

Anna Fernández Zapater

**EL AFRONTAMIENTO AL DUELO DE LOS PROFESIONALES
SANITARIOS**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Glòria Carol

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Coma – Ruga

2014/2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO.....	5
3. OBJETIVO GENERAL	8
3.1 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	8
4. METODOLOGÍA	9
4.1 DISEÑO, METODOLOGÍA, Y JUSTIFICACIÓN	9
4.2 POBLACIÓN DIANA.....	10
4.3 ANÁLISIS DE LA MUESTRA.....	11
4.4 CRONOGRAMA.....	12
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	13
6. CONCLUSIONES	21
7. BIBLIOGRAFÍA	22
8. ARTÍCULO.....	25
9. ANEXOS.....	35
ANEXO 1. GUIÓN SEMIESTRUCTURADO DE LA ENTREVISTA	35
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	36
ANEXO 3. PARTICIPANTE 1.....	37
ANEXO 4. PARTICIPANTE 2.....	42
ANEXO 5. PARTICIPANTE 3.....	46
10. NORMAS DE PUBLICACIÓN	50

1. INTRODUCCIÓN

Interés personal

El interés personal por este tema, ya viene de hace tiempo, ya que soy y trabajo como Auxiliar de enfermería en el Hospital Universitario Sant Joan de Reus, en el servicio de Medicina Interna, es un servicio que a menudo las personas se mueren, ya sea por su patología o por alguna muerte súbita.

Tanto para mí como para mis compañeras, la muerte es un hecho indeseable, pero que cada día tiene más relevancia en la población adulta actual. Aunque hay muertes que nos afecten más que otras.

De aquí es de donde viene mi interés, en estudiar como afrontan la muerte las enfermeras, más concretamente el duelo, ya que no todos los profesionales están trabajando en un servicio especial en cuidados paliativos.

Argumentación de la importancia y relevancia

Las enfermeras y médicos sentimos y vivimos diariamente una serie de situaciones, tanto en lo personal como profesional, que implican pérdidas y situaciones de permanente contacto con lo doloroso y proceso de duelo por pérdidas significativas. Estos hechos nos afectan, lo queramos o no y que en la mayoría de los casos, no tenemos ni el tiempo ni el lugar para lograr la resolución saludable de estas pérdidas⁽¹⁾.

Los fines de la medicina moderna están centrados en la curación de las enfermedades y en la prolongación de la vida, por lo que la muerte es considerada como un fracaso. Esto conlleva una sensación de impotencia y frustración. Estas sensaciones pueden deteriorar el estado de ánimo, lo que significa un menor rendimiento laboral y mayor riesgo de errores involuntarios u omisiones⁽²⁾.

Por otra parte, las enfermeras manifiestan dificultades en la interrelación y comunicación con los enfermos terminales y sus familias⁽³⁾, también muestran distintas actitudes y en consecuencia actúan de distinta manera ante el morir y el afrontamiento de otro.⁽⁴⁾

Según la experiencia laboral del profesional que gestiona el proceso de muerte, la edad del paciente y de forma que, a mayor experiencia laboral y edad del paciente, las enfermeras manifiestan menos dificultades.⁽⁵⁾

El proceso de duelo, es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona asociándose a síntomas físicos y emocionales.

La pérdida es psicológicamente traumática, necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal⁽⁶⁾.

Los profesionales que trabajan en cualquier ámbito asistencial, se encuentran con la muerte, es algo inseparable al desarrollo de su profesión y reaccionan ante ella como saben o pueden, según las herramientas psicoemocionales que poseen o son capaces de utilizar. En estos ámbitos no especializados, la muerte se compagina con otros cuidados y la enfermera realiza cambios de registro emocional y de situación de forma constante.⁽⁴⁾

Para estos profesionales, no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos. Es un paso para que aprendan a percibir la muerte como algo natural y parte de nuestra vida cotidiana. Ya que en algún momento de nuestra vida profesional se reúnen con la muerte⁽⁷⁾.

Si el profesional de Enfermería entiende el proceso de duelo que afecta al paciente y la familia, puede ayudarlos a ambos, a redefinir su situación tras la pérdida⁽⁸⁾.

Lo que me aporta a mí haciendo este trabajo, es seguridad, a la hora que tenga que atender algún paciente en esta situación, ya que al largo de mi experiencia laboral tendré que afrontarla, además de perder el miedo en estas situaciones que no siempre es a gusto de todos.

2. MARCO TEÓRICO

La muerte es un fenómeno natural, universal e inherente al propio proceso vital. Es decir, morir es la consecuencia inevitable de la vida. Aunque esto afecta a que las enfermeras manifiestan dificultades en la interrelación y comunicación con los enfermos terminales y sus familias y con el afrontamiento de la muerte de sus pacientes⁽³⁾, ya que tratan a los moribundos, interpretan el fenómeno de la muerte y la muerte misma bajo su óptica y entendimiento⁽⁷⁾.

La muerte es vista como algo amenazador y extraño, que se oculta y se niega, por ello se ve como buena muerte, la muerte repentina⁽⁹⁾, ya que la prolongación artificial de la vida puede acompañarse de la prolongación del sufrimiento y de la agonía⁽⁵⁾. Por eso cuando un paciente muere, los profesionales en muchos casos sienten un alto nivel de insatisfacción, considerándolo un fracaso personal o profesional⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

Prácticamente todas las enfermeras en algún momento de su vida profesional se reúnen con la muerte. El trato que recibe el moribundo de los profesionales sanitarios está condicionado por cómo entienden los fenómenos de la muerte y el proceso de la muerte, también influye la falta o escasa preparación que puede llevar a producir ciertas alteraciones en el nivel emocional en los profesionales. La ansiedad, el miedo y el estrés pueden aparecer si no se desarrollan estrategias eficaces de afrontamiento⁽⁷⁾.

El duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido, estado en el que el individuo transmite o experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psicosociales y psicológicas a una pérdida real o subjetiva. Es fundamental entender el duelo como un proceso en movimiento, con cambios y múltiples posibilidades de expresión y no como un estado estático con límites rígidos⁽¹¹⁾.

El duelo y la muerte son situaciones universales que todos los seres humanos vivimos a lo largo de nuestra vida. Sin embargo, hablar de la muerte o del duelo, no es fácil, son temas que la mayoría de las personas tienden a rechazar. El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo se necesita un período de tiempo para que la persona en proceso de duelo vuelva a un estado de equilibrio similar⁽¹⁾⁽⁸⁾.

El duelo se define mediante 5 etapas, que las describe la psiquiatra Elizabeth Kübler Ross:

- Negación: el doliente se niega a aceptar la situación de pérdida que atraviesa, sea real o potencial. Duración esperada: desde horas hasta una semana.
- Ira: la persona afectada culpa a los demás por la pérdida; se descarga emocionalmente la responsabilidad en otros. Duración esperada: desde horas hasta días.
- Pacto: el doliente hace un acuerdo consigo mismo para iniciar el entendimiento de la experiencia que atraviesa. Se realiza como mecanismo para retrasar la depresión que genera la pérdida.
- Depresión: se vive con sentimientos de desamparo, desesperanza, impotencia, dolor y tristeza. Duración esperada: no determinada.
- Aceptación: es la fase final del proceso de duelo donde el doliente recuerda a su ser querido, habla de su experiencia de pérdida pero no se revive el dolor ni se hacen planes hacia el futuro frente a la recuperación de lo perdido. Duración esperada: no determinada⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

Teniendo en cuenta estas etapas, hay que tener en cuenta que puede aparecer una serie de síntomas durante el proceso de duelo:

- Sentimientos: Tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, autorreproche, angustia.
- Sensaciones físicas: Estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca.
- Cogniciones o pensamientos: Incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.
- Comportamientos o Conductas: Sueño con el fallecido, trastornos del apetito por defecto o por exceso, conductas no meditadas dañinas para la persona (conducción temeraria), retirada social, suspiros, hiperactividad y llorar, frecuentar los mismos lugares del fallecido⁽¹⁴⁾.

Aunque el fenómeno de la muerte es importante para todas las personas, en el desarrollo de las profesiones sanitarias existen evidencias de que el contacto continuado puede alterar el nivel de ansiedad ante la muerte. La ansiedad ante la muerte formará así parte del curso de nuestras vidas, constituyendo un fenómeno complejo y multifactorial⁽¹⁵⁾⁽²⁾.

La ansiedad puede ser un fenómeno que lleva al individuo a movilizarse ante situaciones de amenaza o riesgo, con el fin de adaptarse a la situación. Hay que decir que las enfermeras son, dentro del grupo de profesiones sanitarias, el grupo profesional que tiene mayor nivel de ansiedad ante la muerte, porque son las que más tiempo pasan junto a los pacientes, ya que uno de los principales objetivos es el cuidado de ellos. Esto hace que en su actividad normal tengan que enfrentarse directa y frecuentemente con la muerte.

Los recursos utilizados por el personal de enfermería tienen como principal objetivo no crear relaciones afectivas, estableciendo «distancia emocional». No todas las muertes se contemplan de igual modo, depende de la edad del paciente, enfermedad y relación con la familia. Hay ocasiones en que se les asigna identidad, «antropomorfización». En otras, el paciente es tratado como «cosa» o «patología»⁽⁹⁾.

Por otra parte, la ansiedad se manifiesta con sintomatología tanto subjetiva como objetiva. La persona percibe de modo subjetivo sus vivencias de ansiedad y el sufrimiento provocado, mientras de manera objetiva se puede presentar una sintomatología amplia. En el plano psíquico las manifestaciones serían de: inquietud, desasosiego, temores inciertos, miedo al descontrol, vacío interior, merma de la concentración-atención, preocupación, sensación de inseguridad, aprensión, sentimientos de inferioridad, incapacidad de tomar decisiones, confusión, desorientación y olvidos frecuentes.

La afectación física abarca infinidad de síntomas; palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor, sudoración profusa, tensión muscular, fatiga, dificultad respiratoria, dolor de estómago⁽⁴⁾.

Junto con la ansiedad va relacionada el tema del miedo, ya que se define como una desagradable sensación a corto plazo, estado emocional durante el curso, o solo el estímulo esperado de los procesos cognitivos de la persona como algo amenazante o peligroso para ella. El individuo es, en general, capaz de identificar la causa de su miedo. Este fenómeno no deja ajenos a los profesionales de la salud en especial a enfermería, ya que conviven y trabajan en una cultura particular que los lleva a enfrentar de esa forma a la muerte⁽⁷⁾⁽¹⁶⁾.

En cuanto a los profesionales sanitarios, como las enfermeras, es evidente que para prestar la mejor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal y a sus familiares, es necesaria una formación específica en enfermería, en

los aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos.

El conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte revisten gran importancia por la forma en cómo estas influyen en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares⁽¹⁷⁾.

Ya que se ha encontrado que en las facultades de Enfermería, carecen en su mayoría de materias teórica/prácticas de comunicación y herramientas para afrontar situaciones tan complejas emocionalmente como son la muerte hospitalaria. Por eso es importante ampliar la formación a las enfermeras sobre este proceso, tanto en técnicas de comunicación como en seguimiento terapéutico, destacando la actitud positiva hacia la utilidad, utilización y respeto de las últimas voluntades⁽¹⁸⁾.

La formación también conlleva a hablar sobre la experiencia laboral, ya que se dice que con mayor experiencia laboral y edad del paciente, las enfermeras manifiestan menos dificultades a la hora de enfrentarse y resolver este tema⁽⁵⁾⁽¹⁹⁾.

3. OBJETIVO GENERAL

Investigar el afrontamiento al duelo por parte del personal sanitario.

3.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Describir el significado que tiene la muerte y el duelo para los profesionales.
- Conocer como perciben el miedo y la ansiedad.
- Interpretar la actitud que tienen los profesionales ante el duelo y la muerte.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO, METODOLOGÍA, Y JUSTIFICACIÓN

Para la realización de este Trabajo de Fin de Grado me propongo utilizar la metodología cualitativa, para poder estudiar el tema ya expuesto y dar respuesta a mis inquietudes y la percepción que tienen las enfermeras sobre el tema del duelo.

Para la realización de este trabajo primero se hizo una revisión bibliográfica para poder ver cómo está el tema en la actualidad. Como criterios de selección y exclusión para dicha búsqueda han sido:

- Criterios de inclusión:
 - Artículos dentro de los seis últimos años (2008 a 2014)
 - Los artículos encontrados estén en visión disponible en internet o en bibliotecas
 - Idioma en español
- Criterios de exclusión:
 - Artículos dentro de los criterios de inclusión que no hablasen del tema con claridad.
 - Artículos cuantitativos

Fuentes consultadas para el trabajo	Resultados	Validos para el trabajo
Icercador plus	15	7
Dialnet	4	3
Cuiden	3	2
Scielo	3	1
Google académico	5	3
Argus (bibliotecas municipales)	4	2

Palabras clave: Duelo, muerte, proceso, enfermeras, moribundos

Keywords: Duel, death, process, nurses, dying

Para esta investigación cualitativa se empleó la fenomenología, ya que se dedica a la búsqueda de las experiencias vividas por las personas entrevistadas.

Se realizó entrevistas con profundidad con un gui3n semiestructurado (*Anexo 1*), es m3s conocida como entrevista abierta, ya que es uno de los medios para acceder al conocimiento y vivencias a partir del propio sujeto.⁽¹⁾ Hay que decir que es solo un gui3n y que puede ser modificado a lo largo de la entrevista seg3n el discurso.

Estas entrevistas fueron grabadas en forma de audio en su totalidad, con el previo consentimiento escrito de los participantes (*Anexo 2*) y transcritas para ser analizadas. Las observaciones e incidencias que se sucedieron durante las entrevistas fueron registradas en un cuaderno de campo.

4.2 POBLACI3N DIANA

La selecci3n de los participantes para la investigaci3n, se hizo de manera aleatoria entre el personal del servicio de Medicina Interna, del centro hospitalario donde trabaja la autora.

Para esta investigaci3n iban a ser 4 los participantes, pero al final accedieron 3, ya que una se excluy3 por no querer hablar del tema por motivos personales.

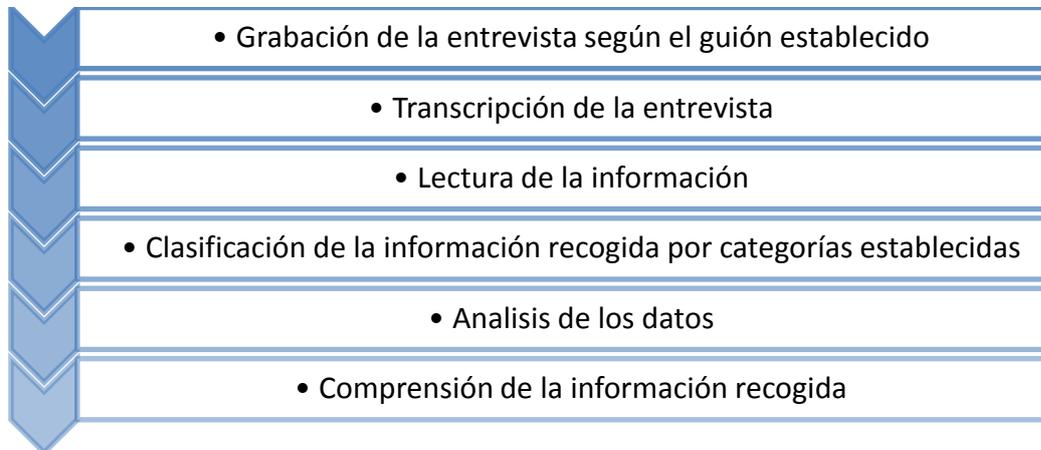
Estos participantes actualmente est3n trabajando en dicho centro y servicio. Este servicio tiene unos pacientes de avanzada edad con caracter3sticas de alta complejidad, pacientes cr3nicos complejos, unidad de geriatr3a aguda...etc. donde el tema de la muerte todo y no ser servicio exclusivo de cuidados paliativos, hace que muy a menudo haya gente en este proceso del final de la vida.

	Participante 1 (Anexo 3)	Participante 2 (Anexo 4)	Participante 3 (Anexo 5)
Edad	43	27	31
A3os experiencia	22	4	8

Las entrevistas se realizaron entre el periodo de enero – febrero de 2015, con una duraci3n m3nima de 20 minutos y m3xima de 50 minutos, cada una en un lugar y hora ya consensuado por ambas partes, con un ambiente adecuado para poder facilitar la expresi3n y la verbalizaci3n de sentimientos, emociones y actitudes.

4.3 ANÁLISIS DE LA MUESTRA

Para el desarrollo y evaluación de estas entrevistas se siguió un proceso de análisis:



Categorías en que se clasificó y se analizó la información recogida de las entrevistas:

1. La visión de la muerte
2. La elaboración y afrontamiento del duelo
3. Los sentimientos delante la muerte y el duelo
4. La ansiedad
5. Formación y experiencia
6. Estudiantes

Cada participante se identificó con una sigla para así poder poner ejemplos durante la muestra de resultados de los datos recogidos.

- Participante 1 → P1
- Participante 2 → P2
- Participante 3 → P3

4.4 CRONOGRAMA

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Búsqueda bibliográfica										
Justificación del trabajo										
Diseño del trabajo										
Realización de entrevistas										
Análisis de los datos										
Redacción del trabajo										
Redacción del artículo										
Entrega del trabajo y artículo										
Defensa del trabajo										

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se mostrará que dice la bibliografía encontrada junto con lo que han mencionado los participantes para este trabajo, con las categorías dichas anteriormente.

1. La visión de la muerte

Según la bibliografía encontrada no todas las personas ven o sienten la muerte de la misma manera, se ve como algo natural y parte de un proceso vital, pero por otra parte también existen dificultades en el trato, en la comunicación hacia estos pacientes o familias.⁽³⁾

- *P1: es la parte final de la vida, es el último instante, no? Es cuando el alma abandona el cuerpo (....) Pienso que es una parte de la vida más y desde que nacemos hasta que morimos, nos acompaña la muerte en todo momento, no es ningún mal, simplemente es la parte final.*
- *P2: la muerte es el fin de la etapa de la vida, como se estudia cuando estás en la ESO o en Bachillerato el nacer, el crecer, alimentarse, reproducirse, todo esto implica un final que es el de la muerte. (....) creo que hay personas que pasan por la etapa de negación, no creen en una muerte de un familiar, de un paciente o no creen en la propia muerte, es algo muy ectópico*
- *P3: es la etapa final que sufre un individuo, en principio, es la última etapa, naces, creces, te reproduces y luego ya viene que por cierta edad y por naturaleza, llega esta etapa de la muerte, es como nos han enseñado*

Por otra parte, nos encontramos con que la sociedad o en mismo personal sanitario, la palabra muerte es un tema tabú; difícil de hablar y tienden a rechazar este tema con mucha frecuencia.⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽⁵⁾

- *P1: la mayoría de la gente es como un tema tabú y prefiere no hablar, pero es una parte natural (....) la gran mayoría somos católicos y nos han inculcado muchas cosas sobre la muerte, el hecho de ser un tabú y que la gente no quiera hablar, pienso que les da miedo esta palabra, la verdad es que no acompaña mucho.*
- *P2: Sí, yo creo que sí, porque tienes que valorar las diferentes religiones como tratan la muerte (....) nadie lo habla con claridad, o sea, nadie dice la expresión*

¡a pues morir en natural! No... nadie lo dice, creo que todos tenemos respeto y muchas veces miedo a la muerte

- *P3: Sí, pero es un tema tabú por la religión, porque nuestra religión nos ha enseñado que la muerte o la última etapa de la vida ha de ser una cosa vista como algo negativo. Otras culturas no lo viven así, otras culturas se vive de otra manera como que se mueren pero después hay otra vida*

Hablando sobre la muerte, coincide que los tres participantes piensan que es la última etapa de la vida y es algo natural, ya que nos lo enseñan desde de pequeños todo el ciclo de la vida.

Por el tema tabú coinciden que es un tema en que mucha gente tiende a rechazar, no hablar de ella o incluso tenerle miedo. Sí que es cierto que la religión coincide con las tres personas entrevistadas, ya que es un tema que nos han inculcado.

2. La elaboración y afrontamiento del duelo

Como se nombra en la bibliografía, se puede ver el duelo como un proceso en movimiento y desde de muchas expresiones o versiones, ya que cada persona puede elaborar o afrontar de diferente forma este tema.⁽¹¹⁾

- *P1: La afronto como de despedida, has de saber todas las necesidades que pueda necesitar el paciente, la comodidad; que esté cómodo, el ambiente (....) todo este confort más el hecho de poder hablar con la familia de que se vayan despidiendo tranquilamente, de que no griten y no lloren en la habitación para que él esté lo más relajado posible (....) hace que todo esto tu ya vayas preparando un duelo (....) y en el momento que llegue la hora de la muerte, puedas tener la sensación que hayas sido un acompañamiento hasta el final*
- *P1: O la afrontas, participas, colaboras tanto a nivel de la familia y del paciente o estas a segunda línea y si tú eres su enfermera y su responsable creo que siempre has de estar en primera línea, es decir, afrontándola, entonces tienes que acompañar tanto a la familia como al paciente en este proceso*
- *P2: Al principio lo vives como un momento de inquietud, pero luego te das cuenta de la importancia que tiene ninguna de las dos se puede llevar de una manera buena. (....) realmente si es una muerte que ya se sabe, que ha empezado el agravante que no hay ninguna posibilidad de mejorar, la afrontas con tristeza, pero intentas llevarla de una manera que tú seas el apoyo para la familia (....) intentas encaminarlo de una manera que las personas crean que la*

muerte es algo natural (...) y entender la situación y acompañarles que puedan vivir la muerte de otra manera

- *P3: Intento afrontarlo de la mejor manera en el hecho de pensar de si aquella persona ha sufrido o no para llegar en este momento, para mí esto es muy importante, o sea, yo pienso que la muerte es irremediable, no se puede evitar, con lo cual, al menos cuando llegue el momento poder llegar con dignidad y sin sufrimiento (...) llegado el momento de la muerte y muere tranquilo, la familia también lo afronta de otra manera y esto también te da una cierta tranquilidad, seguridad y pienso que en el momento de la muerte también tenemos un papel muy importante como enfermeras, que es asegurar que aquella persona, pueda morir con dignidad*

Por otra parte, y dentro de este mismo tema, encontramos la edad del paciente, que a mayor experiencia laboral y edad del paciente, las enfermeras manifiestan menos dificultades⁽⁵⁾.

- *P1: Des de mi experiencia, sí que es lo mismo, porque tanto sea joven que mayor, los dos están enfermos, sí que uno ha vivido más que otro, sería la única diferencia, pero el acompañamiento sería exactamente el mismo y has de afrontarlo de la misma manera*
- *P2: no es igual que se muera una persona joven, creo que sería peor que una persona mayor, ya que hay gente con 95 años y piensas que se tiene que acabar ya el ciclo, que es su hora*
- *P3: que se muera una persona joven, no es ley de vida, (...), pero que ya tienen una patología de base que ya es bastante grave, entonces también lo afrontas como si fuese una persona de más edad, en el sentido de que para esa persona también se ha terminado el sufrimiento*

En el afrontamiento del duelo, cada participante hace referencia a cómo vive o elabora su duelo, para así poder afrontar mejor este proceso. Coinciden los tres que se trata en hacer un acompañamiento en todo momento, tanto por parte de la familia y paciente. También nombran que el paciente no ha de sufrir y estar o crear un ambiente idóneo para esta situación.

En cuanto a la edad solo en un caso de los entrevistados que no le afectaría, que sería como una persona más. Pero al resto de participantes en el fondo les cuesta, pero que se tiene que afrontar de la misma manera como si fuera una persona con más edad.

3. Los sentimientos delante la muerte y el duelo

Este momento en que viven muchos profesionales sanitarios, hay que tener en cuenta que también les puede afectar de manera sentimental. ⁽⁹⁾

- *P1: Yo la vivo al 100 %, pero se ha de estar y no se ha de estar, o sea, se ha de estar en parte empática, has de saber conectar tanto con la persona como en el paciente, pero a la vez que no te influya a nivel emocional.*
- *P1: Mis sentimientos, paz y tranquilidad porque tú has hecho todo lo posible para que esa persona esté lo más cómodo y tranquilo, y cuando se haya ido pues haya estado lo más confortable posible (...) sí que es de tristeza y de pena porque se va, pero tú sabes que le has hecho todo lo mejor que tú has podido*
- *P2: Pues muchas veces, como de rabia, es como el sentimiento de no poder hacer más de lo que querrías (...) me cuesta mucho el hecho de poder acompañar a las personas a este fin de vida y muchas veces te planteas que tanto esfuerzo y tanta lucha para luego acabar con la vida*
- *P3: La persona ha sufrido para morirse a mí me angustia. Me angustia porque no me gustaría que esto sucediera en un familiar mío*

Por otra parte, los profesionales pueden crear una distancia o barrera emocional, para evitar las relaciones afectivas y que no les influyan estos sentimientos a la vida real. ⁽⁹⁾

- *P1: no es más bien crear una barrera, simplemente estás dando un soporte a nivel emocional o de hablar (...) es una parte más de tu profesión*
- *P1: Tú has de hacer tu trabajo y en qué consiste; en acompañar tanto al paciente como a su familia en cualquier ámbito, tanto emotivo, de dar algún medicamento o alguna cosa, o en nivel de explicarles o hacerles entender este momento tan delicado o parte final*
- *P2: Sí, sí que se hace una barrera, ya que lo vivo mucho, para mí es muy duro y me cuesta reaccionar delante la muerte, puede ser que sea que llevo poco en este trabajo y no sé cómo actuar.*
- *P3: Si dijera que no, mentiría, claro que lo haces... Intento que me afecte lo menos posible, pero hay veces que no lo consigues*

En cuanto a los sentimientos, nos encontramos que todos los participantes manifiestan algún tipo de sintomatología relacionada con la pérdida de un paciente y con relación al proceso de duelo, como puede ser: tristeza, rabia o angustia.

Pero por otra parte encontramos que un participante en el momento en que se mueren encuentra paz y tranquilidad porque sabe que ha hecho todo lo posible para que esa persona se vaya de la manera más confortable posible.

En cuanto a la barrera o distancia emocional, encontramos que la mayoría de los participantes crean esta barrera o distancia para que no los afecte a su trabajo, al resto de pacientes o la vida diaria. En cambio, encontramos a un participante que nombra que se trata más de acompañar en este momento y no de crear barreras o distancia.

4. La ansiedad

La ansiedad profesional es una característica que muchos profesionales pueden tener un mayor nivel de ansiedad, ya que pasan mucho tiempo en contacto con ellos y que pueden generar sintomatología tanto subjetiva como objetiva.⁽⁴⁾

- *P1: más que ansiedad creo que es miedo o desconocimiento que la gente muchas veces no quiere hablar o que hace las cosas justas y necesarias porque no sabe cómo afrontarlo o no sabe que reacción tendrá la familia o el miedo a lo desconocido*
- *P2: ¿Ansiedad? Todos tenemos ansiedad o miedo más bien, es una situación que no es fácil llevarla para nadie, pero creo que es por la falta de formación en este tema*
- *P3: Sí, ansiedad y miedo, pero hay este mito porque principalmente no estamos suficientemente formados ni preparados*

Por otra parte, según la bibliografía un contacto continuado con el mismo paciente puede alterar el nivel de ansiedad o afrontar su muerte de otra manera.⁽¹⁵⁾⁽²⁾

- *P1: Sí que lo afrontas igual y el duelo lo harías igual, lo que pasa que puede que haya implicación con la empatía, te conocen más, saben más de ti, pero bueno siempre se ha de intentar que esta parte no traspase la frontera, los límites.*
- *P2: Tendría que ser igual, pero cuesta afrontarlo de la misma manera (...) cuando tú tienes un paciente que lo estás cuidando durante un tiempo, sabes*

lo que quiere, como lo quiere y ves que con tus cuidados (...) y todo el personal, ves que se va apagando poco a poco o simplemente deja de luchar (...) quieras o no, aunque no lo parezca, los sentimientos y también respeto hacia las personas que están en ese periodo, pues sí, es difícil

- *P3: El hecho de que tú hayas tenido una relación previa con esa persona, de que lo hayas llevado durante mucho tiempo, creas unos vínculos que evidentemente cuando llega este momento, pues, cuesta más de afrontarlo (...) nos termina afectando*

Por lo que se dice en el tema de la ansiedad todos los participantes coincide en que más que ansiedad es miedo y desconocimiento delante de la situación. Por lo que hace en la ansiedad a la hora de un contacto continuo con el mismo paciente o de un paciente crónico, hay más discrepancia, ya que la gran mayoría de los participantes, les cuesta afrontar la situación cuando se trata de una persona que has mantenido un contacto continuado, ya que se crean unos vínculos y sentimientos.

En cambio, para dos de los participantes este tema se tendría que afrontar de la misma manera pero sin que traspase las fronteras o límites.

5. Formación y experiencia

Según la documentación encontrada para este trabajo, para poder dar una mejor atención en dichas situaciones, sería necesaria una formación con aspectos vinculados a la muerte, el duelo, cuidados...etc.⁽¹⁷⁾

- *P1: sí que es cierto que tendría que haber algún tipo de taller o curso que se pudiera hablar y ayudar a las compañeras a afrontarlo o que expongan los problemas, no sé, alguna cosa así que pueda ayudar a mejorar a que esta persona pueda atender al paciente realmente como tendría que ser.*
- *P2: creo que debería ser una asignatura más en la carrera profesional, el hecho de enseñarte a como tratar a los pacientes y como tratar a los familiares que están viviendo este fin de ciclo, (...) no estamos formados ni adaptados para llevar a una persona a que viva su fin de ciclo de la mejor manera posible.*
- *P3: yo creo que tendría que haber en el área de cuando se trata las psicopatologías, también tendría que haber un área que ayudase a afrontar la muerte con dignidad, porque nuestro papel es muy importante*

Por otra parte, y dentro del mismo apartado nos encontramos con la experiencia, ya que según dicen, cuanta más experiencia laboral, las enfermeras manifiestan menos dificultades a la hora de enfrentarse y resolver este tema.⁽⁵⁾⁽¹⁹⁾

- *P1: la experiencia ayuda, pero no quiere decir nada, mucha gente con los años también se esconde, a veces sí que ayudan pero también hacen lo contrario*
- *P2: Sí que ayuda, lo que pasa es que depende del tipo de muertes que tengas, te ayudara mejor a afrontarlas o no, pero que en general, la experiencia sí que ayuda, porque quien más experiencia tiene o que le haya tocado vivir más muertes, más bien sabe llevar los diferentes casos, porque los ha vivido*
- *P3: Sí, claro... cuanta más gente se muere, más aprendes de cada uno de ellos, porque evidentemente que no todo el mundo muere de la misma manera, (...) Y de los profesionales también se puede aprender algo de los que llevan más años y que han vivido más.*

En cuanto a la formación, todos los participantes coinciden en la falta de formación en este tema y que tendría que haber algún curso o taller para poder formarse en el lugar de trabajo o más bien des de las universidades alguna materia dedicada a hablar de este hecho.

Por otra parte, en la experiencia también coinciden que la experiencia ayuda y cuanta más situaciones vividas o tratadas, se puede afrontar mejor la situación.

6. Estudiantes

Según los hallazgos de la búsqueda bibliográfica, en las universidades carecen de materias para afrontar dichas situaciones, para cuando estén en la vida laboral.⁽¹⁸⁾

- *P1: En un estudiante, dependerá mucho del carácter de cada persona y de la sensibilidad que tenga, es muy difícil decir, sí que sería bueno que hicieran alguna formación taller o curso, como he dicho antes, durante la época de la carrera y que les explicasen que es y que los estudiantes pudiesen preguntar o explicar que se pueden encontrar y herramientas para afrontarlo*
- *P2: los estudiantes que salen ahora, como tú por ejemplo, más que nada que vean este proceso de forma natural y sin miedo*
- *P3: a los estudiantes que intenten hacer algo, para poder afrontar esto, porque estén donde estén se van a encontrar con esto algún día*

En cuanto a los estudiantes que están cursando la carrera o que están terminando, los participantes recomiendan o bien, hacer algún curso más, ya sea fuera o en la propia universidad, o simplemente ver este proceso de forma natural y parte de la vida.

6. CONCLUSIONES

Con las entrevistas hechas y juntamente con la búsqueda bibliográfica se llega a la conclusión, que la muerte es un tema difícil para muchas personas, y que mayoritariamente es un tema tabú, rechazan hablar, tienen miedo e incluso la propia religión es la que nos hace temer a dicha palabra o situación. Por la parte de los profesionales, la muerte, se ve como la última etapa de la vida y de manera natural.

La manera de elaborar o afrontar el duelo, cada participante lo hace de manera diferente, pero lo que hay en común, es hacer un acompañamiento en todo momento ya sea por parte de la familia o del paciente, crear un buen ambiente para dicha situación, así, de esta manera, es más fácil afrontar y elaborar una pérdida.

Por la parte de sentimientos, cada participante manifiesta alguna sintomatología relacionada con la pérdida de un paciente, pero que son de manera puntual o por la situación.

En cuanto al miedo o la ansiedad, se llega a la conclusión que no es ansiedad, sino más bien, miedo o desconocimiento delante esta situación, por falta de experiencia o por falta de formación.

Por otra parte, tanto la experiencia como la frecuencia de contacto con estos momentos vitales, se intuyen a priori como elementos determinantes en los niveles de ansiedad y miedo ante la muerte de los profesionales de la salud.

Todos los profesionales expresan no sentirse formados en el tema de afrontamiento de la muerte. Resulta comprensible, ya que durante la formación básica de las universidades no se recibe formación específica en el tema de afrontamiento de la muerte

Coinciden en que una preparación para afrontar situaciones tan difíciles como la muerte en las instituciones de trabajo (cursos, seminarios, talleres), para las enfermeras y para el equipo de salud en general, el profesional de enfermería estaría más preparado para enfrentar estas situaciones límites y lograr así una atención de enfermería más cercana y cálida, venciendo los temores hacia el paciente moribundo y la muerte

7. BIBLIOGRAFÍA

1. C. Zoraida. El sentir de medicos y enfermeras ante el duelo y la muerte del paciente - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2008 [citado el día 7 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1138/1/El-sentir-de-medicos-y-enfermeras-ante-el-duelo-y-la-muerte-del-paciente>
2. Vega-vega P, Palma-torres C, Ahumada-jarufe E, Mandiola-bonilla J. Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras (os) pediátricas (os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. 2013;13:81–91.
3. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. Enfermería clínica [Internet]. 2011 [citado el día 20 de Octubre del 2014];21(3):129–35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21531603>
4. Casado MS. Cuidando en Cercanía de la muerte. Aportaciones desde la teoría fundamentada - TESIS modificada.pdf [Internet]. tarragona. 2013 [citado el día 20 de Octubre del 2014]. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/127109/TESIS_modificada.pdf?sequence=1
5. Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. Enferm Intensiva [Internet]. 2011 [Citado el día 13 de Octubre del 2014];22(1):13–21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21315638>
6. SECPAL / Guía CP/ Duelo [Internet]. [Citado el día 20 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dieciseis>
7. Pográn yivá H, López AG, Serrano MVC, Sánchez LD, Barr B, Jm M, et al. Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte Nursing Students ' Reflections on the Death Process Prácticamente todas las enfermeras en algún momento de su vida profesional se. 2014;133–44.

8. Fern AR. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. 2010;28(2):267–74.
9. Pascual Fernández MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2011 [citado el día 18 de Noviembre del 2014];22(3):96–103. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21719334>
10. Salud SA de. Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. 2011.
11. Muerte LA, Duelo YEL, Soto O, Falcón P, Volcanes M. La muerte y el duelo. 2009;1–9.
12. Yaneth N, Ortiz N. La situación de enfermería: “ un milagro de vida ” en la aplicación integral del concepto de duelo The nursery situation: “ a miracle of life ” in the integral application of the concept of mourning A situação de enfermagem: “ um milagre da vida ” na a. 2014;(2):306–13.
13. Kübler-Ross Elisabeth KD. Sobre el Duelo y el Dolor. Barcelona; 2006.
14. Española S, Paliativos DC, Bases OY, Terapéutica DELA, Sobre P, Uso EL, et al. Guía de Cuidados Paliativos.
15. Ferr SC. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y Significados. 2013;24(3):109–14.
16. V ME, A OS. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción *. 2012;25(4):607–13.
17. Xv E. “ Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. ” “Professional nurse attitude towardsthe death of patients.”2008;(1):39–48.
18. Gómez Arca M. Enfermería en el proceso de humanización de la muerte en los sistemas sanitarios]. *Enfermería clínica* [Internet]. Elsevier España, S.L.U.; 2014 [Citado el día 26 de Noviembre del 2014];24(5):296–301. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25132259>

19. Guadalupe M, Pérez A, Gipsy A, Ciudad D, Dorantes C. Muerte y subjetividad : reflexiones a propósito de la formación de los profesionales en salud Death and subjectivity : reflections about the formation of the professionals in health. 2011;

8. ARTÍCULO

EL AFRONTAMIENTO AL DUELO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

HOW HEALTH WORKERS COPE WITH GRIEF

Anna Fernández Zapater, Graduada en Enfermería, 43850 Cambrils, ana.fernandezz@estudiants.urv.cat, 636674336.

RESUMEN

Introducción: Los profesionales sanitarios combinan los cuidados de enfermería y el trato con la muerte constantemente, esto hace que haya cambios de registro emocional y reaccionen como saben o pueden delante de estas situaciones. Estos profesionales, no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos. Los objetivos del trabajo son investigar el afrontamiento al duelo, saber que significado tiene el duelo para ellos, como perciben la ansiedad y el miedo e interpretar la actitud que tienen.

Método: Trabajo cualitativo y fenomenológico. La población de estudio fueron tres enfermeras/os de un centro hospitalario de Reus a los que se les paso una entrevista con profundidad semiestructurada, para posteriormente ser analizada y clasificada la información.

Resultados: Los resultado de las entrevistas, se resalta que el proceso del duelo es difícil de afrontar, no todo el mundo puede o sabe hacerlo, ya que los sentimientos representan un papel importante. También, se destaca, en general la falta de formación.

Conclusión: La muerte es un tema en que la población tiende a rechazar, mayoritariamente por la religión. Los profesionales, coinciden en hacer un acompañamiento global y la creación de barreras o distancias emocionales. Se observa que el miedo al proceso, invade más que la ansiedad, aunque la formación y la experiencia ayudan a llevarlo mejor. Se carece de una formación básica en las universidades y formación en el lugar de trabajo.

Palabras clave: Duelo, muerte, proceso, enfermeras, moribundos

ABSTRACT

Introduction: In caring for the sick, health workers constantly come into contact with death. This leads to changes in their emotions and they react as best they can when faced with such situations. They are not immune to the influence of society, nor to the emotions caused by death and working with dying patients. The objectives of this study are to investigate how they confront grief, to find out what it means to them and how they perceive the anxiety and fear, and finally to interpret their attitude.

Method: A qualitative and phenomenological study. The study population was three nurses in a hospital in Reus who were given a semi-structured in-depth interview. The resulting information was then analysed and classified.

Results: What stands out from the results of the interviews is that the grieving process is difficult to handle and that not everybody is able to come to grips with it, as feelings play an important role. They also highlight the general lack of training.

Conclusion: Death is a subject most people try to ignore, mainly due to religion. Health workers coincide in offering general comfort and creating emotional barriers or distance. Fear can be observed in the process; it goes beyond the anxiety felt, although training and experience help them handle it better. Basic training is lacking in both universities and the workplace.

Keywords: Grief, death, process, nurses, the dying

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios sentimos y vivimos diariamente pérdidas y situaciones significativas por el proceso de duelo. En la mayoría de los casos, no tienen tiempo ni lugar para una resolución saludable de estas pérdidas, ya que en algún momento de su vida profesional se reúnen con la muerte. (1)(2)

Aunque es vista como algo amenazador, extraño, muchas veces se oculta y se niega, por ello se ve como buena muerte, la muerte repentina (3)

Las enfermeras manifiestan dificultades en la interrelación y comunicación con los enfermos terminales y sus familias(4), muestran distintas actitudes y en consecuencia actúan de distinta manera ante el morir y el afrontamiento de otro.(5)

El proceso de duelo, es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona asociándose a síntomas físicos y emocionales.(6) El duelo se describe mediante las 5 etapas de Elisabeth Kübler Ross(7)(8). También hay que incluir que en transcurso puede aparecer sintomatología; tristeza, ira...etc.(9)

La ansiedad, el miedo y el estrés pueden aparecer, si no se desarrollan estrategias eficaces de afrontamiento(10), ya que son el grupo profesional que tiene mayor nivel de ansiedad ante la muerte, porque son las que más tiempo pasan junto a los pacientes. (11)

Este fenómeno no deja ajenos a los profesionales de la salud en especial a enfermería, ya que conviven y trabajan en una cultura particular que los lleva a enfrentar de esa forma a la muerte(12)

El objetivo de este trabajo es investigar el afrontamiento al duelo por parte del personal sanitario, conjuntamente, describir el significado que tiene la muerte y el duelo, conocer como perciben el miedo y la ansiedad e interpretar la actitud que tienen ante el duelo y la muerte.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio cualitativo y se empleó la fenomenología para la búsqueda de experiencias vividas de los participantes. Estas, son tres enfermeras/os que se eligieron de forma aleatoria entre el personal de Medicina Interna del Hospital Universitario Sant Joan de Reus y que en la actualidad están ejerciendo.

Para este trabajo se hizo una revisión bibliográfica, con unos criterios de inclusión: estar en los últimos 6 años, artículos disponibles en internet o en bibliotecas y en español. Asimismo con criterios de exclusión: que no hablasen del tema y estudios cuantitativos. Un total de validos de 19 ejemplares entre artículos y libros.

Por otro lado, se realizó entrevistas con profundidad y semiestructurada a los participantes nombrados con anterioridad. Dichas entrevista, se realizaron entre el periodo de enero – febrero de 2015, con una duración entre 20 y 50 minutos, en un lugar y una hora consensuados por ambas partes y fuera del recinto hospitalario. El encuentro fue registrado en forma de audio, con un previo consentimiento informado asegurando su anonimato.

Posteriormente, se transcribieron para ser analizadas, siguiendo un proceso de análisis: grabación, transcripción, lectura, clasificación, análisis de los datos, comprensión de la información.

Para identificar a cada participante se les adjudicó unas siglas: (P1, P2, P3)

RESULTADOS

Las entrevistas hechas a los participantes anteriores, se clasificó la información en 6 categorías para poder analizarlas con profundidad.

1. La visión de la muerte

La visión de los participantes es:

P1: es el último instante, no? (...) es una parte de la vida más, (...) nos acompaña la muerte en todo momento, no es ningún mal.

P2: es el fin de la etapa de la vida (...) hay personas que no creen en una muerte de un familiar o no creen en la propia muerte, es algo muy ectópico.

P3: es la etapa final que sufre un individuo (...) es como nos han enseñado.

Por otra parte, también hablan de que es un tema tabú:

P1: la gran mayoría somos católicos y nos han inculcado muchas cosas sobre la muerte (...) pienso que les da miedo esta palabra.

P2: tienes que valorar las diferentes religiones como tratan la muerte (...) nadie lo habla con claridad.

P3: es un tema tabú por la religión, porque ha de ser una cosa vista como algo negativo. Otras culturas no lo viven así.

2. La elaboración y afrontamiento del duelo

Sobre la elaboración y el afrontamiento los participantes dicen que:

P1: La afronto como de despedida, has de saber todas las necesidades que pueda necesitar el paciente; la comodidad, el ambiente (...) y en el momento que llegue la hora, puedas tener la sensación que hayas sido un acompañamiento.

P2: la afrontas con tristeza, pero intentas llevarla de una manera que tú seas el apoyo para la familia (...) intentas encaminarlo en que las personas crean que la muerte es algo natural

P3: intento afrontarlo de la mejor manera, (...) pienso que la muerte es irremediable, con lo cual, cuando llegue el momento llegue sin sufrimiento (...) tenemos un papel muy importante como enfermeras, asegurar que pueda morir con dignidad.

Asimismo, también responden sobre la edad del paciente:

P1: el acompañamiento sería exactamente el mismo y has de afrontarlo de la misma manera

P2: no es igual que se muera una persona joven, creo que sería peor que una persona mayor

P3: que se muera una persona joven, no es ley de vida (...) si tiene una patología de base, que ya es bastante grave, lo afrontas como si fuese una persona de más edad

3. Los sentimientos delante la muerte y el duelo

En cuanto a los sentimientos, expresan que:

P1: Yo la vivo al 100 %, (...) se ha de estar en parte empática, has de saber conectar tanto con la persona como en el paciente, (...). Mis sentimientos, paz y tranquilidad.

P2: como de rabia, es como el sentimiento de no poder hacer más de lo que querrías.

P3: La persona ha sufrido para morirse a mí me angustia.

Al mismo tiempo, hablan de distancia o barrera emocional:

P1: no es crear una barrera, simplemente estás dando un soporte a nivel emocional o de hablar, (...) pero a la vez que no te influya a nivel emocional.

P2: Sí, sí que se hace una barrera (...) para mí es muy duro y me cuesta reaccionar delante la muerte

P3: Si dijera que no, mentiría, claro que lo haces... Intento que me afecte lo menos posible

4. La ansiedad

Referente a la ansiedad:

P1: más que ansiedad creo que es miedo o desconocimiento (...) la gente no quiere hablar o hace las cosas justas y necesarias porque no sabe cómo afrontarlo.

P2: ¿Ansiedad? Todos tenemos ansiedad o miedo más bien

P3: Sí, ansiedad y miedo, (...) porque principalmente no estamos formados ni preparados

Por otra parte, un contacto continuado con el mismo paciente se refleja en que:

P1: Sí que lo afrontas igual y el duelo lo harías igual (...) se ha de intentar que esta parte no traspase la frontera, los límites.

P2: Tendría que ser igual, pero cuesta afrontarlo de la misma manera

P3: creas unos vínculos que evidentemente cuando llega este momento, cuesta más de afrontarlo

5. Formación y experiencia

En cuanto a la formación:

P1: tendría que haber algún tipo de taller o curso que se pudiera hablar, ayudar y exponer los problemas.

P2: creo que debería ser una asignatura más en la carrera profesional (...) no estamos formados ni adaptados.

P3: tendría que haber un área que ayudase a afrontar la muerte con dignidad

Igualmente, en la experiencia, explican que:

P1: la experiencia ayuda, pero no quiere decir nada (...) a veces sí que ayudan pero también hacen lo contrario

P2: la experiencia sí que ayuda, porque quien más experiencia tiene (...) más bien sabe llevar los diferentes casos

P3: Sí, claro... cuanta más gente se muere, más aprendes de cada uno de ellos (...) Y de los profesionales también.

6. Estudiantes

En el caso de los estudiantes y las universidades:

P1: dependerá mucho del carácter de cada persona (...) sí que sería bueno que hicieran alguna formación taller o curso durante la carrera.

P2: A los estudiantes, (...) más que nada que vean este proceso de forma natural y sin miedo, pero sí, falta formación.

P3: a los estudiantes que intenten hacer algo (...), porque estén donde estén se van a encontrar con esto algún día.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Con las entrevistas y la búsqueda bibliográfica se llega a la conclusión, que la muerte es una etapa de la vida y natural, coincide así, con la bibliografía que lo define como un proceso vital.(4). No obstante nos encontramos con que la sociedad y el personal sanitario, la palabra muerte es un tema tabú; difícil de hablar y tienden a rechazar. (3)(13)(2), con las entrevistas se llega a la conclusión de que la religión desempeña un papel importante en dicha palabra.

En cuanto a la elaboración y afrontamiento, se puede ver el duelo como un proceso en movimiento, diferentes expresiones o versiones, ya que cada persona puede elaborar o afrontar de diferente forma.(14). Coincide así con las entrevistas, en que es mejor hacer un buen acompañamiento generalizado y crear un ambiente idóneo para esta situación, ya que ayuda a afrontarlo mejor y la familia tenga conciencia de la situación, de esta manera, se responde al objetivo general del trabajo.

Por otra parte, encontramos la edad del paciente, que a mayor experiencia laboral y edad de la persona, las enfermeras manifiestan menos dificultades(2), aunque a los entrevistados, la mayoría dicen que se tiene que actuar de la misma manera, sea la edad que sea.

El proceso de duelo que viven muchos profesionales sanitarios, también les puede afectar de manera sentimental.(3) En las entrevistas se descubre que todos los participantes muestran algún tipo de sintomatología relacionada y de manera puntual.

También, pueden crear una distancia o barrera emocional, para evitar las relaciones afectivas y que no les influyan estos sentimientos a la vida real(3), asimismo, se halla que la mayoría de los entrevistados crean una barrera o distancia emocional, para que no les afecte en su trabajo, ya que han de seguir con el resto de pacientes.

Los profesionales pueden tener un mayor nivel de ansiedad, ya que pasan mucho tiempo en contacto con ellos y que pueden generar sintomatología tanto subjetiva como objetiva.(5) De esta manera y respondiendo a otro objetivo, se halla en las entrevistas, que los profesionales pueden tener ansiedad ante la muerte, pero se ha concluido, que más que ansiedad, es miedo o desconocimiento a todo el proceso que conlleva la muerte.

En cambio, cuando se trata de un contacto continuado con el mismo paciente, hay discrepancia entre los participantes, porque para unos les cuesta más afrontarlo y crean vínculos afectivos, y para otros, tiene que tratarse de la misma manera. Tanto la experiencia como la frecuencia de contacto, hacen que sean los determinantes en los niveles de ansiedad y miedo para los profesionales. Aunque en la búsqueda bibliográfica se encuentra que puede alterar el nivel de ansiedad o afrontar su muerte de otra manera(15)(16)

Además, encontramos que para poder dar una mejor atención en dichas situaciones, sería necesaria una formación con aspectos vinculados a la muerte, el duelo, cuidados...etc.(17)(18). Los entrevistados expresan no sentirse formados, ya que durante la formación universitaria, y la formación posterior no se contempla dicho tema.

Para finalizar, en las universidades carecen de materias para afrontar dichas situaciones, para cuando estén en la vida laboral (19). De este modo, coincide con los participantes, en que una preparación, ya sea por las universidades o los centros de trabajo, ayudarían a enfrentar estas situaciones y lograr una mejor atención y vencer a los temores.

FINANCIACIÓN

Ninguna

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

BIBLIOGRAFÍA

1. C. Zoraida. El sentir de medicos y enfermeras ante el duelo y la muerte del paciente - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2008 [citado el día 7 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1138/1/El-sentir-de-medicos-y-enfermeras-ante-el-duelo-y-la-muerte-del-paciente>
2. Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2011 [citado el día 13 de Octubre del 2014];22(1):13–21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21315638>
3. Pascual Fernández MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2011 [citado el día 18 de Noviembre del 2014];22(3):96–103. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21719334>
4. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería clínica* [Internet]. 2011 [citado el día 20 de Octubre del 2014];21(3):129–35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21531603>

5. Casado MS. Cuidando en Cercanía de la muerte. Aportaciones desde la teoría fundamentada - TESIS modificada.pdf [Internet]. tarragona. 2013 [citado el día 20 de Octubre del 2014]. Disponible en: [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/127109/TESIS modificada.pdf?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/127109/TESIS%20modificada.pdf?sequence=1)
6. SECPAL / Guía CP/ Duelo [Internet]. [citado el día 20 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dieciseis>
7. Kübler-Ross Elisabeth KD. Sobre el Duelo y el Dolor. Barcelona; 2006.
8. Yaneth N, Ortiz N. La situación de enfermería : “ un milagro de vida ” en la aplicación integral del concepto de duelo The nursery situation : “ a miracle of life ” in the integral application of the concept of mourning A situação de enfermagem : “ um milagre da vida ” na a. 2014;(2):306–13.
9. Española S, Paliativos DC, Bases OY, Terapéutica DELA, Sobre P, Uso EL, et al. Guía de Cuidados Paliativos.
10. Pogrányivá H, López AG, Serrano MVC, Sánchez LD, Barr B, Jm M, et al. Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte Nursing Students ' Reflections on the Death Process Prácticamente todas las enfermeras en algún momento de su vida profesional se. 2014;133–44.
11. Fern AR. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. 2010;28(2):267–74.
12. V ME, A OS. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción *. 2012;25(4):607–13.
13. Salud SA de. Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. 2011.
14. Muerte LA, Duelo YEL, Soto O, Falcón P, Volcanes M. La muerte y el duelo. 2009;1–9.
15. Ferr SC. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria : Datos y Significados. 2013;24(3):109–14.
16. Vega-vega P, Palma-torres C, Ahumada-jarufe E, Mandiola-bonilla J. Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras (os) pediátricas (os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. 2013;13:81–91.
17. Xv E. “ Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. ” “Professional nurse attitude towardsthe death of patients.”2008;(1):39–48.

18. Guadalupe M, Pérez A, Gipsy A, Ciudad D, Dorantes C. Muerte y subjetividad : reflexiones a propósito de la formación de los profesionales en salud Death and subjectivity : reflections about the formation of the professionals in health. 2011;
19. Gómez Arca M. Enfermería en el proceso de humanización de la muerte en los sistemas sanitarios]. Enfermería clínica [Internet]. Elsevier España, S.L.U.; 2014 [citado el día 26 de Noviembre del 2014];24(5):296–301. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25132259>

9. ANEXOS

ANEXO 1. GUIÓN SEMIESTRUCTURADO DE LA ENTREVISTA

Entrevista:

- Que es la muerte
- Como vives el momento de la muerte de un paciente
- Como afrontas/confeccionas el duelo de un paciente
- Que sentimientos tienes delante de una muerte
- Ansiedad profesional delante la muerte, qué opinas
- El contacto continuo con el mismo paciente, afrontas el duelo igual o diferente.
- Crees que hace falta formación? O es la experiencia para saber afrontarlo.
- Cuando terminaste la carrera universitaria te sentías preparado para afrontar la muerte?

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL TRABAJO: El afrontamiento al duelo de los profesionales sanitarios

DERECHOS DE LOS PROFESIONALES

Yo _____ (nombre y apellidos) he leído el texto completo de este documento de consentimiento informado.

La alumna Anna Fernández Zapater me ha expuesto las características del Trabajo de Fin de Grado y ha respondido a todas mis preguntas.

Se me ha explicado los objetivos de este Trabajo de Fin de Grado y de cuál será mi participación en dicho trabajo.

He comprendido que no estoy obligado/a a formar parte de dicho Trabajo de Fin de Grado y que puedo interrumpir mi participación en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación.

Al mismo tiempo, se garantiza la confidencialidad respecto a mi participación en este trabajo para cualquier de mis datos que se pueda extraer.

He entendido mis derechos como participante en este trabajo y voluntariamente accedo a participar en el mismo. He entendido los motivos para la realización y el procedimiento para llevarlo a término.

Firma del participante:

Firma de la alumna

Tarragona ____ de _____ de 2014/15

ANEXO 3. PARTICIPANTE 1

Que es la muerte

Para mí la muerte es la parte final de la vida, es el último instante, no? Es cuando el alma abandona el cuerpo, también hay muchas maneras de ver la muerte, a ver (*piensa*), claro, (*piensa*)

Que maneras hay de ver? O la afrontas, participas, colaboras tanto a nivel de la familia y del paciente o estar a segunda línea y si tú eres su enfermera y su responsable creo que siempre has de estar en primera línea, es decir, afrontándola, entonces tienes que acompañar tanto a la familia como al paciente en este proceso, para que en los últimos momentos esté lo más tranquilo y sereno que pueda ser para que no haya un sufrimiento por ninguna parte. Intentar que el ambiente sea lo más distendido y cómodo posible.

Pienso que es una parte de la vida más y desde que nacemos hasta que morimos, nos acompaña la muerte en todo momento, no es ningún mal, simplemente es la parte final. Lo que pasa que la mayoría de la gente es como un tema tabú y prefiere no hablar, pero es una parte natural, pero claro no se ve de la misma manera si es una persona joven, mayor y depende de la cultura, sexo... Yo lo veo así.

Como vives el momento de la muerte de un paciente

Yo la vivo al 100 %, pero se ha de estar y no se ha de estar, a ver, se ha de estar en parte empática, has de saber conectar tanto con la persona como en el paciente, pero a la vez que no te influya a nivel emocional.

Creas una barrera para las emociones?

(*Piensa*) no es más bien crear una barrera, simplemente estás dando un soporte a nivel emocional o de hablar... pero es como (*piensa*) no sé como contarlo (*piensa*), es una parte más de tu profesión, como no es un familiar, entonces los vínculos que hay también son muy diferentes, no es un familiar que tengas un vínculo muy cercano, solo es un paciente, es parte de tu trabajo y lo ves desde otro punto de vista.

Tú has de hacer tu trabajo y consiste en acompañar tanto al paciente como a su familia en cualquier ámbito, tanto emotivo, de dar algún medicamento o alguna cosa, o en nivel de explicarles o hacerles entender este momento tan delicado o parte final, es parte de tu trabajo, como si tú fueras a poner una vía, es otra técnica, no hay un nivel emocional lo único que hay pacientes que te marcan más, puede ser porque haya

estado más tiempo contigo, o pacientes crónicos que reingresan varias veces y los conoces más, pero bueno.

El contacto continuo con el mismo paciente, lo afrontas igual o diferente.

Sí que lo afrontas igual y el duelo lo harías igual, lo que pasa que puede que haya implicación con la empatía, te conocen más, saben más de ti, pero bueno siempre se ha de intentar que esta parte no traspase la frontera, los límites y cada persona tiene un límite.

Como afrontas/elaboras el duelo de un paciente

(Piensa) La afronto como de despedida, pienso que tú has hecho todo lo que has hecho previamente, has de saber todas las necesidades que pueda necesitar el paciente, la comodidad; que esté cómodo, el ambiente; que no haya ruidos en la habitación, que no haya luz que le moleste a la cara, que este cómodo a nivel de la cama, que no tenga ni frío ni calor, que veas que está tranquilo, que le hablas.

Él, no te va a responder, pero sí que te oye y con su expresión de cara y ojos, tu ya ves que está relajado y que no tiene el cuerpo tenso, entonces todo este confort más el hecho de poder hablar con la familia de que se vayan despidiendo tranquilamente, de que no griten y no lloren en la habitación para que él esté lo más relajado posible, ambiente confortable y la familia pueda hablar tranquilamente de las necesidades que necesite y tú la puedas ayudar y acompañar, hace que todo esto tu ya vayas preparando un duelo, tanto por una parte como por otra, y en el momento que llegue la hora de la muerte, puedas tener la sensación que hayas sido un acompañamiento hasta el final *(piensa)* ¡es que no sé como contarle mejor!.

Que sentimientos tienes delante de una muerte

Mis sentimientos *(piensa)* paz y tranquilidad porque tú has hecho todo lo posible para que esa persona esté lo más cómodo y tranquilo, y cuando se haya ido pues haya estado lo más confortable posible y que haya hecho todo lo que haya tenido de hacer.

No te genera ni miedo ni ansiedad?

No, no, es un acompañamiento, no es miedo, no sé, pienso que no me harán daño, no sé, es una parte más, acompañas en todo momento,

Es porque lo ves como una fase final...

Si, es que no me comporta ninguna alteración, sí que es de tristeza y de pena porque se va, pero tú sabes que le has hecho todo lo mejor que tú has podido. Claro, que no

es lo mismo que una persona que haya tenido un accidente que es algo traumático para todos, que una persona que sabes que se va a morir y le has estado acompañando en todo momento, pienso que no se ha de tener miedo a la muerte, o sea, tú has de dar los cuidados más confortables a esta persona, no hemos de dar la espalda, hay mucha gente que tiene miedo, y que no quiere hablar o no la quiere afrontar, pienso que es una parte más, no somos números somos personas.

Cuando se muere una persona de diferente edad, lo afrontas igual?

Si, al menos des de mi experiencia, sí que es lo mismo, porque tanto sea joven que mayor, los dos están enfermos, sí que uno ha vivido más que otro sería la única diferencia, pero el acompañamiento sería exactamente el mismo y has de afrontarlo de la misma manera, el camino es el mismo.

Sí que a veces piensas que tiene unos pocos años más que yo o incluso menos, pero al fin solo son comparaciones, pero ha parte de esto a veces piensas, ¡pobre!, pero puede ser que sea lo mejor que le ha pasado, según en qué situación, claro, no a todos piensas de la misma manera. Pero bueno todos podemos enfermar y llegar al final de camino

Crees que hay ansiedad profesional delante la muerte? qué opinas.

Sí, bueno más que ansiedad creo que es miedo o desconocimiento que la gente muchas veces no quiere hablar o que hace las cosas justas y necesarias porque no sabe cómo afrontarlo o no sabe que reacción tendrá la familia o el miedo a lo desconocido, no sé, o que no está preparada para afrontar esta parte de la vida. Y no aceptan, aun que sepamos que tienen cierta edad, hay mucha gente que no lo acepta, o no sabe cómo afrontarlo, pero más que ansiedad yo diría que es más desconocimiento y miedo.

Así, crees que hace falta formación?

Sí, yo pienso que sí. Si que los años te dan mucha experiencia y si que poco a poco vas viendo y mejorando aspectos de tu profesión, pero sí que es cierto que tendría que haber algún tipo de taller o curso que se pudiera hablar y ayudar a las compañeras a afrontarlo o que expongan los problemas, no sé, alguna cosa así que pueda ayudar a mejorar a que esta persona pueda atender al paciente realmente como tendría que ser.

La experiencia, ayuda

Si, la experiencia ayuda, pero no quiere decir nada, mucha gente con los años también se esconde, a veces sí que ayudan pero también hacen lo contrario.

Por otra parte, el que la enfermera transmite también es muy importante, si la enfermera transmite miedo o inseguridad, el paciente y la familia lo notan y tienden a sufrir más, angustia, incluso a dudar de lo que estamos realizando en ese momento, si está bien o no.

Entonces la familia pregunta mucho, está insatisfecha, te pregunta que le pones en todo momento. Tú has de estar muy segura, preparada y muy tranquila porque la familia de por si tiene miedo y está muy nerviosa delante de este suceso.

Entonces relacionas esto con la formación y la experiencia?

Si, un poco puede ser esto los cursos y la experiencia, así ayudaría a la enfermera a estar más bien preparada para este tema.

También ayuda el servicio donde estés?

Si claro (*piensa*), pero eso ya depende de la persona, porque cada una se puede adaptar a donde le toca, sí que es cierto que con el tiempo si estas más acostumbrada a un servicio, se puede notar más que en otro, pero en principio, un paciente es el mismo en todo los sitios, las curas pueden variar pero el paciente es el mismo.

Cuando terminaste la carrera universitaria te sentías preparado para afrontar la muerte?

Sí, porque yo antes ya había tenido contacto, no era mi primera vez, por otros motivos yo ya había estado dentro del sistema sanitario durante mucho tiempo y entonces ya he visto muchos procesos y estado en contacto durante mucho tiempo en hospitales, entonces no era la primera vez que se me moría alguien cuando yo era enfermera.

Sí que es cierto que al principio es una experiencia rara, como pensando ¡qué es esto! Es totalmente desconocido, más si aún no has visto a nadie de la familia morir o has estado en contacto, es como una cosa extraña, pero poco a poco y lo que te dice la gente, las experiencias, lo que preguntas, lo que te dicen las compañeras, lo que tú ves y tus necesidades, actuarás de una manera o de otra. Al fin y al cabo te das cuenta de que lo has de llevar y que la mejor manera de afrontarlo, es hacer un buen acompañamiento tanto por el paciente como por la familia, que nunca se ha de olvidar la familia porque son muy importantes.

Qué opinas de los estudiantes que terminan y tienen que afrontarlo por primera vez...

En un estudiante (piensa) dependerá mucho del carácter de cada persona y de la sensibilidad que tenga, es muy difícil decir, sí que sería bueno que hicieran alguna formación taller o curso, como he dicho antes, durante la época de la carrera y que les explicasen que es y que los estudiantes pudiesen preguntar o explicar que se pueden encontrar y herramientas para afrontarlo. Pienso que sería bueno hacer alguna cosa.

Con tus compañeras les comentas cuando has tenido una muerte?

Si, nosotras nos lo comentamos, hablamos y ves la reacción de cada una, ves gente que pasa del tema, hay gente que dice ¡Ostia no me gustaría encontrarme en esta situación!

Porque claro toda la gente que se muere son diferentes, después dependerá de la educación de cada persona, del nivel social, influye muchas cosas y a veces hay familias conflictivas o problemáticas, que claro no es lo mismo en un ambiente distendido o un ambiente tranquilo. Es diferente trabajar con gente que te agradece lo que haces y entiende, pero también hay gente que no.

Entonces con las compañeras es una manera de explicarlo y también te desahogas o te quitas de encima el problema, alguna te ayudan anímicamente y si han de venir a ayudar al menos no te sientes tan sola delante de estos conflictos, hace más respeto.

Por último, y para terminar, aportarías alguna cosa más?

(Piensa), que aportaría? Que es muy difícil hacer un buen acompañamiento, que no se crea la gente que es fácil, porque están todos los factores implicados, tanto del día que tú tengas porque tienes que estar bien, como de la familia, como del paciente y de cómo el equipo médico trabaje en el paciente. Entonces es muy difícil, repito, hacer un buen acompañamiento, si todos los componentes anteriores no están de acuerdo y no van a una, es muy difícil, entonces no se puede dar ninguna norma o ninguna cosa en concreto, todo es muy volátil y subjetivo, es difícil, dar un ejemplo de ¡yo haría esto o lo otro! No...

Porque ya te digo cada persona es un mundo y dependerá de cómo te lo encuentres tú y de cómo lo veas. Sí que puede haber algunas reglas básicas, pero es el hecho de encontrarte y saber cómo actuar. Y más la gran mayoría somos católicos y nos han inculcado muchas cosas sobre la muerte y la verdad pienso que es un gran tabú hoy en día, el hecho de ser un tabú y que la gente no quiera hablar, que les da miedo esta palabra, la verdad es que no acompaña mucho. Y ya está.

ANEXO 4. PARTICIPANTE 2

Que es la muerte

Para mí la muerte es el fin de la etapa de la vida, como se estudia cuando estás en la ESO o en Bachillerato el nacer, el crecer, alimentarse, reproducirse, todo esto implica un final que es el de la muerte. La muerte (*piensa*) sería como decir el fin de la etapa de todo ser humano o ser viviente.

Como vives el momento de la muerte de un paciente

El momento de la muerte de un paciente se puede vivir de muchas maneras, tienes la muerte que dura unos días, que es una muerte muy dura y lenta, muy dolorosa tanto para el profesional como para la propia familia y el paciente. El otro tipo de muerte es la muerte rápida o "*in situ*", que quieras o no, al principio lo vives como un momento de inquietud, pero luego te das cuenta de la importancia que tiene (*piensa*) ninguna de las dos se puede llevar de una manera buena.

Como afrontas la muerte

Pues (*piensa*), realmente al principio si es una muerte que ya se sabe, que ha empezado el agravante que no hay ninguna posibilidad de mejorar, la afrontas con tristeza, pero intentas llevarla de una manera que tú seas el apoyo para la familia de ese paciente, no? E intentas encaminarlo de una manera que las personas crean que la muerte es algo natural. Pero también puedes valorar la edad, no es igual que se muera una persona joven, creo que sería peor que una persona mayor, ya que hay gente con 95 años y piensas que se tiene que acabar ya el ciclo, que es su hora, pero a lo mejor esa persona se ha cuidado toda la vida y un proceso agudo la ha llevado a este final.

Haces un acompañamiento a la muerte...

Si, un acompañamiento e intentar entender por el momento que están pasando los familiares y la propia persona que está viviendo este proceso.

Que sentimientos tienes delante de la muerte

A pesar de llevar casi 5 años trabajando, me cuesta mucho el hecho de poder acompañar a las personas a este fin de vida y muchas veces te planteas que tanto esfuerzo y tanta lucha para luego acabar con la vida, no sé, (*piensa*), no sé como contarlo... piensa (*piensa*), yo intento entender a las personas y los familiares como

van evolucionando en la situación, entender la situación y acompañarles que puedan vivir la muerte de otra manera, como la que se vive hoy en día.

Crees que algunas personas hacen una barrera emocional?

Sí, yo creo que hay personas que pasan por la etapa de negación, no creen en una muerte de un familiar, de un paciente o no creen en la propia muerte, es algo muy ectópico y que piensa mucho en el futuro. Hay que vivir la muerte de una manera natural, como he comentado antes, para mí es una etapa de la vida, dejamos las cosas para más tarde y realmente tenemos que valorar vivir el día a día porque nunca se sabe cuándo puede venirte ese final de vida, tenemos que valorar las cosas positivas de la vida e intentar incluir la palabra muerte o fin de la vida en nuestro calendario y lenguaje habitual.

Y tú, creas esa barrera?

Creo que sí, sí que se hace una barrera, ya que lo vivo mucho, para mí es muy duro y me cuesta reaccionar delante la muerte, puede ser que sea que llevo poco en este trabajo y no sé cómo actuar.

El contacto continuo con el paciente, afrontas el duelo igual o diferente.

Mmm...(piensa) cuesta... tendría que ser igual, pero cuesta afrontarlo de la misma manera (silencio), cuando tú tienes un paciente que lo estás cuidando durante un tiempo, sabes lo que quiere, como lo quiere y ves que con tus cuidados, el de los médicos y el de los auxiliares de enfermería, con los camilleros, vamos todo el personal que lo cuidamos, ves que se va apagando poco a poco o simplemente deja de luchar, porque quieras o no, el estar enfermo también implica que el propio paciente luche, no solo con la ayuda del profesional sanitario, sino con la propia ayuda de todos y del mismo, cuando ves que la persona se está dejando ir, o esa personal abandona porque ya no puede más, lo vives de otra manera, yo reconozco que las personas que son positivas y luchan por seguir viviendo, toman la muerte de otra manera y hacen que la afrontes diferente también.

Te cuesta

Sí, y quieras o no, aunque no lo parezca, los sentimientos y también respeto hacia las personas que están en ese periodo, pues sí, es difícil.

Que sentimientos tienes en ese momento

Pues muchas veces, como de rabia, es como el sentimiento de no poder hacer más de lo que querrías no? Sentimiento de que crees que tu trabajo es para intentar que la gente se vaya a su casa o a su vida normal y ves que hay muchas gente que no, que esa palabra de mejoría, de esa lucha y el nivel de vida no lo van a poder llevar de nuevo, porque se acaba... es duro

Crees que este tema es un tabú, para los profesionales o la gente?

Sí, yo creo que sí, porque tienes que valorar las diferentes religiones como tratan la muerte, yo creo que lo peor de todo es morir solo, morir solo en el hecho de que no hayas tenido familiares o alguien que este a tu lado en este proceso, porque quieras o no el miedo a lo desconocido o el miedo a que va a pasar después de este proceso lo tenemos todos y es una palabra tabú porque nadie lo habla con claridad, o sea, nadie dice la expresión ¡a pues morirse en natural! No... nadie lo dice, creo que todos tenemos respeto y muchas veces miedo a la muerte.

Crees en el mito de la ansiedad profesional? Qué opinas

¿Ansiedad? Todos tenemos ansiedad o miedo más bien, es una situación que no es fácil llevarla para nadie, pero creo que es por la falta de formación en este tema.

Hace falta formación?

Por supuesto, creo que debería ser una asignatura más en la carrera profesional, el hecho de enseñarte a como tratar a los pacientes y como tratar a los familiares que están viviendo este fin de ciclo, y creo que por muchos años que lleves, no estamos formados ni adaptados para llevar a una persona a que viva su fin de ciclo de la mejor manera posible.

La experiencia ayuda?

Yo creo que sí que ayuda, lo que pasa es que depende del tipo de muertes que tengas, te ayudaras mejor a afrontarlas o no, pero que en general, la experiencia sí que ayuda, porque quien más experiencia tiene o que le haya tocado vivir más muertes, más bien sabe llevar los diferentes casos, porque los ha vivido.

Que les dirías a los estudiantes que ahora terminan

Yo creo que la propia facultad tendría de hacer algún curso o asignatura más, que enseñase a como afrontar la muerte y vivirla de una manera diferente a la que se vive

ahora mismo, y los estudiantes que salen ahora, como tú por ejemplo, más que nada que vean este proceso de forma natural y sin miedo.

Que más aportarías a este tema...

Me parece un estudio muy bueno, el que estás realizando, porque creo que es una cosa muy importante y que creo que se debería de incluir en la formación profesional de los sanitarios, para valorar realmente como valorar y conducir las personas que están viviendo esto, entonces intentar entre todos, hacer algún protocolo o estudio, como el que estás haciendo, para poder saber cómo tratar esto y afrontarlo, porque seguro que hay muchos profesionales que lo saben hacer.

Y a más decir que es un tema muy complicado para todos los familiares, paciente y sobre todo para los profesionales.

ANEXO 5. PARTICIPANTE 3

Que es la muerte

Para mí la muerte es la etapa final que sufre un individuo, en principio, es la última etapa, naces, creces, te reproduces y luego ya viene que por cierta edad y por naturaleza, llega esta etapa de la muerte, es como nos han enseñado. Diríamos que es la última etapa.

Como vives el momento de la muerte de un paciente

Depende, de la relación que tengas con los pacientes, si lo has estado tratando durante mucho tiempo, evidentemente, cuando llegue el momento lo recibes de una manera o de otra, porque somos humanos, aunque queramos poner una barrera y hacer que los problemas de los demás a nosotros no nos afecten el mínimo posible, pues somos humanos nos termina afectando, claro.

Como afrontas la muerte

Intento afrontarlo de la mejor manera en el hecho de pensar de si aquella persona ha sufrido o no para llegar en este momento, para mí esto es muy importante, o sea, yo pienso que la muerte es irremediable, no se puede evitar, con lo cual, al menos cuando llegue el momento poder llegar con dignidad y sin sufrimiento. Entonces si aquella persona ha sufrido para morir a mí me angustia. Me angustia porque no me gustaría que esto sucediera en un familiar mío, porque entonces si tú ves que el paciente sufre, la familia aún sufre más. En cambio, si ves que el paciente llega en el momento de la muerte y muere tranquilo, la familia también lo afronta de otra manera y esto también te da una cierta tranquilidad, seguridad y pienso que en el momento de la muerte también tenemos un papel muy importante como enfermeras, que es asegurar que aquella persona, pueda morir con dignidad.

Creas barreras emocionales?

Si dijera que no, mentiría, claro que lo haces (silencio)... Intento que me afecte lo menos posible, pero hay veces que no lo consigues, el hecho de que tú hayas tenido una relación previa con esa persona, de que lo hayas llevado durante mucho tiempo, creas unos vínculos que evidentemente cuando llega este momento, pues, cuesta más de afrontarlo.

Afrontas de la misma manera que se muera una persona joven a una mayor?

Hombre... que se muera una persona joven, no es ley de vida, pero a la vez también depende del servicio en que estés trabajando, pues hay muchas veces que se muere gente joven, pero que ya tienen una patología de base que ya es bastante grave, entonces también lo afrontas como si fuese una persona de más edad, en el sentido de que para esa persona también se ha terminado el sufrimiento, ahora, si es una persona joven que ingresa por una tontería para decirlo así, y luego se termina complicando que se termina muriendo, pues evidentemente, es como si no lo pudiéramos concebir de que haya sucedido esto y cuesta más de afrontarlo, más que nada que no sabes que les has de decir a la familia, en esta situación.

Crees que es un tema tabú?

Sí, pero es un tema tabú por la religión, porque nuestra religión nos ha enseñado que la muerte o la última etapa de la vida ha de ser una cosa vista como algo negativo, otras culturas no lo viven así, otras culturas se vive de otra manera como que se mueren pero después hay otra vida, mueres por volver a nacer en otra cosa.

Crees en el mito de la ansiedad profesional? Qué opinas

Si, ansiedad y miedo, pero hay este mito porque principalmente no estamos suficientemente formados ni preparados. Si fuera al contrario, ya sería diferente y según ya, cada persona.

Crees que hace falta formación?

Si, por supuesto, por ejemplo en el área de oncología, existe el servicio de un psicólogo, porque se encuentran con más pacientes que tienen que afrontar esta última etapa y para los profesionales creo que es una vez al mes que les hace formación o por si tienen algún problema. O también ayudar a los pacientes que llevar esta última etapa con más dignidad y que se mueran con tranquilidad, porque también hay gente que se muere con mucha angustia y es también porque nosotros no los sabemos terminar de ayudar, a disminuir esta angustia, muchas veces hablando con ellos, se solucionaría. Porque a lo mejor les preocupa cosas materiales, que ya no están a su mano, por lo tanto, ya no puedes solucionar pero hay veces que sí, que hablando un poco con ellos se quedan más tranquilos Pero claro para poder hacer esto sí que hace falta mucha formación, tanto en la universidad como en el trabajo.

La experiencia ayuda?

Sí, claro... cuanta más gente se muere más cosas aprendes de cada uno de ellos, porque evidentemente que no todo el mundo muere de la misma manera, es como la experiencia en otras cosas, cuantos más años de trabajo y más casos hace que tú tengas más soltura en otras cosas, pues en este sentido también. Y de los profesionales también se puede aprender algo de los que llevan más años y que han vivido más.

Que les dirías a los estudiantes que ahora terminan, crees que están formados?

No, yo creo que no, igual que yo, yo no me siento formada, pues ellos aún menos que están estudiando, yo creo que tendría que haber en el área de cuando se trata las psicopatologías, también tendría que haber un área que ayudase a afrontar la muerte con dignidad, porque nuestro papel es muy importante. Y a los estudiantes pues que intenten hacer algo, para poder afrontar esto, porque estén donde estén se van a encontrar con esto algún día.

Que más aportarías a este tema...

Nada más.

10. NORMAS DE PUBLICACIÓN

Revista: Enfermería21: Metas de Enfermería

Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/pagina/normas-de-publicacion/>

Metas de Enfermería publica trabajos de investigación cuantitativa y cualitativa, artículos de revisión, recopilación u opinión, casos clínicos y demás artículos referentes al campo profesional de la Enfermería que contribuyan al desarrollo de la misma en cualquiera de sus actividades. Dichos trabajos han de estar elaborados siguiendo las Recomendaciones Internacionales de Editores de Revistas Médicas (Normas de Vancouver) en su versión de julio de 2011 en inglés o en español y ajustarse a las instrucciones aquí expuestas. La falta de consideración de estas normas producirá un retraso en el proceso editorial y en la posible publicación del manuscrito, pudiendo ser también causa de rechazo. Todos los trabajos recibidos se someten a evaluación por el Comité Editorial y, si procede, por revisores/as externos/as.

Instrucciones generales para la presentación de manuscritos

Metas de Enfermería publica artículos en español. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será con interlineado de 1,5 en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior, un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. Si se envían imágenes digitales, éstas han de tener una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de seis en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. La página del título deberá contener el título del trabajo (en español y en inglés), el cual ha de ser breve e informativo (no tendrá que superar las 15 palabras), nombre y dos apellidos de cada autor/a, el más alto título académico

y filiación institucional, así como el nombre, la dirección postal y electrónica (e-mail) y el teléfono de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen (en español y en inglés), que no superará las 150 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave (en español y en inglés). En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas. Para resúmenes estructurados, ver el apartado «Estructura para los manuscritos de investigación». La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito tendrá que aparecer acotada a lo largo del texto, de forma consecutiva, usando numeración arábica, entre paréntesis, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada para el texto. Deberá, asimismo, estar referenciada en su apartado correspondiente (Bibliografía), según las Normas de Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html en inglés o en español.

Asimismo, en todos los manuscritos ha de constar si han existido ayudas económicas e indicar el organismo, la agencia, la institución o la empresa que ha financiado el trabajo y el número de proyecto, convenio o contrato. En caso de no contar con financiación externa se hará constar como «Financiación: ninguna». Además, todos los trabajos que se envíen deben ir acompañados de una declaración de los posibles conflictos de intereses de cada una de las personas firmantes. Los conflictos de intereses pueden ser laborales, de investigación, económicos o morales. Los autores/as, al enviar el manuscrito, han de indicar por escrito si existe alguno de esos conflictos. De la misma manera, si no hay ningún conflicto de intereses deberá hacerse constar como «Conflicto de intereses: ninguno». La inclusión de esta información es requisito indispensable para que el manuscrito pueda ser considerado y entre en el proceso editorial. Cuando, a criterio de los autores/as, se considere pertinente la inclusión de un apartado de Agradecimientos, tendrán que aparecer en el mismo las personas que no reúnen todos los requisitos de autoría, pero que han facilitado la realización del trabajo. Una descripción más detallada de las cuestiones éticas y legales se encuentra disponible en el apartado de «Conformidad con los requisitos éticos y legales» de estas Normas de Publicación.

Secciones

- **En portada:** tendrá la condición de artículo central y podrá versar sobre cualquier tema de interés especial, bien por su novedad, importancia general u oportunidad en el tiempo.
- **Sobre el terreno:** trabajos sobre casos clínicos, actualizaciones de técnicas y procedimientos, desarrollo y/o revisión de protocolos y guías clínicas, experiencias profesionales, etc.
- **Tribuna de especialidades:** artículos referidos a las diferentes áreas de cuidados especializados donde los profesionales requieran formación específica como, por ejemplo, en cuidados materno-infantiles, psiquiátricos y de salud mental, geriátricos o gerontológicos, críticos, etc.
- **Gestión sanitaria y calidad asistencial:** trabajos pertenecientes al campo de la administración de servicios de salud, política sanitaria, economía de la salud y legislación, así como los que aborden el análisis y la mejora de la calidad asistencial, cuando estén relacionados con la profesión enfermera y/o con los servicios que presta.
- **Ética y sociedad:** artículos referidos a la Ética y a la Deontología profesional, así como los que traten de temas sociosanitarios, culturales o psicosociales.
- **Salud y calidad de vida:** experiencias o trabajos vinculados a los estilos de vida y su relación con la salud. Historia y fundamentos de la Enfermería: aquellos relacionados con la evolución histórica de la profesión y con el desarrollo de la filosofía del pensamiento enfermero.
- **Docencia:** artículos sobre experiencias o contenidos docentes, planes de estudio, metodología educativa, etc., referidos a la formación básica, post-básica o continuada.
- **Método:** artículos cuyo contenido esté centrado especialmente en aspectos metodológicos, tanto en el ámbito investigador, pedagógico, gestor o de la práctica asistencial.
- **Series:** se destinarán a aquellos temas de interés, actualidad y con gran componente práctico. Cada serie estará compuesta por varios artículos, entre 8 y 10, de una extensión aproximada de cuatro o cinco páginas, los cuales tendrán la misma estructura a lo largo de la serie.
- **Relatos:** artículos breves sobre experiencias personales o cercanas relacionadas con la práctica enfermera y que se consideren relevantes para ser compartidas y reflexionar sobre ellas.

- **Cartas a la directora:** deberán ofrecer comentarios, experiencias personales, observaciones científicas o críticas sobre artículos publicados o cualquier otro tema aparecido en la revista. La firma y filiación del autor/a aparecerán al principio de la carta y su extensión máxima no excederá de dos páginas.

Estructura para los trabajos de investigación

Además de las instrucciones generales para la presentación de manuscritos, en el caso de que el trabajo presentado se trate de una investigación, cualquiera que sea la sección en la que se incluya, contendrá los siguientes apartados:

- **Resumen y palabras clave:** la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.
- **Introducción:** debe contener antecedentes y estado actual del fenómeno de estudio (contextualización), así como elementos de justificación y aplicabilidad, para terminar con la definición de los objetivos del estudio.
- **Método:** se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- **Resultados:** iniciar con una descripción de los sujetos estudiados y posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir solo las observaciones más destacables.
- **Discusión y conclusiones:** sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior, se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con

otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.

- **Bibliografía:** el contenido de este apartado se ajustará a lo indicado con anterioridad en el punto 5 de las Normas Generales para la Presentación de Artículos.

Estructura para otros tipos de trabajos

Para trabajos que aborden la puesta en marcha de actividades, protocolos, programas, casos clínicos, reflexiones en torno a un tema, etc., el esquema a utilizar ha de ser decidido en cada caso por los autores, procurando seguir un orden lógico que facilite la comprensión. En líneas generales el manuscrito deberá estructurarse al menos en los siguientes apartados:

- **Introducción** que contemple en su párrafo final el propósito/objetivo/s del trabajo.
- **Uno o varios epígrafes** que den respuesta a dicho/s propósito/s.
- **Conclusiones** o consideraciones finales.

Conformidad con los requisitos éticos y legales

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/index.html>). En caso de experimentos en animales se deberá constatar la conformidad de su realización con los procedimientos descritos por las autoridades competentes. En ambos supuestos se indicará también si los estudios han sido aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica o el Comité de Investigación del centro correspondiente.

Los/las autores/as deben informar acerca de envíos o publicaciones previas del mismo trabajo, en su totalidad o parcialmente, que puedan considerarse publicación redundante o duplicada. Es necesario citar e incluir la referencia bibliográfica de estas publicaciones previas en el nuevo manuscrito. No se considerará publicación redundante si el trabajo ha sido presentado previamente en un congreso.

Los juicios y opiniones expresadas en los artículos serán del autor/res/ras y tanto la Dirección de la revista, los miembros de los Comités y la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. El autor/res/ras son responsables de obtener los permisos oportunos para reproducir, si fuere el caso, cualquier material ya publicado o sujeto a derechos de autor/a. El Comité Editorial de Metas de Enfermería y DAE (Difusión Avances de Enfermería) declinan cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen y no garantizan las afirmaciones de ningún producto que se anuncie en la revista, siendo responsabilidad exclusiva del fabricante o productor/a del servicio.

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- El manuscrito se ajusta a las Normas de Publicación de la revista Metas de Enfermería.
- Los autores declaran tener, y lo expresan debidamente, o no tener ningún conflicto de intereses.
- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación en Metas de Enfermería.
- En el caso de contener un apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a Metas de Enfermería y a DAE la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

La ausencia de conformidad expresa de estos requisitos podrá ser motivo de rechazo del manuscrito.

Envío de manuscritos

El manuscrito será enviado a través del gestor digital de artículos (GDA) de la Editorial DAE, al que se accede en la siguiente dirección: <http://www.enfermeria21.com/metas/gda>. Junto al manuscrito ha de remitirse la carta descrita en el apartado anterior de estas normas (para cualquier duda o aclaración escribir al e-mail: articulosmetas@enfermeria21.com) Metas de Enfermería acusará recibo de todos los manuscritos que le sean remitidos, asignando un número de registro a cada uno para cualquier consulta o información referente al trabajo. Una vez acusado recibo de su recepción se inicia el proceso editorial, que puede ser seguido por los autores a través de la plataforma mencionada anteriormente.

Los manuscritos se separarán en los siguientes archivos, que se incluirán en el GDA en el siguiente orden:

- **Archivo 1:** carta de presentación del manuscrito.
- **Archivo 2:** incluirá, en el orden que aquí se cita, la siguiente información: a) título del trabajo (en castellano y en inglés); b) nombre de pila y los dos apellidos unidos por un guión (a efectos de su identificación en los índices internacionales) de cada uno de los autores; c) filiación institucional (nombre completo del centro de trabajo y dirección completa del mismo); d) nombre, dirección postal y de correo electrónico, y teléfono del autor/a responsable para la correspondencia; e) financiación; f) conflictos de intereses; y g) agradecimientos, si procede. Al final de esta primera página se incluirán los recuentos de palabras del resumen (en español y en inglés) y del cuerpo del manuscrito sin incluir bibliografía, tablas, gráficos o anexos.
- **Archivo 3:** manuscrito sin información de autores/as.
- **Archivo 4:** figuras, gráficos y tablas.
- **Archivo 5:** fotografías e imágenes (un archivo para cada fotografía o imagen).

Proceso editorial

El Comité Editorial de Metas de Enfermería realiza una evaluación preliminar de los trabajos recibidos. Los manuscritos que superan esta selección inicial son enviados a evaluadores/as externos/as, generalmente dos, todos ellos miembros del Comité Científico. En caso de solicitarse una revisión del manuscrito, los autores/as deben remitir, en el plazo que el Comité Editorial establezca, la nueva versión del manuscrito con los cambios que se hayan realizado, destacados en negrita o con un color de fuente distinto al utilizado para el resto del documento. Además, podrán enviar una

carta en la cual los autores/as respondan a cada uno de los comentarios recibidos por parte del Comité Editorial, se expongan de forma detallada, las modificaciones efectuadas y, en el caso de no incluir alguna de ellas, los motivos por los que no se han realizado. El envío del artículo revisado y modificado no significa su aceptación, pudiendo además enviarse de nuevo a revisión externa. La decisión final sobre la aceptación o no de un manuscrito es resultado de un proceso de evaluación en el que contribuyen los diversos miembros de los Comités Editorial y Científico, así como la calidad y la capacidad de respuesta de los/las autores/as a las sugerencias recibidas.

El proceso de revisión que se sigue en Metas de Enfermería es doble ciego. Los autores/as no conocen la identidad de los evaluadores/as externos/as, quienes a su vez no conocen la identidad de los autores/as. No obstante, el Comité Editorial no pone ninguna objeción a aquellos evaluadores/as que quieran firmar sus comentarios. En estos casos, la evaluación del manuscrito será enviada a los/las autores/as junto con la identidad de quien haya evaluado el trabajo.

Tras la aceptación definitiva del manuscrito, Metas de Enfermería se reserva el derecho a realizar cambios editoriales de estilo o introducir modificaciones para facilitar su claridad o comprensión, incluyendo la modificación del título y del resumen, sin que de ello se deriven cambios en su contenido intelectual. Los manuscritos que sean aceptados para su publicación en la revista quedarán en poder permanente de Metas de Enfermería y no podrán ser reproducidos total ni parcialmente sin su permiso.

Los juicios y las opiniones expresadas en los artículos y las comunicaciones que aparecen en la revista son exclusivamente de las personas que los firman. El Comité Editorial de Metas de Enfermería y DAE (Difusión Avances de Enfermería) declinan cualquier responsabilidad sobre los contenidos de los trabajos publicados y no garantizan ni apoyan ningún producto que se anuncie en la revista, ni las afirmaciones realizadas por el anunciante sobre dicho producto o servicio.

El envío de un manuscrito a la revista implica la aceptación de las presentes normas de publicación y de la decisión final acerca de la aceptación o rechazo para su publicación. A cada autor/a se le enviará un certificado de autoría y dos ejemplares de la revista donde haya sido publicado su artículo.

