imaginaba, ya que la paciente que falleció lo hizo de una manera dulce y acompañada por ella, la enfermera.

Por otro lado, las dos expertas coinciden en que hoy en día aun les siguen afectando estas pérdidas. Por un lado, la experta 1 nos afirma que vivir todas estas experiencias ha hecho que valore más la vida y a la gente que tiene a su alrededor. También ambas refieren que hacer lo que se siente en el momento del fallecimiento es la mejor estrategia de afrontamiento, si se necesita llorar, abrazar, o simplemente estar en silencio se debe hacer, ya que así se empatiza con la situación y sobre todo con las familias.

“Si necesito llorar, lloro. Si necesito abrazar, lo hago. Yo me he puesto a llorar abrazando a la familia, y la familia me ha abrazado más fuerte y yo he llorado más fuerte aún”. (Experta 1)

Para concluir la discusión, cabe comentar que entre las dos participantes expertas existe una visión diferente sobre la formación del profesional ante el proceso de muerte. La primera experta nos refiere que la experiencia es la mejor formación para que cada uno pueda decidir sus propias experiencias de afrontamiento, las cuales se irán integrando y evolucionando según las vivencias. Y no solo eso, sino también dice que hasta que nuestra sociedad no visualice la muerte como algo natural, esto será un impedimento para poder avanzar en la formación.

Por otro lado, la segunda participante afirma que empatizar con el paciente es la formación que se realiza, así como, observar a tus otros compañeros en la unidad y el desarrollo de un aprendizaje por competencias.

“[...] el primer día no sabrás ni que decir. El segundo dirás una pequeña cosa y aparte darás una caricia o les preguntarás qué necesitan. Es como un aprendizaje que nadie me ha enseñado pero que, con las vivencias, vas adquiriendo la capacidad de acercarte y poder ser más competente”. (Experta 2).

Tras finalizar la comparativa entre las seis participantes en este estudio, también podemos observar diferencias extra-grupo, es decir, entre aquellas más noveles y las expertas, con lo que creemos conveniente dejarlas reflejadas.

Si bien la experiencia forma un pilar fundamental para contextualizar el proceso de muerte, todas las participantes coinciden en la definición de la muerte como un proceso multifactorial. Sin embargo, los años de rodaje en estas unidades hacen que las enfermeras competentes y expertas, introduzcan la dimensión ético-legal, la importancia de la familia en el proceso de pérdida y la visión holística del paciente terminal. Estas características diferenciadoras con las enfermeras noveles, permiten ofrecer unos cuidados integrales y de calidad al paciente.

La propia vivencia de ver al paciente fallecer, origina un sentimiento clave en las enfermeras más noveles: el miedo. Éste, va desapareciendo y toma un papel secundario en el afrontamiento de las enfermeras competentes y expertas, que, pese a sentir tristeza e impotencia del mismo proceso, tienen la capacidad de sacar el lado positivo de la muerte: la manera en que se despiden, como pasan sus últimas horas, enseñar a la familia del enfermo a acompañarlo, etc. Aspectos que ofrecen una muerte digna.

Los efectos de vivir con la muerte crean situaciones difíciles de gestionar por aquellas enfermeras novatas. Sin embargo, la experiencia permite a la enfermera impermeabilizarse y sobrellevar mejor esta situación de pérdida, gestionar sus emociones y evitar llevarse el trabajo al terreno personal. En cuanto al afrontamiento y sus estrategias, podemos afirmar que es uno de los puntos en el que menos diferencias se establecen entre las participantes. Todas ellas, mencionan y coinciden con la expresión verbal de la experiencia como técnica primaria para hacer frente a la situación.

Como segundo y último punto en el que coinciden todas las participantes, es la necesidad de formación sobre la muerte y el proceso que desencadena. Todas ellas comentan que unas bases teóricas de los conceptos mencionados, pueden facilitar la autogestión de emociones y facilitar el afrontamiento.

CONCLUSIONES

Tras la elaboración del proyecto y la posterior investigación realizada sobre qué vivencias experimentan los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, bajo la filosofía de Patricia Benner y su clasificación según la experiencia adquirida, podemos concluir que hemos logrado nuestros objetivos iniciales. Gracias a los objetivos planteados, hemos conocido qué vivencias, sentimientos y estrategias de afrontamiento que los profesionales utilizan ante este difícil proceso y cómo estos aspectos varían según el nivel de experiencia y el rodaje del profesional de enfermería.

En relación a la hipótesis planteada, tras el estudio procedemos a su afirmación. Existen diferencias en cuanto al afrontamiento de la muerte según el grado de experiencia del profesional, así como también pueden variar la autogestión de sentimientos y las estrategias utilizadas. Si bien no se contempló, a la hora de elaborar la hipótesis, el papel de la formación ante el proceso de muerte, tras la realización del estudio queremos destacar su importancia, tal y como mencionan todas y cada una de las entrevistadas.

Hemos podido comprobar que existen dos conceptos importantes en este proceso y que enfermería no acaba de tenerlos presente. Estos son la importancia de la familia en el proceso de muerte, favorecer el vínculo paciente-familia-profesional con el fin de conocer holísticamente la naturaleza de la persona a nuestro cargo para así, poder gestionar y facilitar el duelo de quienes se quedan. Este aspecto junto con, la falta de formación ante esta situación tan común en UCI, consideramos que pueden ser dos líneas de investigación y desarrollo importantes a tener en cuenta y poder aplicarlas en un futuro en nuestra práctica laboral.

Nuestro trabajo coincide con la previa revisión bibliográfica realizada, en cuanto a la contextualización del concepto de muerte, los sentimientos y estrategias que emergen en los profesionales. Esto nos ha permitido partir desde una base fundamentada y hacer más fácil la investigación.

No hemos tenido limitaciones importantes a la hora de elaborar el proyecto y el contacto con los profesionales ha sido correcto y sin dificultades.

APORTACIONES QUE DERIVAN DE ESTE TRABAJO DE FIN DE GRADO

Gracias a la propuesta de nuestra tutora, el día 12 de marzo de 2018, participamos en las terceras jornadas de estudiantes de enfermería organizadas por el ADEIC en Terrassa. Se trataba de una presentación, ya fuese en formato de comunicación o en póster, de un proyecto de investigación. En nuestro caso aprovechamos para presentar una exposición oral sobre la investigación que estábamos llevando a cabo en este trabajo de fin de grado mediante un soporte audiovisual. En esos momentos aun no habíamos podido extraer resultados y conclusiones sobre la investigación, así que nos centramos en explicar en profundidad la metodología que estábamos utilizando para la recolección de datos y el tema que se pretendía investigar.

Fue una jornada muy entretenida en la que pudimos ver otros tipos de estudios y proyectos de diferentes estudiantes, así como también, presentaciones de posters de temáticas muy variadas e interesantes.

En el anexo 6 incluimos los certificados de asistencia y de ponencia.

BIBLIOGRAFIA

Benner, P (1984): *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, 1a edición, California, Addison-Wesley.

Carrillo Algarra, Ana Julia, García Serrano, Lucila, Cárdenas Orjuela, Claudia Marcela, Díaz Sánchez, Ingrid Rocío, Yabrudy Wilches, Nataly (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32(1), p.346-361.

Díaz Tobajas, M., Juarros Ortiz, N., García Martínez, B. and Sáez Gavilán, C. (2016). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 16(1), p.246.

Do Carmo Vicensi, M. (2016). Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos. *Revista Bioética*, (Abril): 64-72.

Freitas, Tiago Luan Labres de Banazeski, Ana Claudia Eisele, Adriane de Souza, Elaine Natália Bitencourt, Julia Valéria de Oliveira Vargas Souza, Silvia Silva de. (2016). La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 41(3), p.322-334.

Frutos Martín M, Iglesias Guerra J.A. (2007). La persona en el proceso de muerte. *Enfermería Global*, (10), pp. 1-14.

Gálvez González M, del Aguila Hidalgo B, Fernández Vargas L, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C, Ríos Gallego F. (2013). Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. *NURE Inv*, 10(64).

Godoy García, J. (2008). Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI: Aportación de Enfermería. *Index de Enfermería*, 17(4).

González Carrasco, T. (2017). La construcción del proceso de morir en el área de urgencias: significados, actitudes y habilidades del personal de enfermería, Tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Breve historia de la medicina intensiva. (s.a). [ebook], p.1-9. Available at: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf> [acceso 7 Mar. 2018].

Machado, D., Figueiredo, N., Velasques, L., Bento, C., Machado, W. and Vianna, L. (2018). Cognitive changes in nurses working in intensive care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), p.73-79.

Molero Pardo, M. José. Ávila Rodríguez, Isabel M^o, Gil Pérez, Rocío. (2008). Perspectiva enfermera del proceso de la muerte en cuidados intensivos. *Enfermería Docente*. (89), p. 22-26.

Oviedo Soto, SJ, Parra Falcón, FM, Marquina Volcanes, M (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, (15), pp. 1-9.

Pérez Vega, M. and Cibanal, L. (2016). Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Revista CUIDARTE*, 7(1), p.121.

Rello, J, Alonso, S, et al. (2005): *Medicina Intensiva: Principios y práctica*, 1a edición, Tarragona.

Sahagún Palencia, JL (2015): *Prevalencia de diagnósticos de enfermería en la UCI*, Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid, Valladolid.

Silva. Whiteley, S.M., Bodenham, A, et al. (2011): *Cuidados intensivos*, Barcelona, Elsevier.

Souza e Souza, L., Ribeiro, J., Rosa, R., Gonçalves, R., Oliveira e Silva, C. and Barbosa, D. (2013). La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*, 12(4), p.222-229.

ARTÍCULO Y NORMAS DE PUBLICACIÓN: ENFERMERIA GLOBAL

VIVENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL PROCESO DE MUERTE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

VIVENCES OF THE NURSING PROFESSIONAL BEFORE THE DEATH PROCESS IN INTENSIVE CARE UNITS

Noelia Amezcua Sánchez¹

Angel Luis Rodriguez Fonoll²

¹ Universidad Rovira i Virgili. Estudiante Facultad de Enfermería-Campus Catalunya. Tarragona

² Universidad Rovira i Virgili. Estudiante Facultad de Enfermería-Campus Catalunya. Tarragona

E-mail: noelia.amezcua@estudiants.urv.cat

Teléfono: 630 47 55 85

Resumen:

El estudio pretende conocer las vivencias del profesional de enfermería ante el proceso de muerte en las UCI. Se trata de una investigación cualitativa realizada a partir de una previa revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema principal y añadiendo la filosofía de Patricia Benner, quien define los grados de experiencia que el enfermero va adquiriendo durante su práctica laboral. Se utilizó la entrevista semiestructurada para la recolección de datos, realizadas a profesionales de enfermería, seleccionadas a partir de los grados de experiencia de Benner y donde se trataron cuatro apartados previamente definidos: contextualización del concepto de muerte, sentimientos ante el proceso de pérdida, efectos y estrategias de afrontamiento del enfermero y opinión respecto a la necesidad de formación referente al proceso de morir. Como resultados se obtuvieron los siguientes: una contextualización de la muerte como proceso multifactorial, la tristeza y la impotencia como sentimientos predominantes, la expresión de los sentimientos y ofrecer cuidados hasta el último momento como estrategias de afrontamiento y, en última instancia, una clara necesidad de formación como punto en común entre las entrevistadas. Tras la investigación, podemos afirmar que existen diferencias en cuanto al afrontamiento de la muerte según el grado de experiencia del profesional, así como también pueden variar la autogestión de sentimientos y las estrategias utilizadas. Si bien no se contempló, durante la hipótesis, cabe destacar que tener una formación previa a la vivencia de muerte es de gran ayuda para la gestión del proceso.

Palabras claves: Muerte; unidades de cuidados intensivos; enfermería; sentimientos y estrategias ante la muerte.

Abstract:

The study aims to know the experiences of the nursing professional before the death process in the ICU. This is a qualitative research conducted from a previous literature review of articles related to the main topic and adding the philosophy of Patricia Benner, who defines the degrees of experience that the nurse is acquiring during their work experience. The semi-structured interview was used to collect data, made to nursing professionals, selected from Benner's experience levels and where four previously defined sections were treated: contextualization of the concept of death, feelings about the process of loss, effects and nurse coping strategies and opinion regarding the need for training regarding the dying process. The following results were obtained: a contextualization of death as a multifactorial process, sadness and impotence as predominant feelings, the expression of feelings and offering care up to the last moment as coping strategies and, ultimately, a clear need of training as a common point among the interviewees. After the investigation, we can affirm that there are differences in the coping of death according to the degree of professional experience, as well as the self-management of feelings and the strategies used. Although it was not contemplated, during the hypothesis, it should be noted that having a previous training to experience death is of great help for the management of the process.

Keywords: Death; intensive care units; nursing; feelings and strategies before death.

Introducción

Hablar sobre la muerte, en cualquiera de sus dimensiones, es tener presente toda la trayectoria vital que el paciente ha experimentado a lo largo de su tiempo. En determinadas situaciones, la muerte del otro puede suponer un recuerdo de la propia muerte, y esto añade una dificultad a las personas en dar a aquellos que han fallecido y a sus familiares, la ayuda y el afecto que necesitan para afrontar este proceso de pérdida ¹

El profesional de enfermería que trabaja en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), puede hacer de este proceso su compañero de trabajo y ser la muerte parte de lo cotidiano en sus vidas ². De aquí nos surge la necesidad de investigar qué vivencias experimentan estos profesionales y saber qué actitudes son las que hay que adoptar para poder llevar mejor la pérdida de pacientes y saber cómo actuar con los familiares de estos. La experiencia, a priori, puede favorecer el afrontamiento de este proceso y ser el profesional más noble quien encuentre más dificultades debido a su mayor vulnerabilidad ante estas situaciones.

Para definir el grado de experiencia del enfermero(a), en este proyecto se utiliza el modelo de Patricia Benner ³ referenciado en su libro titulado *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, (1984) que

establece las competencias requeridas por el profesional de enfermería durante la práctica clínica y define los grados de experiencia que va adquiriendo.

Morir origina miedo, dolor y soledad a todas aquellas personas que han estado presentes en el proceso y a todos los familiares que se quedan. Como profesionales sanitarios debemos asegurarnos de proporcionar la mayor excelencia en los cuidados ofrecidos a estos pacientes y familias con el fin de conseguir una muerte digna y a la vez, favorecer del mejor modo la adaptación de los familiares ante la situación que se enfrentan.

Material y Método

El proyecto, es un estudio cualitativo de carácter fenomenológico como método de investigación, dirigido a los profesionales de enfermería que dedican su práctica laboral en unidades de cuidados intensivos en la provincia de Tarragona.

Con una previa revisión bibliográfica basada en la búsqueda de información en las siguientes bases de datos: PUBMED, CUIDEN, DIALNET Y Scientific Electronic Library Online (SCIELO), se procedió a la realización de entrevistas semiestructuradas en profundidad que abordaban cuatro partes principales: contextualización del concepto de muerte, sentimientos que emergen, reacciones y dificultades que surgen ante la práctica enfermera en el caso a estudiar, así como la posible formación previa que el profesional de enfermería puede recibir acerca del fallecimiento. Además de establecer unos criterios de inclusión y exclusión previos, se siguió la clasificación de Patricia Benner para escoger a las participantes y se realizaron dos entrevistas por cada uno de los siguientes grados: principiante, competente y experta.

Cabe destacar que no se inició la entrevista sin antes haber recibido el consentimiento informado, ofreciendo la garantía de confidencialidad de la información según la Ley de protección de datos de carácter personal RD 15/1999.

Resultados

El estudio se ha realizado a seis enfermeras, clasificadas según tres niveles de la filosofía de Patricia Benner ⁴ que imparten su profesión en la Unidad de Cuidados Intensivos, y las entrevistas a estas se dividen en cuatro puntos que tratan los diferentes temas que rodean a la muerte de una paciente en UCI. En primer lugar se trata la contextualización del concepto de muerte, seguidamente de los sentimientos y emociones que emergen ante esta muerte, las estrategias de afrontamiento utilizadas y finalmente la opinión personal sobre una posible formación delante de este tema.

En primer lugar nos encontramos con los resultados obtenidos de ambas enfermeras principiantes, donde vamos que as dos coinciden en su concepto de muerte bajo una perspectiva biológica. Ciertamente es que una de ellas, tras su primera experiencia en UCI, menciona haber modificado su visión de la muerte

al presenciar en varias situaciones críticas el dominio de la perspectiva biomédica, definida por Wolinsky⁵ como “la creación de la obligación de buscar los más sofisticados sistemas capaces de mantener viva a la persona, rechazando la muerte a cualquier precio”. Perspectiva que también contempla nuestra segunda participante, la cual nos dice que visualiza también el concepto de muerte como el fallo en la técnica. Cabe destacar, que ambas hacen referencia al papel de la subjetividad propia del concepto de muerte y de las diferentes maneras en las que se puede vivir la muerte en relación a como cada persona la viva.

Seguidamente, nos encontramos con los sentimientos y emociones que surgen a raíz de los primeros procesos de pérdida. Ambas refieren haber sentido tristeza y compasión hacia la familia del fallecido. Refieren que cuanto más fuerte es el vínculo paciente-profesional⁶, las dificultades para el afrontamiento de la pérdida aumentan.

Siguiendo la clasificación de Patricia Benner y los niveles de experiencia que logra el profesional de enfermería, nos situamos en el tercer nivel y a continuación se analizan las entrevistas de las enfermeras competentes que han participado en nuestro estudio.

El concepto de muerte y su contextualización, encontramos que existen diferencias en cuanto a la definición que proponen cada una de las participantes.

Por un lado, nuestra competente 1, la contextualización del concepto se ve influenciada por su práctica laboral y menciona reiteradamente la perspectiva ético-legal. Según comenta, en su unidad de cuidados intensivos, la muerte se prolonga en el tiempo de manera innecesaria ante pacientes con un pronóstico malo. Esto se debe en gran parte, al predominio de la dimensión biomédica y su paradigma: “rescatar de la muerte”.

Por lo que afecta a nuestra segunda competente entrevistada, coincide con la competente 1 en la contextualización del concepto de muerte y el predominio de la biomedicina en las UCI. Sin embargo, a nivel personal, define la muerte con especial referencia a la dimensión biológica contemplándola como el fin de la vida, propio de la naturaleza humana.

En cuanto a los sentimientos y emociones que han vivido las participantes, tras la realización de las entrevistas encontramos que existen coincidencias en cuanto a los sentimientos que en ambas emergieron: temor y tristeza. Si bien la pérdida de un paciente a tu cargo puede llegar a ocasionar impotencia por no lograr su supervivencia, ambas participantes también referencian no haber sentido dicho sentimiento, ya que brindaron sus cuidados de enfermería con el fin de hacer del proceso lo más digno posible.

Una de las participantes competentes hace especial hincapié en el papel de la familia y el vínculo que se establece con los familiares. Esto supone una mayor dificultad para superar el proceso de pérdida y le hace vivirlo con más intensidad.

Aun así, ambas enfermeras comentan tener una mayor capacidad para anticipar los acontecimientos y poder prepararse ante la pérdida. Sin embargo, siempre hay casos que marcan la diferencia y se recuerdan con mayor claridad.

Las dos profesionales contemplan como estrategia principal, la expresión de sus emociones y de lo vivido con sus seres más cercanos. Mencionan la necesidad de sacar lo que sienten y buscar maneras de distracción para desviar su pensamiento.

Aquí podríamos observar una clara diferencia, y es que la competente 2 afirma que los años de experiencia le permiten obtener la capacidad de ir evitando llevarse el trabajo a casa, mientras que la competente 1 dice no haber encontrado la manera de colgar el uniforme y olvidarse de lo sucedido durante su jornada laboral.

Finalmente, ambas participantes coinciden en la necesidad de formación ante el proceso de muerte. Parecen no coincidir en cuanto al momento de formar al profesional. Por un lado, la competente 2 comenta la necesidad de formar desde el inicio: empezar por el estudiante de enfermería. Sin embargo, la competente 1 encara esta formación para más adelante, cuando la persona posee el graduado y ya ha tenido contacto con el morir. Es entonces cuando esta formación debe ser continuada y actualizada cada uno o dos años.

Finalizando el análisis de los resultados llegamos al quinto y último nivel de clasificación utilizado de Patricia Benner.

En primer lugar ambas realizan una contextualización del concepto de muerte basada en una perspectiva biológica. La primera participante la menciona como una etapa más en la vida, pero que hoy en día está considerado como un tema tabú, y es esto lo que impide que se afronte de manera óptima.

Coincidiendo con la segunda experta, nos define también la percepción de muerte bajo una visión biológica y a la vez nos la relaciona con la perspectiva ético-legal, donde nos comenta, tal y como refiere la experta 1, en que la poca conversación que se da a este tema influye en la toma de decisiones relacionadas con el paciente, y es allí donde todo el equipo sanitario interviene para ayudar a escoger la mejor opción.

Continuando con la clasificación establecida para la discusión de las entrevistas, nos encontramos en que ambas entrevistadas han experimentado sentimientos de tristeza ante las primeras experiencias con la muerte, y que hoy en día, estas situaciones siguen afectando. Aun así refieren tener una capacidad de autogestión mayor y de poder separar las emociones surgidas en el ámbito profesional con su vida personal. Del mismo modo las dos nos comentan que el hecho de poder observar y cuidar al paciente en su totalidad es un punto a favor para poder quedarse satisfecho con el trabajo de uno mismo, y a la vez para afrontar este proceso de pérdida.

Finalizando los resultados cabe decir que existe una visión diferente cabe comentar que entre las dos participantes expertas existe una visión diferente sobre la formación del profesional ante el proceso de muerte entre las dos expertas. La primera experta nos refiere que la experiencia es la mejor formación para que cada uno pueda decidir sus propias experiencias de afrontamiento, las cuales se irán integrando y evolucionando según las vivencias. Y no solo eso, sino también dice que hasta que nuestra sociedad no visualice la muerte como algo natural, esto será un impedimento para poder avanzar en la formación.

Por otro lado, la segunda participante afirma que empatizar con el paciente es la formación que se realiza, así como, observar a tus otros compañeros en la unidad y el desarrollo de un aprendizaje por competencias.

Discusión

Tras finalizar la comparativa entre las seis participantes en este estudio, también podemos observar diferencias extra-grupo, es decir, entre aquellas más noveles y las expertas, con lo que creemos conveniente dejarlas reflejadas.

Si bien la experiencia forma un pilar fundamental para contextualizar el proceso de muerte, todas las participantes coinciden en la definición de la muerte como un proceso multifactorial. Sin embargo, los años de rodaje en estas unidades hacen que las enfermeras competentes y expertas, introduzcan la dimensión ético-legal, la importancia de la familia en el proceso de pérdida y la visión holística del paciente terminal. Estas características diferenciadoras con las enfermeras noveles, permiten ofrecer unos cuidados integrales y de calidad al paciente.

La propia vivencia de ver al paciente fallecer, origina un sentimiento clave en las enfermeras más noveles: el miedo. Éste, va desapareciendo y toma un papel secundario en el afrontamiento de las enfermeras competentes y expertas, que, pese a sentir tristeza e impotencia del mismo proceso, tienen la capacidad de sacar el lado positivo de la muerte: la manera en que se despiden, como pasan sus últimas horas, enseñar a la familia del enfermo a acompañarlo, etc. Aspectos que ofrecen una muerte digna.

Los efectos de vivir con la muerte crean situaciones difíciles de gestionar por aquellas enfermeras novatas. Sin embargo, la experiencia permite a la enfermera impermeabilizarse y sobrellevar mejor esta situación de pérdida, gestionar sus emociones y evitar llevarse el trabajo al terreno persona. En cuanto al afrontamiento y sus estrategias, podemos afirmar que es uno de los puntos en el que menos diferencias se establecen entre las participantes. Todas ellas, mencionan y coinciden con la expresión verbal de la experiencia como técnica primaria para hacer frente a la situación.

Como segundo y último punto en el que coinciden todas las participantes, es la necesidad de formación sobre la muerte y el proceso que desencadena. Todas ellas comentan que unas bases teóricas de los conceptos mencionados, pueden facilitar la autogestión de emociones y facilitar el afrontamiento.

Conclusiones

Después de plantearnos los objetivos y estudiar sobre las vivencias que los profesionales de enfermería experimentan ante un proceso de muerte en las Unidades de Cuidados Intensivos, podemos afirmar que estos aspectos varían según el nivel de profesionalidad y el rodaje que el profesional enfermero haya adquirido a lo largo de su carrera profesional. A su vez, también cabe destacar que mayormente, e independientemente del grado de experiencia de este profesional, las estrategias de afrontamiento se relacionan con la idea de expresar estos sentimientos de angustia, así como también el hecho de estrechar un contacto personal con la familia

Tras esta investigación, y fomentándonos en una previa revisión bibliográfica la cual nos ha servido de gran ayuda, podemos concluir que hemos logrado nuestros objetivos iniciales. Gracias a esos objetivos hemos conocido que vivencias, sentimientos y estrategias de afrontamiento que los profesionales utilizan ante este difícil proceso y cómo estos aspectos varían según el nivel de experiencia y el rodaje del profesional de enfermería.

En relación a la hipótesis planteada, tras el estudio procedemos a su afirmación. Existen diferencias en cuanto al afrontamiento de la muerte según el grado de experiencia del profesional, así como también pueden variar la autogestión de sentimientos y las estrategias utilizadas. Si bien no se contempló, a la hora de elaborar la hipótesis, el papel de la formación ante el proceso de muerte, tras la realización del estudio queremos destacar su importancia, tal y como mencionan todas y cada una de las entrevistadas.

Hemos podido comprobar que existen dos conceptos importantes en este proceso y que enfermería no acaba de tenerlos presente. Estos son la importancia de la familia en el proceso de muerte, favorecer el vínculo paciente-familia-profesional con el fin de conocer holísticamente la naturaleza de la persona a nuestro cargo para así, poder gestionar y facilitar el duelo de quienes se quedan. Este aspecto junto con, la falta de formación ante esta situación tan común en UCI, consideramos que pueden ser dos líneas de investigación y desarrollo importantes a tener en cuenta y poder aplicarlas en un futuro en nuestra práctica laboral.

Nuestro trabajo coincide con la previa revisión bibliográfica realizada, en cuanto a la contextualización del concepto de muerte, los sentimientos y estrategias que emergen en los profesionales. Esto nos ha permitido partir desde una base fundamentada y hacer más fácil la investigación.

Bibliografía

¹Souza e Souza, L., Ribeiro, J., Rosa, R., Gonçalves, R., Oliveira e Silva, C. and Barbosa, D. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*, 2013. 12(4), p.222-229.

²Machado, D., Figueiredo, N., Velasques, L., Bento, C., Machado, W. and Vianna, L. Cognitive changes in nurses working in intensive care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018. 71(1), pp.73-79.

³Benner, P (1984): *From Novice to xpert: Excellende and Power in Clinical Nursing Practice*, 1a edición, California, Addison-Wesley.

⁴Carrillo Algarra, Ana Julia, García Serrano, Lucila, Cárdenas Orjuela, Claudia Marcela, Díaz Sánchez, Ingrid Rocío, Yabrudy Wilches, Nataly. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 2013. 32(1), p.346-361.

⁵Do Carmo Vicensi, M. Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos. *Revista Bioética*, 2016. p.64-72.

⁶Molero Pardo, M. José. Ávila Rodriguez, Isabel Mº, Gil Pérez, Rocío. Perspectiva enfermera del proceso de la muerte en cuidados intensivos. *Enfermería Docente*, 2008. (89), p. 22-26.

Normas de publicación: Enfermería Global

Estructura/Formato

- Los trabajos *originales* se ordenarán según los apartados habituales: Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Bibliografía.
- Se presentaran en formato Word, paginados, con interlineado sencillo, y con letra Arial tamaño 12.
- En la primera página debe constar el título en castellano e inglés, y además en portugués si es el idioma nativo del autor. Nombre de autores, identificación de la institución o centro de trabajo a la que pertenecen, y dirección, teléfono y e-mail de contacto del primer autor.
- El **título en el idioma original** del artículo debe estar en negritas, tamaño 14, centrado.
- La **traducción del título** debe venir en la siguiente línea, en negritas y centrado. Si hay más traducciones escribir cada una en una línea diferente.
- Los **nombres de los autores** deberán estar alineados a la izquierda, cada uno en un párrafo distinto y tamaño 12. Cada autor debe tener un número en formato superíndice indicando a qué afiliación pertenece.
- La(s) **afiliación(es)** debe(n) estar abajo del grupo de autores. Cada afiliación deberá estar en un párrafo y tamaño 12. Al inicio de cada afiliación estará el número en superíndice que lo relaciona con uno o más autor/es.
- El **autor para correspondencia** deberá estar alineado a la izquierda, tamaño 12.
- Presentación de Resumen (de 250 palabras máximo escritas a un espacio) y palabras clave (de tres a seis) en castellano, inglés y lengua nativa del autor, si fuera otra.
- El **resumen** debe venir después de la afiliación de los autores, alineado a la izquierda, tamaño 12. La palabra “Resumen:” debe venir en negritas y con dos puntos. El texto del resumen debe empezar en el párrafo siguiente, tamaño 12 y justificado. Para resúmenes estructurados (contiene secciones como Introducción, Método, Conclusiones, etc.), cada título de sección debe estar en negritas, seguido de dos puntos. El texto de cada sección del resumen debe venir en párrafos distintos.
- Las **palabras clave** deben estar después del resumen, tamaño 12. El texto “Palabras clave:” debe venir en negritas seguido de dos puntos. Cada una de las palabras clave deben estar separadas por coma o punto y coma, finalizadas por punto.

- El ***Abstract***, deberá estar alineado a la izquierda, tamaño 12. La palabra **Abstract**: debe estar en negritas y con dos puntos. El texto del resumen debe comenzar en un nuevo párrafo, tamaño 12 y justificado. Para abstracts estructurados, cada título de sección debe estar en negritas, seguido de dos puntos. El texto de cada sección del abstract debe venir en párrafos distintos.
- Las ***key words*** deben estar después del abstract, tamaño 12. El texto "Key words:" debe venir en negritas seguido de dos puntos. Cada una de las key words debe estar separadas por coma o punto y coma, finalizadas por punto.
- **Secciones/Subtítulos de párrafo**: Fuente tamaño 16, centrado, en negritas, con la primera letra en mayúscula.
- **Subsecciones/Subtítulos de párrafo secundarios**: Fuente tamaño 14, centrado, en negritas, con la primera letra en mayúscula. Cuando existan subsecciones de subsección formatear en tamaño 13 negrita y centrado.
- **Cuerpo del texto**: Fuente tamaño 12, justificado. *NO debe haber saltos de línea entre párrafos.*
- No se admiten notas a pie de página.
- **Cita textual con más de tres líneas**: Fuente tamaño 12, margen izquierdo de 4 cm.
- **Título de imágenes**: Fuente tamaño 12, centrado y en negritas, separado por dos puntos de su descripción. Descripción de las imágenes: tamaño 12.
- **Notas al pie de las imágenes**: Fuente tamaño 12 y centradas con respecto a la imagen, la primera letra debe estar en mayúsculas.
- **Imágenes**: deben estar en el cuerpo del texto, insertadas en formato png o jpg y centradas. Las imágenes deben estar en línea con el texto. Se consideran imágenes: gráficos, cuadros, fotografías, diagramas y, en algunos casos, tablas y ecuaciones.
- **Tablas de tipo texto**: El título de las columnas de las tablas debe estar en negritas y los datos del cuerpo de la tabla con fuente normal. Los nombres científicos deben estar en itálicas.
- **Notas al pie de la tabla**: Fuente tamaño 12 y centradas con respecto a la tabla, la primera letra debe estar en mayúsculas.
- **Citas del tipo autor y año** deben estar entre paréntesis, con el apellido del autor seguido por el año (Souza, 2007), primera letra en mayúscula.
- **Citas numéricas** deben estar entre paréntesis y con formato de superíndice ⁽¹⁾.
- Las **Referencias bibliográficas** deberán tener al inicio el número secuencial correspondiente.

- La Bibliografía debe presentarse utilizando el estilo “Vancouver”, citándose en el texto con números arábigos consecutivos, en superíndice y entre paréntesis por orden de aparición.
- Para citas y referencias de bibliografía electrónica consultar en [Internacional Committee of Medical Journals Editors](#).
- La extensión de los trabajos estará limitada a 16 folios sin incluir anexos.

Presentación de contenidos

- Título; Debe ser claramente indicativo del contenido del estudio, claro en su redacción y que no supere las 15 palabras.
- Resumen o Abstract: Debe presentar una descripción breve del objetivo del trabajo, el método utilizado, resultados obtenidos y principales conclusiones. No debe superar las 250 palabras.
- En el Resumen no se presentan abreviaturas, ni citas bibliográficas.
- Deben presentarse mínimo 3 palabras clave.
- Introducción: Debe contener la descripción y justificación del problema y/o investigación, aportación de referencias y/o citas bibliográficas que documenten sus contenidos y el objetivo del trabajo.
- En la Introducción, si se trata de una “Revisión bibliográfica”, el contenido de la Introducción debe identificar lo conocido publicado sobre el problema de investigación y antecedentes del problema.
- Objetivos: Deben ser concretos, descriptivos y medibles. Redactarse en infinitivo e indicar de forma inequívoca lo que el investigador pretende alcanzar.
- Metodología: Debe contemplar el material y método utilizado para la investigación/trabajo/estudio, muestra y características, temporalidad y ubicación del estudio, así como instrumentos/herramientas de medición, variables y tipología (si las presenta), tratamiento cualitativo o cuantitativo de datos.
- Respecto a la muestra (si la hay) especificar la población diana, la población accesible al estudio y la seleccionada.
- Respecto al tipo de estudio, explicarlo, concretar cómo se ha hecho la selección de la muestra (criterios de inclusión y de exclusión).
- Respecto a las herramientas de medición, describir validez y fiabilidad de cada instrumento utilizado: documentarlas si están validadas o explicar detalladamente cómo se han validado si son obra del autor.

- Resultados: Deberán estar relacionados con los objetivos/hipótesis y contenidos metodológicos de la investigación.
- Exponerlos ordenadamente y de forma secuencial según el proceso metodológico.
- Discusión: Se expondrá, a la luz de los resultados obtenidos, y referida a la relación de similitudes o discrepancias entre otros autores, siendo citados bibliográficamente, y los resultados obtenidos por el autor del artículo del estudio/investigación.
- Las interpretaciones de la Discusión deben basarse en los datos obtenidos, en función de los objetivos del estudio y sin repetir los resultados del trabajo.
- Discutir adecuadamente las limitaciones del estudio y la forma en que estas puedan afectar a las conclusiones.
- Se pueden sugerir recomendaciones, si procede.
- Conclusiones: Deben estar relacionadas con los objetivos, metodología y resultados del trabajo presentado.
- Las **Referencias bibliográficas** deberán tener al inicio el número secuencial correspondiente.
- La Bibliografía debe presentarse utilizando el estilo “Vancouver”, citándose en el texto con números arábigos consecutivos, en superíndice y entre paréntesis por orden de aparición.
- El número de referencias bibliográficas no debe pasar de 30 y, al menos un 50%, deben estar actualizadas (últimos cinco años).
- Para citas y referencias de bibliografía electrónica consultar en Internacional Committee of Medical Journals Editors.
- La dirección de la revista no se responsabiliza de las opiniones de los autores.

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma

	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Descripción del tema de estudio									
Objetivos, hipótesis y metodología									
Revisión bibliográfica									
Análisis y redacción									
Investigación cualitativa									
Análisis de los resultados y discusión									
Entrega del proyecto									

Anexo 2: Estructura de la entrevista

ESTRUCTURA DE LA ENTEVISTA

1. Contextualización del concepto de muerte. Definición. Perspectiva en la que lo contextualiza (biológica, antropológica, ético-legal, biomédica).
2. Sentimiento y emociones del profesional ante la muerte
 - a. Sentimientos en la primera experiencia ante este proceso
 - b. Sentimiento en las siguientes experiencias ante este proceso
3. Afectación y efectos de la misma ante la vida personal y profesional del enfermero y estrategias de afrontamiento ante el proceso de morir.
4. Opinión sobre la posible formación ante este proceso de muerte.

Anexo 3: Transcripción de entrevistas

PRINCIPIANTE 1

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE MUERTE

La muerte es un proceso que es por un lado biológico, porque hay algo que falla biológicamente hablando en el organismo de la persona y también es antropológico/social, por ser algo cultural y que acontece dentro de una sociedad y que cada persona lo vive de manera diferente.

Entonces para ti la muerte puede ser muy importante y para otra un proceso más de la vida, por lo tanto, habrá diferentes maneras de afrontar el mismo proceso.

Yo creo que la muerte debería ser natural, sin padecimiento, sin ningún tipo de encarnizamiento terapéutico. Quiero mencionar que en la UCI, he visto mucho encarnizamiento ante personas grandes de avanzada edad donde la muerte, acontecía de forma natural.

¿Y tu cambiarías esta actuación por parte del profesional de UCI?

Si por ejemplo fuera mi familiar, yo no hubiera querido que hicieran este tipo de técnicas dedicadas a mantener la vida. Yo personalmente, lo que viví fue que una abuela, de 86 años, que ya se había parado tres veces, habiéndola reanimado y bueno ella estaba ahí en “el limbo de la vida” y bueno, se volvió a parar y volvieron a hacer masaje cardíaco, medicación...

¿Y tú crees que esto es alargar el padecimiento?

Exacto, ya se ve que esa persona no tendrá calidad de vida. Si tu crees que la persona podrá continuar con una vida normal, adelante, haz lo que sea. ¿Pero si ves que la persona no va a tirar adelante, por qué le estas empeorando la calidad de vida?

Yo creo que la muerte no debería acontecer en una UCI sino en casa. Los de la UCI deberían decir: eh, este paciente ya no se puede hacer nada con él... y no dejarlo vivir el proceso de muerte entre biombos y bajo un ambiente de trabajo.

¿Consideras que se debería aplicar una mayor humanización en este tipo de situaciones?

Sí. Los profesionales se quedan en el control de enfermería, vigilando la central de arritmias hasta que les marca el “0” (frecuencia cardíaca) y entonces es cuando dicen:

“vale, se ha muerto”, ponen los biombos y dejan pasar a la familia. No se involucran en el momento de muerte.

¿Por qué piensas esto?

Pues porque si se involucrarán, se llevarían la muerte hacia el terreno personal. Ósea si es un paciente tuyo, si tú hablas con la familia, haces algo con la familia, padecerás el doble.

¿Consideras que el profesional de enfermería no se implica demás en la asistencia al morir por falta de tiempo?

Falta de tiempo o bien falta de formación. Yo creo que la UCI da vida, pero también alarga falsas esperanzas.

¿Entonces, para ti la muerte se contextualizaría bajo una mezcla de todas las perspectivas propuestas?

Sí. Es un proceso multifactorial. Desde la biológica: el corazón se para, desde la antropológica, por acontecer bajo diferentes culturas, ético legal pues cuando se le desconecta del ventilador y biomédico por poner fin a medidas terapéuticas que salven al paciente.

Pero bueno, lo veo todo muy muy frío si hablamos de morir en la UCI.

¿Sí?

Sí, es muy frío. Tu ves a las familias que están fuera en la sala de espera y a mi personalmente, sabiendo esto, si me pusiera en su lugar yo me moriría, no podría pasar por esta situación. El profesional de enfermería mantiene mucha distancia.

¿Y tu consideras que el profesional de enfermería establece esta distancia por miedo a implicarse demás en la muerte de los pacientes?

Si. Claro. Porque entonces padecerías más. Te importa, forma parte del trabajo del enfermero, pero considero que cada profesional reacciona de manera diferentes ante el proceso. Quizás entras siendo nuevo al servicio y se te muere el paciente del box 1 que está a tu cargo y no vivirás de la misma manera esa muerte, como quizás si la hubiera vivido la enfermera/o que ha estado con el paciente durante semanas.

Aunque realmente, no considero que esto sirva de excusa. La distancia por miedo a llevártelo a casa no es quizás la mejor manera de dar explicación a la distancia que se establece. Somos personas diferentes, pero en una UCI, estás en contacto con 2 pacientes únicamente, una media de 4h por paciente durante 5 días a la semana, sin

parar, esté como esté, estas con él y se crea un vínculo. Es normal. Y me he dado cuenta que no sé cómo gestionar este vínculo cuando el paciente muere. No hay formación que ayude a entender estas situaciones, al menos guías que ayuden a entender lo que sucede o en los casos que se requieran, a asistir el momento de muerte o de rescate.

Por ejemplo, cuando presencié el paro que he comentado antes, mi enfermera me dijo, ven y haz RCP. Yo no me ví capacitada. Me quedé bloqueada de ver a la abuelita en esa situación.

2. SENTIMIENTOS Y EMOCIONES ANTE LAS EXPERIENCIAS DE MUERTE

Primer sentimiento al presenciar una muerte, primero sentí tensión y miedo. Posteriormente, me vino una sensación propia de la adrenalina al ver a tanta gente dando respuesta al estado crítico de la persona. Sentí agobio por no querer molestar a nadie. Me quedé en shock.

La paciente recuperó el ritmo, se estabilizó y me mandaron sondar a la paciente, minutos posteriores. Cuando fui a realizar la técnica, se volvió a parar. Ahí sentí angustia, miedo. No sabía cómo gestionar la situación. La paciente tras varias reanimaciones, acabó falleciendo.

Realmente, cuando ví y entendí que la situación vivida me había afectado fue cuando llegué a casa. Entonces ya pensé *¡ostia!*

Es cuando llegas a casas cuando te paras a pensar, te empiezas a notar extraña y tampoco entendía el por qué, tampoco había establecido un vínculo muy maduro con la paciente. Solo quería que me preguntaran como me había ido el día y así poder explicar lo que había vivido.

Y el resto de mañana que estuviste en UCI, antes de llegar a casa, ¿cómo estuviste?

El resto de la mañana estuve normal. Aun no o había procesado por lo tanto no me paré a pensar. Es cuando llegas a casa, te lo planteas y te das cuenta que necesitas sacarlo.

Creo que, como estudiantes, no estamos preparados para afrontar estas situaciones.

¿Otros procesos de muerte, viste diferencias con el primero?

La siguiente experiencia la tuve con un paciente que estaba en intermedios. Era un paciente que yo había llevado en UCI. Era un señor que lo veía en el box y me daba pena y siempre que coincidía intentaba ir a su box y hablar, que me explicara. No tenía visitas, ni de familia ni amigos y me sentí que debía ir con él.

El me explicaba, yo también. Hablábamos de la vida, etc. Establecido un contacto con él, una relación de confianza pues me explicó su vida personal.

Y a la semana siguiente, me comunicaron que había fallecido. Yo no lo entendía, no entendía el por qué había pasado.

Establecí una diferencia enorme con la primera experiencia. El vínculo establecido fue clave para sentir y padecer más la segunda experiencia que no la primera.

¿Consideras que, si hubieras presenciado su muerte, habrías evitado el padecer tanto?

En parte. El desconocimiento del contexto en el que murió, es lo que más me angustia. Pero supongo que el equipo con el que se encontraba ofreció lo máximo para favorecer una muerte digna.

¿Yo quiero hacerte una pregunta, consideras que el haber establecido un contacto previo con el paciente, ayudó en algo para que la persona viviera el proceso de enfermedad crítica con una asistencia más eficiente?

Yo me sentí mejor y considero que hice algo por y para esa persona, pese a que acabara muriendo. Considero que esto es una tarea de enfermería. No lo soy aun, pero creo que cuando lo sea, me gustará establecer una relación con el paciente, hablar con él. Como lo veía tan vulnerable, sin que tuviera ninguna relación con su familia, pues eso me hacía acercarme a él.

El aproximarme me hizo sentirme mejor y para mí, considero que actué como todo personal de enfermería debería haberlo hecho.

El tener contacto con el paciente, considero que es primordial. Por ello creo que la enfermera necesita formación sobre como acercarse a la persona que se esta muriendo. Como gestionar la situación y como encontrar estrategias de afrontamiento.

3. EFECTOS DE LA VIVENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Necesité hablarlo. Pude hablarlo y me sentí mejor tras haberlo hablado. Lo hablé con mi gente de confianza, quería que lo supieran y que fueran conscientes de que lo que estaba contando era importante. Acababa de ver morir a alguien e igual que fue importante para mi quería que lo fuera para mi gente.

Expresarlo fue mi principal estrategia de afrontamiento. Fue una necesidad fundamental. Quizás posteriormente, con los años, no necesito hablarlo, pero a día de hoy, lo considero importante para autogestionar estas situaciones.

4. OPINIÓN SOBRE LA POSIBLE FORMACIÓN ANTE ESTE PROCESO DE MUERTE

Tenemos una formación bastante escasa. Pues igual que hay una asignatura de función del cuerpo humano, considero que podríamos tener una asignatura, quizás no una asignatura magistral con un peso en cuanto a créditos muy alto, pero sí, una optativa, en la que se pueda hablar de la muerte, del proceso de muerte y duelo de manera más extensa y donde podamos llegar a instruirnos de herramientas para el día de mañana afrontar estas situaciones.

PRINCIPIANTE 2

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE MUERTE

Personalmente el proceso de muerte lo veo algo natural: naces, vives, pero luego llega un punto donde el cuerpo, por más que intentes darle soluciones, facilidades, técnicas, dice basta. Entonces, sí que es verdad, si que puede ser que a veces haya un fallo en la técnica, dependiendo siempre del tratamiento que le des, no tiene porque ser erróneo, sino que no es el adecuado.

Para mí el concepto de muerte se relaciona con la muerte celular, cuando el cuerpo no avanza, no puede seguir con sus funciones.

2. SENTIMIENTOS Y EMOCIONES ANTE LAS EXPERIENCIAS DE MUERTE

Puedo decir que mi primera experiencia con la muerte de un paciente viene relacionada de hace unos días atrás cuando falleció una mujer que yo y mi enfermera llevábamos. Era una mujer mayor, pero fue el hecho de ver a la familia tan destrozada lo que me hizo ver la realidad. Ver a la familia actuar así, llorando en los pasillos hizo que dijera: Guau, estoy delante de un paciente que era mío y que ha fallecido y estoy viendo a sus familiares llorar sin ningún consuelo, por más que les dijeras, aunque no les puedas decir mucho, claro. Si que es verdad que cuando salí de prácticas se lo comenté a mi madre y a mis amigos sobre lo que había ocurrido, y me di cuenta de que sentía pena, tristeza y compasión por esos familiares.

También es verdad, que aunque no haya tenido más experiencias con la muerte en UCI, puedo observar como hay pacientes jóvenes que ves que su salud no se recuperará y que sabes que morirán, entonces esto me crea más tristeza todavía, ya que piensas que no es justo, que les queda mucho por hacer todavía. Me pongo en su situación y tendría miedo, de lo que sucederá y de por todas las cosas que tienes por delante.

Me doy cuenta de que debo aprender a gestionar un poco más las emociones, porque hay situaciones que me superan y en las que necesito llorar. El otro día una mujer joven que lleva bastante tiempo ingresada en UCI y que no creemos que se recupere se puso a llorar. Entonces, se me formó un nudo en el estómago y tuve que salirme. Yo me guio mucho por las conexiones, y a veces estas se crean con alguna personas más que con otras, y esto es lo que hace que tu gestiones la situación de una manera o de otra.

No he visto diferencia entre la primera experiencia y las siguientes, ya que si todavía tengo más relación con las persona, todavía me duele más, me da lástima. Y este sentimiento me hace implicarme más con el paciente.

3. EFECTOS DE LA VIVENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Estas situaciones y vivencias yo me las he llevado a mi casa, y he cogido el coche y he seguido pensando. Por ejemplo, cuando tuve la experiencia de la primera muerte de esa señora, llegue a mi casa, se lo explique a mi madre y estuve un rato repitiendo

lo que había pasado. Pero es que luego salí a tomar algo con mis amigos y volví a explicarlo, y a decir todo lo mal que me sentía. Era mi tema de conversación principal. No sé si es porque no estoy acostumbrada, porque tengo que vivir más experiencias para que no reaccione de esta manera o porque no sé si lo voy a saber llevar cada vez que me pasa.

Una vez se lo explique a mi madre y a mis amigos me sentí más relajada porque alguien me escuchaba, pero igualmente en algún momento a mi me vienen a la cabeza los pacientes que yo he llevado durante el día, los que han fallecido, el paciente que ha estado luchando hasta que su cuerpo ha dicho que no. Siempre me voy acordando. Y si son pacientes que además han estado sedados, pero que luego no, y que vas hablando con ellos aun creas una relación, un vínculo más fuerte. Y siempre cuando sales sigues pensando.

Bueno, como he podido experimentar pocas vivencias con la muerte, siempre lo que he necesitado ha sido llevármelo a casa y explicarlo allí, con mi familia o con mis amigos. Es decir exteriorizarlo y hablar sobre el tema.

4. OPINIÓN SOBRE LA POSIBLE FORMACIÓN ANTE ESTE PROCESO DE MUERTE

Considero que sí que hace falta, tanto para familiares como para profesionales. Igual que hay formación de cómo poner una vía, tendría que haberla de cómo afrontar un proceso de muerte, hacer un duelo. Y esto en la UCI se debería hacer de base, ya que se vive con la muerte en el día a día y con situaciones angustiosas para como saber gestionar la situación. Hay momentos que tengo que irme del box, no sé cómo reaccionar, ni que cara poner, ni siquiera que contestar. Por eso creo que para la gente que empieza en este mundo es súper importante, porque sí que es verdad que una persona puede llevar 15 años en la UCI que habrá visto todo tipo de muertes, que una que entra, donde le es todo nuevo.

Todos los estudiantes cuando se encuentran en esta situación yo creo que la mayoría no sabe cómo afrontarlo, creo que la universidad, igual que hacemos diferentes talleres, porque no uno de cómo saber gestionar tus sentimientos. Y además creo que en la UCI cada x tiempo un taller para la gente nueva que venga, de que te puedes encontrar, de que no, de cómo organizarte esos sentimientos, qué hacer cuando estas delante. Una serie de consejos que si son de tu interés puedes ir e informarte.

Aunque llevara 15 años trabajando iría a cualquier formación sobre este tema, ya que nunca sobra.

COMPETENTE 1

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE MUERTE

Según mi criterio como enfermera, pienso que muchas veces se alarga la vida innecesariamente a pacientes que sabes que no van a llegar a ningún fin o bien que posteriormente van a tener una limitación muy importante y esta no es expresada a la familia tal cual será esta limitación.

Pienso también, (la entrevistada hace partícipe al entrevistador “no sé cómo lo viste tu pero pienso...” que los médicos no saben enfocar hacia la calidad de vida que posteriormente va a tener el paciente y que tampoco se respetan las voluntades anticipadas de los pacientes, ni las escritas ni las expresadas verbalmente por los familiares ya que si se respetaran, no se verían muchas barbaridades que se ven en esta unidad.

¿Y esto crees que es propio de la mentalidad médica relacionada con el rescatar de la muerte?

Sí, (la entrevistada se refiere a uno de los médicos de su unidad) por ejemplo, siempre dice que él viene a salvar vidas, lo dice tal cual. A salvar vidas, cuando muchas veces tienes que ver más allá, en relación a qué calidad de vida te va a quedar. Primeramente, si el paciente quería vivir en condiciones de “mala vida”, yo, por ejemplo, no quiero vivir conectada a un respirador toda mi vida, y hay mucha gente que no lo quiere y en ocasiones hay gente que sale de la UCI conectada a un respirador sin pararse a pensar en qué es lo que esa persona deseaba o también sin tener en cuenta la opinión de las familias. Sí que es cierto que muchas ocasiones la familia no entiende lo que se le está explicando, alomejor las explicaciones son demasiado técnicas.

¿Y cuándo a las familias se les da malas noticias, enfermería está delante?

Deberíamos estar delante (corrige la entrevistada al entrevistador). Eso es otro tema que tampoco me gusta, hay muchos temas que tú no puedes tratar a pie de cama. En mi unidad, las malas noticias se dan o a pie de cama, o en el pasillo o en un rincón “escondido”. Tampoco pido que se habilite una sala exclusiva para dar malas noticias

porque también puede ser violento para las familias dirigirse a una sala donde ya prevés que te van a dar malas noticias, pero no sé, un sitio acondicionado.

Un ejemplo, que además viene al caso, es la historia de la madre de mi mejor amiga, quien tuvo ingresada por un intento de suicidio, que finalmente consiguió y bueno, toda la información se le dio a pie de cama y me pidió, su hija (su mejor amiga), que estuviera presente porque yo entendía más y así después podía transcribírselo para que lo entendiera ella. Claro, yo me ponía en la otra postura, la de la hija, y pensaba, me están pidiendo que mi madre sea donante de órganos, entre máquinas de hemofiltro, colchones para reparar, etc (haciendo referencia al lugar donde se dan las malas noticias en su unidad), pues piensas, vaya situación más tétrica, tétrica y tétrica.

¿Crees que enfermería juega un papel clave para abrir los ojos al médico y poder valorar poner fin a la vida de aquellas personas cuyo pronóstico es muy grave?

No, yo creo que no. Tu como enfermera, viendo la situación y con algo de experiencia que te permita ver hacia dónde van los tiros, yo creo que me veo capaz de decirle al médico... ¿oye y con este paciente, que vamos a hacer? Y ellos contestarme: no, hay que seguir... ¿Hay que seguir hasta cuándo? No? También es verdad que no solo interviene el médico de UCI, hay veces que intervienen otros equipos médicos que entre todos deben ponerse de acuerdo en poner fin al tratamiento de determinado paciente.

¿Cuándo únicamente interviene el equipo de UCI, se tiene más en cuenta a la enfermera en estas situaciones descritas?

Yo me he encontrado en muy pocas ocasiones donde el médico se ponga de acuerdo con medicina, en este tema. Enfermería en este tema, pienso que no llega al nivel/papel que tiene que cumplir.

¿Y esto es porque las enfermeras no se implican o porque medicina no escucha a enfermería?

Exacto, medicina no escucha. Yo pienso que es así, más que nada por los casos que me he encontrado, donde el médico no mira más allá de rescatar de la muerte al paciente.

En resumen, para mí el concepto de muerte resulta de una mezcla de las dimensiones que habéis mencionado. Hablando dentro de la unidad donde trabajo, quizás sí que tendría en cuenta la perspectiva ético legal, dadas las situaciones que os he comentado donde se pretende seguir y seguir adelante en un proceso, cuyo final

considero que nadie querría verse: un estado vegetal. En estas situaciones sí que se vulneran los principios bioéticos.

Como profesional de enfermería, sí que es cierto que tienes en cuenta todas las perspectivas por el simple hecho de convivir con este acontecimiento.

2. SENTIMIENTOS Y EMOCIONES ANTE LAS EXPERIENCIAS DE MUERTE

Uf, todavía me acuerdo (menciona el nombre del paciente fallecido), ¡se os quedará gravado eh! Era un señor que estaba ingresado en el box 1, que además fue de los primeros pacientes que tuve, justo al empezar. Fue de estos pacientes quirúrgicos que se van alargando 10,15, 20 días... y se me acabó muriendo.

Lo pasé muy mal. Con el paciente intentas interactuar de la manera que puedas, pero las condiciones en las que se encuentra hacen de esta intención algo bastante difícil, aunque hay que saber que es muy necesaria establecer esa comunicación no verbal y dar ese cariño a la persona que brindas tus cuidados, el problema y lo que también es muy duro es tratar la situación con la familia. Ver el desconsuelo de la familia y tú no poder hacer nada por evitarlo. Te acuerdas, se te queda marcado.

Además, tengo el defecto o virtud, que creo mucho vínculo con el paciente y su familia además que vivo con intensidad el proceso que desarrolla el paciente: lo intubas, a los días se intenta desconectar, lo tienes sedado y pasas a tenerlo despierto... son pacientes que te marcan.

¿En el momento en el que falleció, que sentiste?

Impotencia no sentí, se veía que todo el proceso iba encaminado a morir. Sentí tristeza, pena. Tampoco pensé que mi esfuerzo estuviera tirado a nada, porque tú brindas tus cuidados con el fin de intentar salvarlo, ¿no? Tampoco sentí miedo, yo pensaba que me iba a dar miedo, pero nunca me ha dado, pero sí que reconozco que algo de respeto me dio.

¿Qué cambios has tenido en relación a la primera experiencia?

Yo pienso que no he hecho ninguna evolución en este tema, sigo sin tener palabras para poder dirigirme a la familia. Sí que con la experiencia puedes prever que el desenlace se aproxima o en los casos en que la muerte es inesperada, sí que te choca

más no, pero a la hora de ofrecer el apoyo y demás, veo que sigo en la misma línea, mal por mi parte.

Sigue dándome los mismos sentimientos que al principio: pena, tristeza, eso siempre.

¿Todas estas experiencias te han afectado a ti como persona?

Algunas sí. Sobre todo, la que llevas ahí tiempo con el paciente, ves que no va a ir a ningún lado, que la familia sigue sin ver la realidad y al final acontece la muerte. Me afecta también que la familia no afronta la situación, bien porque no se lo han explicado claramente o porque no querían verlo... estas son las experiencias que más me duelen y esto me lo llevo a mi vida personal.

Sobre todo las primeras veces, te acuerdas de todas. Recuerdo también una experiencia, de un paciente que ingresó por una hemorragia digestiva. Era el marido de una compañera que trabaja en cocina. Ahora cuando me la encuentro, me viene a la imagen todo lo que viví con esta persona y con el paciente y de hecho, cuando me paro a hablar con ella, me dice: *yo es que intento esquivaros y cuando tengo que subir una comida a la unidad, intento que sea otra compañera. Es entrar allí y se me cae el mundo encima.*

En este caso sí que considero que no se le informó adecuadamente de la situación. Ella tenía una constante esperanza en que saldría y lo expresaba continuamente *“que va a salir, que va a salir”* ... Explicar la situación a la familia, es lo más importante.

3. EFECTOS DE LA VIVENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Una estrategia clara no la tengo. Yo sigo llevándomelo todo a casa. Llego a casa, se lo cuento a (dice el nombre de su actual pareja) e incluso lloro. No afronto bien el proceso de muerte y veo que no tengo estrategias para superarlos: llego a casa, lloro y me desahogo con mi pareja.

El entrevistador recalca: bueno, quizás es esta tu estrategia, contarlo a tu pareja o a tus seres de confianza...

Sí, pero luego vuelve a acontecer otro suceso así y recaigo de nuevo en ese estado de tristeza, etc.

Creo que el colgar el uniforme y olvidarme de todo, jamás lo conseguiré. Me lo llevo todo en mi mochila, quizás porque no lo vivo como si fuera un paciente y bajo esa visión, sino que para mí son personas y eso me hace vivirlo más *en mi propia piel*.

Puede ser que, con el paso de los años, llegue el día en el que pueda ya diferenciar mi vida laboral con la mía persona, y sea capaz de decir, hasta aquí y no pensar en el trabajo. A día de hoy, no soy capaz.

No sé si es un error de funcionamiento de mi unidad o no, pero el hecho de que siempre llevemos el mismo paciente hace que indirectamente establezcamos un vínculo, que es muy bueno y bonito como enfermera, pero luego yo ese vínculo no lo sé gestionar. Hago del paciente como si fuera alguien mío y no se posteriormente como gestionar el proceso de muerte si acontece en esa persona.

Está muy bien porque mi trabajo considero que vivirlo así me hace entregarme más en mis cuidados, pero cuando me voy a casa, quien sufre soy yo.

4. OPINIÓN SOBRE LA POSIBLE FORMACIÓN ANTE ESTE PROCESO DE MUERTE

Sí. Creo que son muy necesarios. En la carrera quizás no, pero posteriormente sí. Y no creo que deba ser una formación de un curso y adiós, sino una formación continuada, cada año o así hacer un refresco en cuanto a estrategias de autogestión además de ayuda a aquellos que se quedan. En esto vamos cojos no, cojísimos.

COMPETENTE 2

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE MUERTE

Es verdad que hay diferentes tipos de muerte, pero para mí es el final de la vida, donde todo acaba. También diferentes tipos porque se puede morir de una manera más repentina, o contrariamente, más progresivamente porque ya no se puede más, y es aquí donde nosotros jugamos el papel para que esta persona no sufra, y que este final sea digno.

2. SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DEL PROFESIONAL ANTE LA MUERTE

La primera vez me lo esperaba peor, tenía el miedo de que lo iba a pasar mal que lloraría mucho, me daba respeto ver la primera muerte. La que viví por primera vez fue la de un hombre que ya se encontraba en un proceso largo, donde todos sabíamos el final desencadenante. No me afectó tanto como me esperaba, es decir, yo sabía que el hombre se iba en paz y era lo que necesitaba.

Más adelante, viví otra que me afectó más, ya que intentamos reanimar a la mujer, y el hecho de ver que no salía, te hacía quedarte con el miedo de pensar que si se hubiera hecho diferente hubiera salido, pero en realidad sabes que no es así, que todos hacemos todo lo que está en nuestras manos. No es como el proceso progresivo que sabes que pasara, sino que al no esperártelo te hace ver que tienes que salvar si o si.

¿Y has visto diferencias en las siguientes experiencias que has tenido con la muerte?

Si, ves que poco a poco, como ya tienes más experiencias, ya no tienes tanto miedo a que te pase. Aun así, siempre hay personas y situaciones que te afectan y te marcan más, también dependiendo de la familia y el tiempo que lleven aquí. Personalmente me afecta más una persona que lleva poco tiempo ingresada a una que lleva más. Cuando veo a la persona que lleva tanto tiempo sin avanzar, me da la sensación que es como alargar un proceso donde la familia está sufriendo, el paciente no ya que adopta todos los medios para que no sea así, pero la familia vive un proceso muy largo. Y entonces, cuando veo que se van, lo veo como un descanso para la familia.

También recuerdo un caso que me afectó mucho. Me afectó el hecho de ver al marido de la señora tan afectado, el cual decía que llevaban toda la vida juntos. Esto te afecta más que el proceso en sí de muerte, te afecta la situación que lo rodea, ya que el proceso ves que tendrá que pasar en algún momento u otro.

¿Ves diferencia entres las primeras experiencias y las que han seguido?

Igualmente todas te afectan como al principio, si que sabes llevarlo diferente, canalizarlo de otra manera, pero la tristeza que te crea es la misma

3. EFECTOS DE LA VIVENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Al final te lo acabas llevando, necesitas hablarlo aquí en el hospital, o en casa, donde sea, pero necesitas expresarlo y sacar las emociones. De hecho una muerte que me afecto también bastante no fue aquí en UCI pero fue en una situación crítica en sala de partos donde los profesionales de allí requirieron de ayuda de personal de UCI, entonces bajé yo. Era una madre que se había parado antes de dar a luz, y que le realizaron una cesárea para poder salvar al niño, al cual le tuvieron que realizar también maniobras de rcp y vivió. Pero no fue así con la madre, que aun con varios intentos de reanimación acabó falleciendo. Yo solo supe llegar a la uci y ponerme a llorar.

Como estrategias de afrontamiento intento hablarlo, desconectar, sacarlo todo y no pensar más. También es verdad que con los años aprendes a no llevártelo todo a casa, entonces filtras más y entiendes que cosas puedes llevarte y que cosas no.

4. CONSIDERACIÓN DE LA POSIBLE FORMACIÓN DEL PROFESIONAL ANTE ESTAS SITUACIONES DE MUERTE

La verdad es que no explican demasiado, no ponen mucho énfasis en abrir este tema. Yo recuerdo que tenía miedo en saber qué hacer y cómo actuar, y si las cosas no han cambiado, el miedo ese en un estudiante siempre está ahí. Por eso considero que sería de gran ayuda un empujón durante la carrera para ayudar a poder abrir esta visión y a vivir este proceso de la manera más profesional.

EXPERTA 1

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE MUERTE

Para mí la muerte es una etapa más de la vida, si que con connotaciones de tristeza y de perdida, pero yo creo que la muerte como tal no es agradable, pero forma parte de la vida y creo que la cultura que tenemos no habla de la muerte como del nacimiento, la infancia, la adolescencia, la etapa adulta y de la vejez, la muerte es como un tabú,

como durante muchos años ha sido el sexo, y como es algo triste pues no hablamos, y como no hablamos no sabemos cómo afrontarlo.

¿Esta visión de la muerte te ha ido cambiando con el paso de los años?

Mucho, cuando acabe la carrera yo no había vivido nunca una situación relacionada con la muerte. Siempre me iba a desayunar y cuando llegaba ya había pasado todo. Entonces ya no lo pude experimentar hasta que fui enfermera.

2. SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DEL PROFESIONAL ANTE LA MUERTE

En el primer contacto que tuve con la muerte en el servicio de UCI estuve más pendiente de las técnicas y de las cosas que nunca había visto, ya que llevaba muy poquito tiempo en UCI, que no del paciente en sí. No era un paciente mío, así que agradecí el hecho de encontrarme con más gente, me daba seguridad, y aprendí mucho. Eso sí, solo estuve pendiente de las técnicas, de la medicación, a esta señora que falleció yo no la vi como persona, y eso me hizo sentirme muy mal. Yo solo vi las técnicas, el actuar y el saber hacer, no tuve en cuenta nada más.

Mi manera de actuar ha cambiado mucho. Al principio cuando no tienes experiencia esta más pendiente de saber detectar los problemas, de saber actuar delante de las situaciones, y no estás tanto por la persona ni por la familia.

Y más adelante, una situación que me marco mucho, yo llevaba ya 9 años trabajando en la UCI, y hoy en día aun me sigo acordando. Fue de una enferma mía, una muerte esperada, pero me di cuenta de que pude cuidar de la persona en su totalidad. Pude cuidar una parte de la muerte que antes no había podido cuidar. Me acuerdo que fue por la noche, y la hija de la paciente se fue a descansar y nos dijo que si empeoraba la avisáramos. Y así fue. Su madre empeoró y ella vino enseguida. Esta muerte me marcó mucho, me marcó la despedida que la hija le hizo a la madre. No pude evitar ponerme a llorar allí en la habitación. Lo viví como si fuese mío, me puse en el lugar de la madre escuchando a la hija despidiéndose de ella. Me imagino que el hecho de que yo había sido madre hacía relativamente poco hizo que lo viviera más intensamente. Y lo pase mal. Llegué a casa y tuve que despertar a mi hija para darle un abrazo.

¿Es decir, a ti te marcó el momento en el que la hija se despedía de la madre?

Si, sé que la muerte de la mujer fue dulce, le di todo el bienestar que le podía dar. A la hija solo pude abrazarla y llorar con ella, no pude hacer nada más, pero creo que a veces no hace falta hacer nada más. Dicen que está mal llorar con los familiares, pero yo personalmente pienso que es una forma de acompañarlos. Eso sí, es importante que a los familiares les dejes su espacio, respetar el momento, dejar-los solos, pero estar ahí, que sepan que estas ahí. Y esto eres capaz de hacerlo cuando ya llevas un tiempo, cuando ya sabes cómo reaccionas tu, como controlas tus sentimientos y cómo puedes ayudar a los demás. Y cuando te da cuenta de que has pasado esta barrera es cuando puedes ayudar en el acompañamiento en la muerte.

¿Y entre medio de estas experiencias has vivido otras, verdad?

Si, muchas más, pero siempre hay algunas que te marcan más que otras. Por ejemplo una que me marcó hacía el lado positivo fue de una paciente mía que estuvo ingresado 3 meses en la unidad, y que finalmente falleció, pero yo no estuve presente en ese momento. Aun así, siempre que escuchó cadena Dial me acuerdo de ella, porque era la emisora que siempre quería escuchar ella.

3. EFECTOS DE LA VIVENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Hace poco una familiar me preguntó que como llevábamos el hecho de trabajar aquí, que tenía que ser muy duro, incluso me preguntó que si nos acostumbrábamos. Yo no me acostumbro a esto, supongo que he encontrado la manera de saberlo llevar, porque tampoco puedo decir que no me afecte. Yo me he vuelto más miedosa con los míos, valoro más la vida, creo que es un regalo.

Tenemos la suerte de que en nuestro día a día vivimos con la muerte, y esto nos hace ser más conscientes de lo que hay en realidad, no tendría que ser así, no tendríamos que verla tan de cerca para valorar lo que tenemos.

Si necesito llorar, lloró. Y si necesito abrazar lo hago. Yo me he puesto a llorar abrazando a la familia, y la familia me ha abrazado más fuerte y yo he llorado más fuerte aún. Nunca te acostumbras a esto, entonces al final acabas haciendo lo que sientes en el momento, y está claro que muchas veces me lo llevo más al terreno personal y me afecta más.

4. CONSIDERACIÓN DE LA POSIBLE FORMACIÓN DEL PROFESIONAL ANTE ESTAS SITUACIONES DE MUERTE

En la parte teórica yo creo que no es un tema de la carrera de enfermería, es un tema muy cultural, hasta que nuestra sociedad no viva la muerte como una etapa más de la vida, hasta que no lo tratemos de forma natural, no cambiara la visión de la muerte. Algo que sea triste no es malo, claro que la muerte es algo muy triste, pero ya por este motivo no tendríamos que hablarlo. Sí que es verdad que podrían formar más en estrategias de cómo afrontar la muerte, pero claro cada uno necesita una cosa, y estas estrategias se irán formando y surgiendo según las vivencias que te vayan pasando a lo largo de tu carrera profesional. Entonces por mi parte yo creo que la mejor formación es la propia experiencia.

EXPERTA 2

1. CONTEXTUALITZACIÓ DEL CONCEPTE DE MORT

Bé, per començar per a mi el concepte de mort és quan de manera biològica, una persona “deixa de funcionar”, els seus òrgans van decaient, de tal manera que arriba el moment en que es paren. També existeixen els casos de mort encefàlica, no?, que també és una manera de morir.

Parlant en termes antropològics, podem veure que vivim en una societat on el tema de la mort no se'n parla, familiarment a vegades costa saber que és el que el teu familiar voldria a l'hora de morir. Moltes vegades ens trobem que quan ingressen a la UCI, doncs no consten voluntats anticipades i quan hi ha moments on s'han de comunicar males notícies, la pregunta de: *què és el que el seu familiar hagués volgut?*... doncs moltes vegades no hi tenen resposta, els hi costa decidir què hauria volgut el seu familiar... i els hi suposa una càrrega haver de decidir.

Trobo que és una feina d'infermeria i mèdica, ajudar a les famílies a decidir, ajudar a què acceptin el punt de “no retorn” i que no es vegin responsables de decidir per ells...

En termes ético-legals, bé sempre es parla del dret a decidir i considero que això es una línia que en moltes ocasions es traspasa. Com a professionals, no volem que els pacients sens morin i a vegades ens costa que sens vagin o que els familiars prenguin decisions. Es veritat què es una cosa que costa. Al llarg de la història, l'entorn de la

UCI s'ha jerarquitzat, s'ha paternalitzat i ha donat peu a que moltes decisions les prengui el metge. Això, És una cosa que s'està canviant, es consulta a la resta de professionals i a la família.

Consideres que es respecten les VA?

Les voluntats anticipades si estan fetes, s'han de respectar. Ningú les pot abolir. Aquesta pregunta no hauria d'existir.

El paper d'infermeria en el procés d'informar... és medicina en aquest cas on es centra en el rescatar i infermeria hauria d'obrir els ulls en aquesta línia d'acció?

Un paper important que té infermeria i que no hi som conscients és el privilegi d'estar a peu de llit. Aquesta posició et fa veure d'una manera global al pacient i ja no només en terminologia mèdica sinó en veure, entrar en les comoditats, sentiments... hi han molts articles on fan referència a que som els "advocats dels pacients". Les infermeres, en general, tenim la tendència a protegir al pacient i aquesta possibilitat crec que només la tenim nosaltres.

Si a sobre ets capaç d'incorporar a la família en aquest context, és genial. Coneixes tant el context que pots acabar parlant pels propis pacients, a això em refereixo amb l'expressió de ser els advocats dels pacients.

Això ens pot ajudar a donar resposta a aquestes decisions difícils o bé ajudar a les famílies a decidir. La medicina informa, però infermeria pot donar la informació més important: la que es treu del peu de llit.

Això que dius, medicina ho contempla a l'hora d'informar, aquest paper d'infermeria?

Bueno... desgraciadament no. Quan parlem de si hi ha una bona comunicació entre equips, no es així, crec que falta. Es un equip per estaments, costa que hi hagi un equip real multidisciplinari on es vegin diferents enfocis i on es pugui parlar de tot.

Aquesta falta d'escolta fa que els infermers sentim aquesta sensació fútil, quan els malalts i la seva situació es veu que s'allarga i tu veus que la persona no sortirà.

Sempre hi ha aquest pensament de "*vinga va, seguim endavant*", però arriba un punt on es separen els camins dels professionals i on infermeria ja valora el patiment, l'angoixa de la família, una sèrie de factors que saps que per molta teràpia que s'apliqui, no s'arribarà enlloc. No existeix qualitat de vida.

2. SENTIMENTS I EMOCIONS DAVANT LES EXPERIENCIES DE MORT

Mira, en tinc dos experiències i a més son dos que després de quinze anys son les úniques que recordo.

Ho recordaré tota la vida. La primera va ser quan jo portava ni un any com a infermera i estàvem al box 7. Estava una ingressada una dona que tenia alguna patologia de cor, no ho recordo ven bé, però la pacient estava amb ulleres nasals, menjava via oral, estava altable.. i em va tocar portar-la aquella nit.

I aquella nit -parlant parlant- m'agafa i em diu...

“Bueno hace nada que mi marido se murió, soy de Argentina, lo echo mucho de menos y siempre me acuerdo del ultimo tango que bailamos, tal...” i jo pensava... ostres quina història d'amor més bonica no?

I en sec, agafa i em diu.. *lo echo mucho de menos, que yo lo quiero ver, lo quiero ver* i en sec: se'm va parar.

Em vaig quedar blanca, vaig reaccionar, va començar a entrar gent a aquell box, li vam ficar un marcapàs extern, de tot... un caos. La vam estar reanimant però finalment, es va morir

En pic vaig ser conscient del que acabava de passar, me'n vaig anar a plorar al lavabo, em vaig tancar i no podia sortir.

Amb els dies, vaig anar pensant i vaig veure que no va ser tan dolent. La pacient s'estava acomiadant, m'explicava la seva vida, em “tarararejava” la cançó del seu marit, l'últim ball que van fer... jo vaig pensar, al menys ha marxat acompanyada, explicant una bona història i vaig saber veure lo positiu.

Com a infermera crec que ho vam donar tot. Em va saber greu per ser la meva primera mort. Després potser a casa tens la tendència a recordar si tots els passos es podrien haver donat i t'adones que no pots sortir d'aquest bucle, no trobes la sortida a saber si tot es va fer de manera correcta. Al fina acabes pensant que les coses, al menys s'intenten fer bé. Arribes a la conclusió de que va morir perquè era el seu moment.

Després, l'altra mort que recordo va ser la d'un home de 40 anys que va morir per una pneumònia.

Era un home que deixava dos nens de 7 i 3 anys i amb la seva dona vaig agafar un lligam, vam establir un vincle. Va ser un pacient amb el que vam establir diverses vies terapèutiques i que va estar bastant temps ingressat. I recordo que la dona em deia: *es que no em pot deixar, em deixa dos nens...* Nosaltres intentàvem fer tot el que estava de la nostra ma per poder donar respostes positives a aquella dona.

El dia que va morir, vaig voler estar allà. Vaig voler estar dintre. Normalment a la UCI quan un malalt sabem que s'ha de morir, hi fiquem un biombo i respectem aquell temps per a la família. En aquesta experiència vaig voler entrar, creia que ho havia de fer... vaig creure com a persona, jo havia d'estar allà. I en el moment que es va morir, (*reitera: i ho recordaré tota la vida*) la dona va anar cap al pacient i va començar a donar-li cops al pit i deia: *per què m'has fet això! M'acabes d'abandonar...* i nosaltres vam aturar-la, vam intentar calmar-la. Ella em va abraçar i vam començar a plorar les dos. Va ser molt emotiu.

L'experiència crec que m'ha fet canviar. Jo crec que totes les morts m'afecten, cap m'ha deixat d'afectar. Soc una persona que quan acabo de la feina, no me l'enduc a casa. No recordo les cares, els noms... faig bastant de "reset".

Però pel que fa a la mort, amb el temps m'he adonat que quant més l'acompanyis, més fàcil set fa. Si tu ets una persona que t'impliques amb la família, que li parles, es com si tu també fessis un dol. Tu has estat cuidant a una persona, per tal que surti endavant i arriba el dia en que set diu que el camí es irreversible. Si tu aquest malalt l'has volgut conèixer i a la seva família, arribats a aquest punt canvies el teu paper i t'adones que el que has de fer es acompanyar-los.

En el moment de la mala noticia, tu has d'estar allà. La família no pot prescindir de tu. Crec que es un moment dur i tu com a infermer has d'estar. Si en aquest moment agafes, dones una carícia, un "achuchon" no se, fa que tot sigui més natural, que tot segueixi un curs. Això lo que t'ensenya és que quan ell et diu adeu, tu també li dius adeu.

És això el que et fa marxar a casa tranquil·la: la feina ben feta.

La família, qui queda, es lo que recordarà, de lo últim, d'aquella mirada amable, d'aquell sentiment, d'aquella empatia... ells s'adonen que t'importa aquella persona que s'està morint. Aquesta feina ben feta és lo que et permet no marxar a casa pensant, amb mal sabor de boca.

Creus que es la experiència qui et dota de tot això?

Jo crec que sí, amb els anys... és l'experiència. Es com tot, el primer dia no sabràs ni que dir. El segon diràs una petita cosa i a part acaricio o els hi pregunto que hi necessiten. És com un aprenentatge que ningú m'ha ensenyat però que amb les vivències, vas adquirint la capacitat d'acostar-te i poder ser més competent

3. EFECTES DE LA VIVÈNCIA I ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT

La meva principal és fer be la meva feina. Cada pas, saber que estic fent. Tot i què també he plorat algunes vegades.

Quan un pacient se li comunica que està en mort encefàlica o que s'està morint... aquestes ultimes hores s'ha de seguir cuidant igual: s'ha de fer una higiene, s'ha d'evitar que s'ulceri, s'ha d'estar amb la família... aquest pacient ha de marxar bé. I aquesta es la nostra feina.

Després tens qui prefereix, un cop s'ha informat a la família que el pacient s'està morint, qui decideix no entrar i esperar a que la persona mori. Jo aquesta opció no la contemplo. No, perquè hi ha una família que està patint, que està veient un monitor que només pita, perquè han vist moltes pel·lícules, famílies que no es saben acomiadar... i nosaltres els hi hem d'explicar com i què fer en aquestes situacions per a que la família pugui fer un bon dol. No estan a casa seva i aleshores al no ser esperada, han d'estar al costat del seu familiar i nosaltres ensenyar a com fer-ho.

I mira, això si que hi ha una cosa que penso. Al començament jo plorava, i pensava que no ho havia de fer. Però la primera vegada que ho vaig fer davant de la família, vaig pensar, Bueno i? No hem de ser de ferro, si hem de plorar, plorem junts i no passa res.

4. OPINIÓ SOBRE LA POSSIBLE FORMACIÓ DAVANT EL PROCES DE MORT

Jo de formació de limitació, de com donar males notícies.. jo m'he fet. I un dels moments que jo em vaig tindre que formar va ser perquè vaig estar dintre de la coordinació de donació... he fet cursos, i molts dels cursos si que es veritat que et

serveixen per tindre coneixements, etapes de dol, etc. dels magnífics silencis, que en moltes vegades és lo que podem fer millor. Però crec que la pròpia formació, també ha de ser que la persona empatitzi en aquell moment, faries un màster en dol però depèn de com siguis, seràs incapaç d'entrar.

Que la gent cada vegada estigui més preparada ha de ser una feina de la unitat, del teu cervell. Maneres exemplars, dels companys... fixar-te com ho fa, què fa... això crec que està molt be i que sen parli entre companys t'ajudarà a formar-te.

Anexo 4: Análisis de las entrevistas

Principiante 1

Contextualización del concepto de muerte

La muerte es definida por nuestra participante 1 como un proceso multifactorial.

En primer lugar, tras ser presentadas las cuatro dimensiones que contempla este proyecto en relación a la muerte, la participante hace especial referencia al morir como proceso biológico, propio del fallo orgánico y, además, la contempla bajo una perspectiva cultural donde cada persona, por ser diferente al resto, vive y afronta la muerte de manera diferente.

Cabe destacar que la participante relata la perspectiva biomédica en un contexto paralelo a lo teórico y lo define según su propia experiencia en la UCI. Es cierto que la medicina se centra en el “rescatar de la muerte”. Sin embargo, nuestra entrevistada aporta que en varias ocasiones ha presenciado un alargamiento del proceso de morir cuando la muerte acontecía de manera natural. Es el caso que explica, donde una paciente de avanzada edad era reanimada varias ocasiones, en las cuales no se contemplaba la muerte como algo natural ni las secuelas post-reanimación que quedarían en la paciente y afectarían directamente a la calidad de vida de la persona.

Sentimientos y emociones ante la muerte

El primer contacto con la muerte fue con el caso anteriormente explicado, donde tras varias reanimaciones, la paciente falleció.

Las primeras emociones que emergieron en el interior de nuestra participante, durante la primera reanimación efectiva, fueron tensión, angustia y miedo. Posteriormente y debido a la situación crítica que estaba presenciando,

“Al ver a tanta gente dando respuesta al estado crítico de la persona y por no querer molestar a nadie” (Principiante 1)

sintió una sensación propia de la adrenalina a la vez que cierto agobio: *“me quedé en shock, no sabía cómo gestionar la situación”*.

La participante refleja que durante el resto del turno, no fue consciente de la situación vivida y que fue al llegar a casa cuando más lo sufrió, sintiéndose entonces extraña consigo misma.

La segunda experiencia de muerte sucedió más indirectamente. La entrevistada no era la enfermera responsable del paciente que falleció, pero había establecido cierto vínculo tras varias conversaciones con el paciente y su familia.

Relata haber sido una experiencia totalmente diferente con la primera. No entendía lo que había sucedido, pues todo sucedió de manera rápida y sin estar ella presente, lo cual le originó angustia y cierta impotencia.

“El desconocimiento de contexto en el que murió, es lo que más me angustia. Pero supongo que el equipo con el que se encontraba en ese momento ofreció lo máximo para una muerte digna.” (Principiante 1)

Efectos de la vivencia y estrategias de afrontamiento

Tras las experiencias vividas por nuestra participante, ella considera que la muerte no debería acontecer en una UCI como en la que había desarrollado sus prácticas, sino en un entorno más íntimo.

También explica que, el haber establecido un vínculo con el paciente de su segunda experiencia, ella se sintió más realizada y consideró que había hecho algo por y para esa persona. Destaca el papel de enfermería en el vínculo paciente-profesional.

Su principal estrategia de afrontamiento es hablar de la situación vivida con su gente de confianza, ya que considera que presenciar la muerte en primera persona, es algo importante para ella, por lo que necesitó explicarlo. Afirma sentirse mejor tras haber hablado de lo sucedido.

Formación del profesional ante el proceso de muerte

Refiere en diversas situaciones la falta de formación por parte del profesional de enfermería al entrar en contacto con el proceso de muerte.

Pese a que todavía la participante no es enfermera, reitera que el profesional de enfermería con el que presenciaba los procesos de pérdida en la unidad donde desarrolló sus prácticas clínicas, se alejaba de la situación, creaba distancias entre el paciente y su familia y no se involucraba de manera directa con la muerte.

Principiante 2

Contextualización del concepto de muerte

Nuestra segunda entrevistada concibe el morir desde una perspectiva biológica, de manera natural. Lo visualiza como un acontecimiento propio del proceso de vivir cuando el cuerpo ya no puede seguir con sus funciones vitales. Por otro lado, si que considera la existencia de fallos en la técnica que causen el fallecimiento de la persona, refiriéndose a una dimensión más biomédica.

Sentimientos y emociones ante la muerte

En su primer contacto directo con la muerte de una de sus pacientes, refiere que no fue la situación en sí lo que le afectó, sino el ver la desolación de los familiares de la fallecida.

Fue en un posterior momento cuando al pensar en lo sucedido, sintió pena, tristeza y compasión. Lo que también le impacta y relata la entrevistada es que el hecho de cuidar a personas jóvenes ingresadas, cuya muerte es inminente, le hace ser más empática con la situación, desarrollar cierto temor y sentir compasión por todo lo que a ese paciente joven le quedaría por vivir.

En el relato de su primera experiencia, en comparación con las siguientes, menciona no haber manifestado diferencias entre las mismas. Se considera una practicante que vive de cerca el proceso de pérdida de sus pacientes y deja constancia que su implicación en los cuidados dificulta el proceso de duelo ante el moribundo.

Efectos de la vivencia y estrategias de afrontamiento

Tras las experiencias ante la muerte que nuestra participante ha vivido en la UCI, comenta que debería aprender a gestionar mejor sus emociones ya que estas afectan negativamente a su estado emocional y a su vida personal.

“Cuando llegué a casa, se lo expliqué a mi madre [...], pero es que luego quedé con mis amigos y volví a explicarlo, y a decir todo lo mal que me sentía. Era mi tema de conversación principal. (Principiante 2)

Se muestra con pocos recursos para gestionar las emociones que emergen de este tipo de situaciones. Su única estrategia es hablarlo con sus personas cercanas. Pese a exteriorizar sus emociones, en algún momento comenta que recuerda a los pacientes que han fallecido.

Formación del profesional ante el proceso de muerte

En esta entrevista también se recalca la falta de formación por parte del profesional de enfermería ante el proceso de muerte. La participante menciona que esta falta de formación es tan importante en estudiantes como en profesionales y que deberían llevarse a cabo cursos o talleres de afrontamiento a la muerte y al proceso de duelo. Considera que aún es más importante en una unidad de cuidados intensivos, donde la muerte se vive a diario.

Además, aporta su opinión como estudiante de enfermería diciendo que cualquier compañero que se encontrara en una situación similar, tendría dificultad para auto gestionar sus sentimientos y afrontarlos.

“Aunque llevara 15 años trabajando, iría a cualquier formación sobre este tema, ya que nunca sobra”. (Principiante 2)

Competente 1

Contextualización del concepto de muerte

Nuestra primera enfermera competente inicia el apartado haciendo una reflexión entre la dimensión biomédica y la ético-legal donde menciona que en su unidad se han dado casos en los que no se han respetado las voluntades anticipadas ni los médicos han sabido tener presente la calidad de vida posterior al paciente.

“Uno de mis compañeros siempre dice que él viene a salvar vidas, lo dice tal cual. A salvar vidas, cuando muchas veces tienes que ver más allá”. (Competente 1)

Sin embargo, tras esta reflexión contextualiza la muerte teniendo en cuenta las cuatro dimensiones.

Reitera que en las unidades de cuidados intensivos predomina la visión biomédica ejemplificándolo con situaciones en la que enfermería no está presente. Es en el caso de la toma de decisiones, cuando se comunican malas noticias a las familias, etc.

Destaca que no es por falta de implicación por parte del profesional enfermero, sino por la visión predominante de la medicina.

Sentimientos y emociones ante la muerte

Tras ocho años como enfermera aun recuerda al detalle la experiencia sobre su primera muerte. Nos comenta haberlo pasado muy mal, ya que creó mucho vínculo con el paciente y la familia de este.

Menciona que durante el proceso, pese a las dificultades que derivan del tratar con un paciente en estado crítico, aun existe en hándicap de tratar con el desconsuelo incesable de la familia.

De esta primera pérdida sintió tristeza, pena y respeto. En ningún momento sintió impotencia, ya que en este ingreso el desenlace estaba claro, pero se sintió orgullosa de brindar unos cuidados que favorecieron una muerte digna.

Las siguientes experiencias vividas no cambian respecto a la primera, no considera haber evolucionado en este tema y sigue afectándole de manera directa. Menciona que su grado de experiencia le permite prever que el desenlace se aproxima, aunque a su vez no le ayuda a gestionar adecuadamente sus emociones.

Efectos de la vivencia y estrategias de afrontamiento

Como se ha mencionado anteriormente nuestra entrevistada tiene problemas de afrontamiento tanto a nivel laboral como a nivel persona. Explica llevárselo todo a casa y no es capaz de definir una estrategia clara. Si bien es cierto que al llegar a casa tiene la necesidad de hablar de la experiencia y en ocasiones llora.

*“Creo que el colgar el uniforme y olvidarme de todo, jamás lo conseguiré”.
(Competente 1)*

Ella es capaz de definir el factor causante de este mal afrontamiento y es el hecho de tener presente que trabaja con personas, cuyo vinculo establecido le hace vivirlo más en su propia piel.

“Está muy bien porque mi trabajo considero que vivirlo así me hace entregarme más en mis cuidados, pero cuando me voy a casa, quien sufre soy yo”. (Competente 1)

Formación del profesional ante el proceso de muerte

Como opinión personal, nuestra primera enfermera competente comenta que en la carrera cree que no sería necesaria una formación específica sobre cómo afrontar el

proceso muerte, pero que posteriormente sí. Considera que este aprendizaje debe ser continuo y en referencia a estrategias de autogestión a nivel profesional y personal.

Competente 2

Contextualización del concepto de muerte

Ante la definición de morir, nuestra siguiente participante focaliza en la dimensión biológica, la muerte como final de la vida. Puntualiza que pueden existir características intrínsecas como la manera y la duración y es entonces donde el papel de enfermería es clave.

Sentimientos y emociones ante la muerte

Previamente a su primera vivencia, sus sentimientos en relación al proceso de muerte eran respeto e incluso miedo, los cuales no estuvieron presentes en el primer contacto con la muerte. Explica que el paciente estaba en situación de últimos días y el saber el desenlace del paciente le permitió asimilar efectivamente la situación y no influir en los cuidados que tenía que proporcionar.

La siguiente experiencia fue incluso más difícil de llevar, pese a ya haber estado en contacto con el morir. El hecho de no ser una muerte esperada, le ocasionó una mayor inquietud y agobio por creer que si las actuaciones hubieran sido diferentes, quizás se habría rescatado a la paciente. Posteriormente a la vivencia, y hablando con el resto de compañeros que presenciaron la situación, fue consciente que sus actuaciones fueron las correctas y que la muerte sucedió por naturaleza propia.

Las posteriores vivencias, la entrevistada afirma que el haber estado en contacto previo y tener un mayor grado de experiencia, facilita la asimilación del proceso de pérdida pese a que siempre existen situaciones con determinadas características que marcan más.

Efectos de la vivencia y estrategias de afrontamiento

En este apartado hace referencia al tiempo y el vínculo que establece con el paciente. Afirma que el sufrimiento es mayor cuando el paciente lleva menos días ingresado y no le ha dado tiempo a establecer un vínculo paciente-profesional. En contraposición, cuando si se ha establecido dichos lazos y el tiempo de ingreso es mayor, el proceso se sufre igual pero la satisfacción de poder haber brindado unos cuidados dignos y favorecer una buena muerte, facilita la asimilación de lo sucedido.

Refiere tener más dificultades de autogestión cuando el vínculo con la familia también se desarrolla paralelamente al cuidado que se ofrece al paciente, afectándole incluso más que el propio proceso de muerte.

“Me afectó el hecho de ver al marido de la señora tan afectado, el cual decía que llevaban toda la vida juntos”. (Competente 2)

En cuanto a sus estrategias de afrontamiento, explica que el proceso de pérdida te lo acabas llevando y emerge la necesidad de contarlo, bien a un compañero o bien a alguna persona cercana, con el fin de expresar sus emociones. Es el ejemplo que la entrevistada nos facilita, cuando tras asistir una parada cardiorrespiratoria a una madre que acababa de dar a luz y que, tras varias reanimaciones manuales, acabó falleciendo, necesitó ir con sus compañeros e incluso ponerse a llorar. Esto le permitió sentirse más desahogada.

“También es verdad que con los años aprendes a no llevártelo todo a casa, filtras más y entiendes qué cosas puedes llevarte y qué otras no”. (Competente 2)

Formación del profesional ante el proceso de muerte

Según su experiencia personal durante su formación académica, recuerda que tenía miedo en relación al proceso de pérdida por sentirse insegura para afrontarlo. La falta de conocimientos era el principal factor. Por ello considera, que sería de vital importancia, el tratar la muerte y sus estrategias de afrontamiento durante y posteriormente al grado de enfermería, con el fin de poder ser más competentes y afrontar el proceso con mayor profesionalidad.

Experta 1

Contextualización del concepto de muerte

Según nuestra primera participante experta la muerte la considera como una etapa más de la vida, caracterizada por sentimiento de tristeza y pérdida, pero a la vez influenciada por la cultura en la que vivimos, la cual la considera como un tema tabú y es por eso que existen conocimientos deficientes ante su afrontamiento.

“La cultura que tenemos no habla de la muerte como del nacimiento, la muerte es un tabú, y como es algo triste pues no hablamos, y como no hablamos no sabemos cómo afrontarlo”. (Experta 1)

Sentimientos y emociones ante la muerte

Su manera de actuar ante estas situaciones de pérdida ha ido cambiando a lo largo de los años. Comenta que en su primer contacto con la muerte estuvo más pendiente de las técnicas y de todo aquello que no había visto, dejando de lado al propio paciente. Ante esta señora que falleció el no verla como persona hizo que se sintiera muy mal. Desde entonces su manera de actuar ha ido cambiando mucho.

Más adelante, vivió una experiencia que le marcó mucho. Pese a que la muerte de la paciente era esperada pudo rectificar sus errores pasados y cuidar a la persona en su totalidad. Nuestra participante presenció el momento donde la hija se despedía de la madre y posiblemente el factor de haber sido madre recientemente le hizo empatizar con la situación y vivirla más intensamente. Este vínculo establecido le permitió ofrecer mejor sus cuidados de enfermería, dejar a la mujer morir dulcemente y ofrecerle todo el bienestar que le tenía que dar.

“Esta muerte me marcó mucho [...], llegué a casa y tuve que despertar a mi hija para darle un abrazo”. (Experta 1)

Posteriormente comenta haber vivido más experiencias, pero hace hincapié en que algunas le marcaron más que otras.

Efectos de la vivencia y estrategias de afrontamiento

Tras sus 16 años de experiencia en esta unidad todavía no se ha acostumbrado al proceso de morir. Comenta haber encontrado la manera de llevarlo pero aun le sigue afectando.

Además hace una pequeña reflexión y comenta que el hecho de estar en contacto con la muerte en su día a día hace que valore más a los suyos y a lo que le rodea, considera la vida *“como un regalo”*.

En cuanto al afrontamiento no sigue un patrón concreto, sino que dice hacer lo que siente en el momento

“Si necesito llorar, lloró. Si necesito abrazar, lo hago. Yo me he puesto a llorar abrazando a la familia, y la familia me ha abrazado más fuerte y yo he llorado más fuerte aún”. (Experta 1)

Como comentaba anteriormente el nunca acostumbrarse le permite hacer lo que siente en el momento y esta es su manera de acompañar a las familias, siempre respetando su espacio.

Formación del profesional ante el proceso de muerte

Opina que en la parte teórica de la propia carrera de enfermería no sería necesario, al ser un tema muy cultural.

Refiere que hasta que nuestra sociedad no visualice la muerte como algo natural, esto será un impedimento para poder avanzar en nuestra formación.

Finalmente, y en cuanto a la parte práctica dice que la propia experiencia es la mejor formación, debido a que cada uno necesita de estrategias, las cuales se irán integrando y evolucionando según las propias vivencias.

Experta 2

Contextualización del concepto de muerte

Nuestra participante define la muerte desde una perspectiva biológica, refiriéndose así a la propia definición que esta ciencia ofrece. También aporta la perspectiva antropológica y ético-legal haciendo referencia a la poca conversación que se tiene en relación a la muerte y que esto ocasiona muchos dilemas sobretodo en el entorno de las UCI's cuando se tiene que decidir por la vida del familiar. Es entonces cuando enfermería y medicina toman las riendas y deben ayudar a las familias a decidir, a aceptar el proceso irreversible y evitar que ellas mismas se sientan responsables de la decisión.

En cuanto a la dimensión biomédica, la participante no la menciona directamente pero si hace una pequeña referencia a la evolución que el equipo sanitario de las Unidades de Cuidados Intensivos ha desarrollado. En sus inicios el papel jerarquizado del médico era la principal vía de decisiones respecto a la muerte. Nuestra entrevistada afirma que actualmente esto está cambiando y que el resto de profesionales y familia tienen voz y voto en la toma de decisiones.

Sentimientos y emociones ante la muerte

Una pequeña introducción que nos proporciona nuestra entrevistada es del privilegiado papel que tiene enfermería, y que a su vez no es consciente del mismo, y es el poder estar a pie de cama. Opina que esta posición permite visualizar al paciente

de forma global y ver más allá de la propia terminología médica: comodidades, sentimientos, expresiones y también conocer en profundidad el entorno familiar.

“Hay muchos artículos que hacen referencia a que enfermería ejerce el papel de abogado de los pacientes por tener la tendencia intrínseca de proteger al paciente y esta es una posibilidad que creo que solo tenemos nosotros. Medicina informa, pero enfermería puede dar la información más relevante: la que se saca de la cama”.
(Experta 2)

La primera experiencia vivida por nuestra participante la define en base a dos etapas: una primera etapa propia del momento de final de vida en el que la emoción con la que la paciente se despedía y el seguido paro cardíaco, provocó en la enfermera una serie de emociones y sentimientos tales como tristeza, emoción, y las ganas imperiosas de querer llorar. En contraposición, cuando pasaron unos días y pensando en lo que había vivido llegó a la conclusión de que aquella muerte no había sido tan mala como se la imaginaba, simplemente la paciente se estaba despidiendo explicándole su vida y mencionando las ganas que tenía de reencontrarse con su marido fallecido. Así pues, la enfermera considera que murió de una manera digna, acompañada y supo encontrar la parte positiva.

Actualmente afirma que la experiencia le ha hecho cambiar. Pese a que todas las muertes le afectan es capaz de no llevarse la experiencia al terreno personal, mediante una técnica clara: hacer bien su trabajo. El hecho de acompañar al paciente e implicarse con la familia en los últimos momentos es parte del rol que el enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos tiene, y llevarlo a cabo de una manera correcta hace que su vivencia ante el proceso de muerte no intervenga en su vida personal.

“Es como todo, el primer día no sabrás que decir, el segundo dirás una pequeña cosa y aparte ofrecerás una caricia o preguntarás si necesitan algo. Iras viviendo más experiencias y a la vez obtendrás esa capacidad, que nadie me ha enseñado, para acercarte y saber qué hacer, siendo más competente”. (Experta 2)

Efectos de la vivencia y estrategias de afrontamiento

En cuanto a los efectos que nuestra participante vive en relación a la muerte comenta, como hemos citado anteriormente, tener la capacidad de no llevarse el trabajo a casa, con lo cual los efectos de presenciar el proceso de pérdida los siente en el mismo momento.

Como estrategia principal es hacer bien su trabajo, estar presente en todo el proceso patológico del paciente, desde su ingreso hasta su final, cuidando cada detalle, creándose así un vínculo entre profesional, paciente y familia.

Es cierto que al principio lloraba se escondía cuando tenía que llorar tras presenciar una muerte, pero poco a poco, se ha dado cuenta de que no existe problema en llorar delante de la familia, que es una manera de empatizar con la situación y que permite al enfermero afrontar su propio proceso de duelo.

Formación del profesional ante el proceso de muerte

Nuestra participante experta comenta que ella como profesional ha realizado formación relacionada con el proceso de morir, pero personalmente opina que la mejor formación es la que se realiza cuando empatizas con el paciente. También refiere que es importante tomar ejemplo de tus compañeros en la unidad, ver cómo trabajan, que exista comunicación entre profesionales y sobretodo desarrollar un aprendizaje por competencias.

Anexo 5: Consentimiento informado

Yo _____ con DNI _____, certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad delante del ejercicio académico que Noelia Amezcua con DNI 48015711-Z y Angel Rodríguez con DNI 48010259-J, estudiantes de Enfermería de cuarto curso de la Universidad Rovira i Virgili, realizan en la provincia de Tarragona sobre la vivencia del profesional de enfermería sobre el proceso de muerte en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Después de ser totalmente informado/a, acepto participar consecuente, libre y voluntariamente en el estudio colaborando en la recogida de datos que realizarán según mis vivencias en base a las preguntas que me planteen. También me comprometo a colaborar en todo lo anteriormente expuesto, pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

Las personas que realizan el estudio garantizan que, en todo momento, la información recogida a los participantes será confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima.

Tarragona, a ____ de _____ de ____

Firma entrevistador

Firma participante

Anexo 6: Certificados de asistencia y ponencia III Jornadas ADEIC



Certificat d'assistència

L'Associació de Directores d'Escoles d'Infermeria de Catalunya, Balears i Andorra, certifica que,

NOELIA AMEZCUA SÁNCHEZ

Ha **assistit** a la III Jornada d'Estudiants d'Infermeria de l'ADEIC, celebrada a Vapor Universitari de Terrassa el dia 12 de març de 2018

Terrassa, 12 de març de 2018

Montserrat Comellas Oliva
Vicepresidenta
Associació de Directores d'Escoles d'Infermeria de de Catalunya



Certificat d'assistència

L'Associació de Directores d'Escoles d'Infermeria de Catalunya, Balears i Andorra, certifica que,

ANGEL RODRIGUEZ FONOLL

Ha **assistit** a la III Jornada d'Estudiants d'Infermeria de l'ADEIC, celebrada a Vapor Universitari de Terrassa el dia 12 de març de 2018

Terrassa, 12 de març de 2018

Montserrat Comellas Oliva
Vicepresidenta
Associació de Directores d'Escoles d'Infermeria de de Catalunya



Certificat de ponent

L'Associació de Directores d'Escoles d'Infermeria de Catalunya, Balears i Andorra, certifica que,

Noelia Amezcua

Ha participat com a **ponent** a la III Jornada d'Estudiants d'Infermeria de l'ADEIC, celebrada a Vapor Universitari de Terrassa el dia 12 de març de 2018

Terrassa, 12 de març de 2018

Montserrat Comellas Oliva
Vicepresidenta
Associació de Directores d'Escoles d'Infermeria de de Catalunya