

Eduarne Castañeda Antón
Jessica Castaño Cortés

**ABORDAJE DE ENFERMERÍA A LAS FAMILIAS ANTE UNA SITUACIÓN DE
MUERTE INESPERADA DE UN SER QUERIDO EN UN SERVICIO DE
CRÍTICOS. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO.**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Inés Sombrero Torres

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2022

“Y una vez que la tormenta termine, no recordarás cómo lo lograste, cómo sobreviviste. Ni siquiera estarás seguro si la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa sí es segura. Cuando salgas de la tormenta, no serás la misma persona que entró en ella. De eso se trata esta tormenta.”

Haruki Murakami

“El proceso de duelo permite buscar para tu ser querido el lugar que merece entre los tesoros de tu corazón. Es recordarle con ternura y sentir que el tiempo que compartiste con él o ella fue un gran regalo. Es entender con el corazón en la mano que el amor no se acaba con la muerte”

Jorge Bucay

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a nuestra tutora Inés Sombrero Torres, por haber aceptado la tutorización del presente trabajo y habernos guiado a lo largo de esta investigación con su ayuda y colaboración en todos los momentos que hemos necesitado.

Agradecer también a las profesionales de enfermería del área de Urgencias del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona que han colaborado sin dudar en las entrevistas, sin ellas no hubiésemos podido dar final a este trabajo.

Gracias a nuestros familiares, los que están, por haber confiado siempre en nosotras y convertir nuestras lágrimas en sonrisas, por su ayuda, paciencia, motivación, compañía y amor, gracias a su apoyo incondicional hemos podido llegar hasta el final. Y los que nos están, porque ellos también estarían orgullosos de lo que esto significa.

Gracias a nosotras, sin nuestra complicidad, apoyo mutuo, capacidad de trabajo en equipo, proactividad, asertividad y paciencia no hubiéramos podido superar nuestros siete años juntas de risas, llantos y esfuerzo, y el cumplimiento de nuestro sueño.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	1
LISTA DE ABREVIATURAS.....	2
RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	8
3. MARCO TEÓRICO	9
3.1 Contextualización del tema.....	9
3.2 Familia.....	13
3.3 Comunicar la noticia	14
3.3.1 Protocolo SPIKES de Buckman	15
3.4 Los cuidados.....	16
3.4.1 Teoría de los cuidados de Kristen Swanson	17
3.4.2 Teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson	19
3.5 Sentimientos de los profesionales de enfermería.....	21
3.6 El duelo	21
3.6.1 Duelo normal	22
3.6.2 Duelo patológico.....	24
3.6.3 Duelo en la muerte inesperada	24
3.7 Práctica enfermera.....	26
4. METODOLOGÍA.....	29
4.1 Diseño de la investigación	29
4.2 Búsqueda bibliográfica	30
4.3 Recogida de datos	30
4.4 Selección de la muestra	32
4.5 Análisis de los datos	33
7.2 Consideraciones éticas.....	34
7.3 Limitaciones del estudio	34
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
5.1 Sentimientos del profesional	36
5.2 Información que tienen las familias	38
5.3 Sentimientos de las familias	40
5.4 Necesidades de las familias	41
5.5 Actuación de enfermería.....	42

5.6	Formación/ experiencia	44
5.7	Comunicación/ interacción familia-profesional.....	45
5.8	Cómo mejorar los cuidados	47
5.9	Muerte en niños o jóvenes.....	48
5.10	Extrapolar a la vida personal	49
5.11	Muerte por COVID	50
6.	CONCLUSIONES.....	51
7.	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	53
8.	CRONOGRAMA.....	54
9.	BIBLIOGRAFÍA	55
10.	ANEXOS.....	60
	Anexo 1: Documento “Recursos servicio de apoyo psicológico al duelo”	60
	Anexo 2: Díptico “Información sobre los servicios funerarios”	62
	Anexo 3: Consentimiento informado	63
	Anexo 4: Preguntas entrevista	65
	Anexo 5: Entrevista 1	66
	Anexo 6: Entrevista 2.....	81
	Anexo 7: Entrevista 3.....	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Manifestaciones normales del duelo	23
Tabla 2: Características y observaciones de las entrevistadas.	33
Tabla 3: Codificación por colores de las entrevistas	33
Tabla 4: Cronograma TFG	54

LISTA DE ABREVIATURAS

- APVP: Años potenciales de vida perdidos.
- CMBD-UR: Conjunto mínimo básico de datos de urgencias.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PE: profesional/es de enfermería.
- PS: profesionales sanitarios/ de la salud.
- SUH: Servicio de Urgencias Hospitalarias.
- TFG: Trabajo de Fin de Grado.
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

RESUMEN

La muerte es un hecho natural consecuente a la vida, pero hay factores que influyen en su vivencia, entre ellos la edad de la persona fallecida, sus causas, las creencias de cada persona y sus propias experiencias, sin dejar de lado nuestra sociedad, en la cual la muerte se vive de forma desadaptativa. Afrontar situaciones de muerte nos marca emocional, mental y físicamente. En los servicios de críticos el personal de enfermería se encuentra a menudo con estas situaciones, por eso se debe disponer de herramientas suficientes para manejarlas, ya que una mala experiencia podrá desembocar a un duelo patológico. **Objetivos:** En este trabajo hemos tenido como objetivo principal mostrar cómo cuidan y acompañan los profesionales sanitarios de enfermería a los familiares de pacientes con muerte inesperada en las unidades de críticos. Descubrir a través de los profesionales de enfermería qué necesidades y sentimientos tienen los familiares en esta situación. Identificar qué cuidados de enfermería mejoran las experiencias de los familiares y cuáles son los sentimientos de estos profesionales. **Material y métodos:** Hemos utilizado una metodología cualitativa fenomenológica, mediante entrevistas individuales semiestructuradas, abiertas y flexibles a tres profesionales de enfermería con una alta experiencia en el abordaje a familias ante una situación de muerte inesperada en un servicio de críticos como urgencias y así poder conocer cómo cuidan y acompañan en dicha situación. **Resultados:** se ha descubierto a través de las entrevistas una relación entre los datos y conceptos obtenidos y la bibliografía encontrada. **Conclusiones:** las situaciones de muerte inesperada impactan a los profesionales, es necesario reforzar la competencia profesional para afrontar la etapa final de la vida, ya que no existe la preparación suficiente para abordar y canalizar posteriormente las situaciones de muerte, con la consecuencia final de no aportar unos cuidados de calidad tanto al paciente terminal como a sus familiares.

Palabras clave: Familia, cuidado, muerte, necesidades, sentimientos.

RESUM

La mort és un fet natural conseqüent a la vida, però hi ha factors que influeixen en la seva vivència, entre ells l'edat de la persona que mor, les seves causes, les creences de cada persona i les seves pròpies experiències, sense deixar a banda la nostra societat, en la qual la mort es viu de forma desadaptativa. Afrontar situacions de mort ens marca emocional, mental i físicament. En els serveis de crítics el personal d'infermeria es troba sovint amb aquestes situacions, per això, s'ha de disposar d'eines suficients per manejar-les, ja que una mala experiència podrà desembocar a un dol patològic. **Objectius:** En aquest treball hem tingut com a objectiu principal mostrar com cuiden i acompanyen els professionals sanitaris d'infermeria als familiars de pacients amb mort inesperada en les unitats de crítics. Descobrir a través dels professionals d'infermeria quines necessitats i sentiments tenen els familiars en aquesta situació. Identificar quines cures d'infermeria milloren les experiències dels familiars i quins són els sentiments d'aquests professionals. **Material i mètodes:** Hem utilitzat una metodologia qualitativa fenomenològica, mitjançant entrevistes individuals semiestructurades, obertes i flexibles a tres professionals d'infermeria amb una alta experiència en l'abordatge a famílies enfront de una situació de mort inesperada en un servei de crítics com urgències i així poder conèixer com cuiden i acompanyen en aquesta situació. **Resultats:** S'ha descobert a través de les entrevistes una relació entre les dades i conceptes obtinguts i la bibliografia trobada. **Conclusions:** les situacions de mort inesperada impacten als professionals, és necessari reforçar la competència professional per afrontar l'etapa final de la vida, ja que no existeix la preparació suficient per abordar i canalitzar posteriorment les situacions de mort, amb la conseqüència final de no aportar uns cuidatges de qualitat tant al pacient terminal com als seus familiars.

Paraules clau: Família, cuidatge, mort, necessitats, sentiments.

ABSTRACT

Death is a natural part of life, but there are factors that influence the experience of death, including the age of the deceased person, the cause, the beliefs of the individual and their own experiences, without neglecting our society, in which death is dealt with in a dysfunctional way. Facing death situations marks us emotionally, mentally, and physically. In critical care services, nursing staff often encounter these situations, which is why sufficient tools must be available to handle them, since a bad experience can lead to pathological grief. **Objectives:** In this study the main objective is to show how nursing health professionals care for and accompany relatives of patients who have experienced unexpected death in critical care units. Discover through health professionals what needs, and feelings family members have in this situation. Identify what type of nursing care improves the experiences of family members and what are the feelings of nursing professionals. **Material and methods:** We have used a phenomenological qualitative methodology, through semi-structured, open and flexible individual interviews with three nursing professionals with extensive experience in dealing with families in a situation of unexpected death in a critical service such as the emergency room. Thus, being able to understand how they offer care and support in this situation. **Results:** through the interviews a relationship was discovered linking the data and ideas with the bibliography found **Conclusions:** situations of unexpected death impact professionals, it is necessary to reinforce professional competence to face the final stage of life as currently there is not enough preparation to address and subsequently channel death situations, resulting in lack of quality care for both terminally ill patients and their families.

Keywords: Family, care, death, needs, feelings.

1. INTRODUCCIÓN

La muerte es un acontecimiento natural integrado en el propio proceso vital consecuente a la vida. Hay muchos factores que influyen en la vivencia de la muerte, estos pueden variar según la edad de la persona fallecida, sus causas, las creencias de cada individuo y sus propias experiencias. En la actualidad y en nuestra sociedad la muerte se vive frecuentemente de forma desadaptativa. (1) Cuando nos enfrentamos a situaciones de muerte, no cabe duda de que nos marca emocional, mental y físicamente. Los PE se encuentran a menudo en situaciones de duelo con pacientes y familias y esto supone que debemos disponer de herramientas suficientes para manejar la situación.

Los SUH son áreas especializadas del hospital que cumplen una serie de requisitos funcionales, estructurales y organizativos para garantizar una eficiencia en la asistencia. Vilar, R. et al en su artículo (2) define urgencia según la OMS como “aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la consciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia”. (p66) Las competencias de estos servicios están encaminadas a estabilizar y mantener la vida de las personas. Los recursos para afrontar la muerte en los SUH son pobres tanto en el aspecto logístico como en el afrontamiento de sus PS, además de la falta de comunicación multidisciplinar. (3)

Los PE deben afrontar la agonía, el dolor, sufrimiento y muerte de los pacientes. El manejo de estas situaciones se hace difícil y duro de llevar. En los SUH, el PE de enfermería debe enfrentarse muchas veces a situaciones de duelo con pacientes y familiares y se debe disponer de herramientas suficientes para manejar la situación de la mejor forma posible. (2) En la atención al familiar influyen muchos factores, uno de ellos es como la enfermera comprende la muerte, su existir y sus vivencias tanto personales como profesionales. Las acciones de los PS son adquiridas predominantemente por su experiencia laboral del día a día. (4)

Hoy en día, para muchas personas, la muerte es vista como un acontecimiento ajeno, lejos de la realidad y del que se evita hablar. Sería necesario definir conceptos que permitan elaborar estrategias para enfrentarse a ella con la intención de mejorar la manera de enfrentar las emociones profundas que genera, consideradas por muchos un tabú. (5) La muerte repentina e inesperada de un ser querido es una experiencia que causa un gran dolor en los familiares. El duelo es una de las experiencias más dolorosas

en la vida. Cuando una persona fallece, sus seres queridos experimentan diversas reacciones físicas y emocionales. El malestar que experimentan ante una muerte inesperada se agrava si ésta ha sido súbita, por homicidio, traumática, por accidente de tráfico o laboral, etc. (6)

Es difícil hacer o decir algo para aliviar este dolor, pero existen estrategias y cuidados que se pueden llevar a cabo para ayudar a la familia a afrontar mejor la situación, no obstante, sería necesario invertir en formación especializada continuada para preparar y perfeccionar los cuidados, aprender a entablar una relación terapéutica, valorar las necesidades de los familiares e incluirlas en los planes de cuidados. La formación continuada es necesaria para mejorar las habilidades y seguridad del personal en el trato de estos familiares y, por lo tanto, los cuidados prestados. (7) Además, se deberían implementar los servicios de psicología de los hospitales para ofrecer un amplio apoyo a los pacientes, familiares y profesionales. (4)

La relación con el personal es un pilar principal en la experiencia de los familiares, enfermería tiene la capacidad de marcar la diferencia en este tipo de situaciones. La falta de formación y experiencia provoca que el PE no sea cercano y no se apliquen los cuidados necesarios provocando que la experiencia vivida por los familiares sea negativa. (7)

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer cómo cuidan y acompañan los profesionales sanitarios de enfermería a los familiares de pacientes con muerte inesperada en las unidades de críticos.

Objetivos específicos

- Descubrir, a través de los profesionales, qué necesidades, sentimientos y experiencias tienen los familiares cuyos seres queridos han sufrido una muerte inesperada en un servicio de urgencias.
- Identificar qué cuidados de enfermería mejoran las experiencias de los familiares.
- Conocer los sentimientos de los profesionales de enfermería en situaciones de muerte inesperada.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del tema

Epidemiología

El registro del CMBD-UR del CatSalut recoge cada año la información de la mortalidad ocurrida en los dispositivos de urgencias. La mortalidad aproximada en este servicio es del 0.1% del total de las visitas anuales recibidas en éste. Si lo expresamos en números, en 2019 murieron 3.793 personas, en 2020 2.732 personas y en 2021 3.222. (8) Según la última publicación en 2019 del análisis de mortalidad de Cataluña del Departamento de Salud, la mortalidad por causas del aparato circulatorio son las que provocaron más muertes entre las mujeres (27,3%) y los tumores entre los hombres (32,8%), estimaron que murieron prematuramente 3.875 mujeres y 8.047 hombres. (9)

El INE publicó el 10 de Noviembre de 2021 una nota de prensa en la que informó que las defunciones en 2020 debidas a enfermedades del sistema circulatorio se mantuvieron como primera causa de muerte (24,3%), seguidas en segundo lugar de los tumores (22,8%) y en tercer lugar por las enfermedades infecciosas las cuales incluyen la COVID-19 (16,4%). En cuanto a muertes externas, el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte (7,4% más que en 2019), por detrás las caídas accidentales, el ahogamiento, la sumersión y sofocación, en cambio, los accidentes de tráfico disminuyeron un 20,6% respecto a 2019. Si identificamos las muertes sucedidas por sexos según causa de muerte más frecuente, la COVID-19 se situó en la primera causa de muerte en ambos sexos en edades avanzadas, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la causa de muerte más frecuente entre los hombres y las enfermedades cerebrovasculares en las mujeres. (10)

La muerte repentina sucede en todos los ámbitos, incluso en el de cuidados paliativos, ya que el 10% de las muertes de éstos se consideran inesperadas, provocando consecuencias negativas en los pacientes, en los familiares y en el PS. (11) Si destacamos el lugar donde es más frecuente que sucedan los fallecimientos, encontramos que en poblaciones urbanas el 90% las muertes se han trasladado del hogar y la familia a los hospitales y los PS. (12)

Conceptos teóricos

Muerte natural: es la que sucede por una causa patológica o fisiológica no mediada por una fuerza extraña al organismo y sin responsabilidad de terceros.

Muerte súbita: ocurre en menos de 24h del inicio de la sintomatología y, según la OMS, se debe en mayor porcentaje a causas cardíacas. Los familiares del individuo no esperan su muerte. (13)

Muerte repentina/ inesperada: es toda muerte debida a una patología de aparición brusca o traumatismo grave, presentada de forma inesperada y no dejando tiempo al paciente ni a la familia para prepararse para ello, provocando así un súbito deterioro en la condición del paciente y su muerte en menos de un mes. (7)

Muerte traumática: según Alba Payas en el artículo (14) “una muerte traumática suele venir definida por: la sorpresa (si la muerte no se puede anticipar, la persona no se puede preparar), la impotencia (al ser sorpresiva no se tiene capacidad de respuesta), la incomprensión (la falta de información dificulta entender las razones de lo ocurrido), la rapidez (no ha habido tiempo para asimilar el deceso), la soledad en el momento del fallecimiento o comunicación de mismo (al ser sorpresivo el hecho, la persona puede recibir la información sin tener el apoyo de nadie en ese momento) y la soledad posterior (el deudo no ha tenido a nadie con quien poder compartir lo sucedido). Por tanto, si existe posibilidad de anticipar y preparar a la persona para la muerte de su ser querido, favorecerá una mejor readaptación al suceso, al haber dado lugar a una paulatina preparación emocional a los cambios que ocurrirán y haber permitido ir asumiendo progresivamente la pérdida”. (p.225)

Mortalidad prematura: son las defunciones que suceden antes de hora, entre el año y los setenta años (APVP). (9)

La muerte inesperada y repentina de un ser querido es un acontecimiento devastador en la vida de sus familiares. Existen pocas evidencias acerca de cuáles son los cuidados y necesidades que se precisan en estas circunstancias. Enfermería posee una situación privilegiada debido a su rol y cercanía con el paciente y sus allegados, de manera que puede ofrecer unos cuidados de calidad y mejorar la experiencia de los familiares. Cuando la relación entre los familiares y enfermería es buena, permite que los familiares sean más capaces de enfrentar la situación crítica de un familiar. Perder un ser querido

de manera inesperada en una unitat de crítics es una experiència diferent a quan la mort se produeix en el domicili o en una unitat de paliatius.

Unitats com URG, on el ritme de treball és ràpid i altament tecnològic solen ocórrer que les necessitats dels familiars queden oblidades centrant-se en els cures físiques i tècniques que requereix el pacient. Últimament s'està produint un canvi cap al paradigma de Cures Centrades en el Pacient i la Família que ressalta la importància de valorar les necessitats de la família.

Enfermeria és el personal que més contacte té tant amb el pacient com amb la família per la qual cosa resulta imprescindible que estigui capacitada per atendre les seves necessitats. Estar en situacions d'aquest tipus pot provocar que el PE es bloqueï i no sàpiga brindar el suport corresponent disminuint la qualitat dels cures prestats i empobrint l'essència professional, especialment en situacions de gran vulnerabilitat i fragilitat que requereixen d'un abordatge més emocional.

Segons estudis realitzats, es van trobar tres temes que descriuen les necessitats i vivències dels familiars davant la mort inesperada d'un ser estimat en serveis de crítics i com els cures i actituds dels PS van influir en aquestes vivències.

- Comprendre la situació és el primer pas per poder afrontar aquesta situació de manera efectiva.

Una necessitat molt repetida en aquest tipus de situacions és la de entendre què li està succeint al pacient per poder preparar-se i adaptar-se a la situació. Quan s'informa a la família que un dels seus éssers estimats es troba a l'hospital en situació crítica i que no va a sobreviure, aquests entren en estat de shock dificultant que presten atenció al rest de informació, és a dir, es bloqueja la capacitat de entendre i retenir aquesta informació.

Quan el PS es mostra accessible i informa contínuament, ajuda a que els familiars entenguin la situació facilitant que s'involucrin en el procés i afrontament d'aquests moments tan dolorosos. Repetir el missatge central als familiars de forma honesta i clara ajuda a que els familiars entenguin i asimilin la gravetat de la situació i comencin a preparar-se per la mort del ser estimat.

És molt important que hi hagi bona comunicació entre els diferents membres de l'equip interdisciplinari com a eina per facilitar l'intercanvi d'informació,

esto permite que todos se sienten y hablen sobre la condición de su ser querido. También ayuda a que los familiares resuelvan dudas y expresen emociones y necesidades.

- La importancia de acompañar al ser querido en sus últimos momentos para poder despedirse.

En estas situaciones, donde el tiempo que queda es escaso, se suma la necesidad de acompañar a su ser querido durante los últimos momentos.

En numerosas ocasiones los pacientes no están capacitados para la toma de decisiones sobre su salud, teniendo que hacer frente a ello los propios familiares velando y vigilando que el paciente reciba los cuidados necesarios, protegiéndolos del sufrimiento y asegurándose de que su muerte se produzca sin dolor.

Se considera muy importante que el paciente se sienta acompañado en sus últimos momentos por sus familiares y que éstos cojan su mano y le hablen. Hay que tener en cuenta dejar que la familia realice sus propios rituales durante la muerte de su ser querido, como estar toda la familia o realizar cantos.

No se debe olvidar la privacidad durante la vigilia y la muerte del ser querido, y más en sitios como los SUH, donde hay mucho personal sanitario desconocido lo que dificulta la expresión de sus emociones. Los familiares cuyos seres queridos pueden ser trasladados a una habitación privada perciben las últimas horas como muy valiosas y se sienten profundamente agradecidos.

- Guiar y cuidar a la familia en el momento de la despedida, pequeños gestos que dejan huella.

El PS tiene un papel importante en esta preparación, especialmente el PE por ser percibido como cercano, accesible y de confianza. Es el personal que más tiempo pasa con los pacientes y sus familiares. La relación con el PS es muy importante para las familias ya que tiene el poder de producir un gran impacto en la vivencia de la familia.

Explicar las diferentes ondas y números de los monitores, cambios físicos que sufrirá el paciente, sintomatología, cuidados post mortem, así como el proceso a seguir hasta su funeral puede ayudar a los familiares a seguir el proceso, sin olvidar a los que esta situación les pueda producir más estrés.

Mostrar interés por ellos en estos momentos, mantenerse a su lado, ofrecerles algo para beber o estar presentes en la habitación en los momentos más duros hace que recuerden la experiencia del fallecimiento de su ser querido de manera positiva. (7)

3.2 Familia

Bautista, Arias y Carreño en su artículo (15) escribe la definición de familia de la OMS como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”. (p1298)

Que un miembro de la familia enferme puede ser causante de grandes cambios en la familia provocando una experiencia muy dolorosa a nivel emocional y un alto riesgo de inadaptación, entrando en un estado de crisis. La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, cuando éste se encuentra en una unidad de críticos provoca que se genere estrés y ansiedad dentro del núcleo familiar.

La pérdida de la salud supone reacciones de ansiedad, estrés, miedo, angustia, depresión, incertidumbre, etc dentro del núcleo familiar y requieren de mecanismos afectivos y de afrontamiento para restaurar el equilibrio. Es en estas situaciones cuando el PE brinda soporte a nivel emocional ayudando a amortiguar el entorno hospitalario de las unidades de críticos. La familia del paciente requiere de atención e información oportuna. Entre las necesidades que se consideran más importantes para las familias, se destacan las de seguridad, información, proximidad y apoyo emocional. El impacto emocional empieza en el momento en el cual el paciente entra al hospital, y se profundiza cuando el enfermo pasa a un estado en el que precisa de una atención especial en una unidad de críticos. La familia sufre de ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como: pérdida del contacto, inseguridad, y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte.

La comunicación entre el PE y la familia en situaciones críticas es un elemento clave para brindar cuidado. Todos los seres humanos tienen necesidades emocionales básicas. Una necesidad emocional satisfecha proporciona sentimientos de felicidad y plenitud. Mientras todos los seres humanos comparten estas necesidades, cada uno se diferencia en la intensidad de la necesidad en función del grado de afectación que tenga cada persona, el hecho de tener un familiar hospitalizado en una unidad de críticos crea

una seria inestabilidad emocional que dependerá de los mecanismos de afrontamiento de cada persona para resolverla. De aquí la importancia de brindar un apoyo emocional efectivo por parte del PE tanto al paciente como a su familia, que contribuya a mejorar la calidad del cuidado ofrecido, fortaleciendo la imagen personal, profesional e institucional, logrando empatía, confianza, comprensión y sensibilidad.

En la comunicación tanto verbal como no verbal con los familiares y en el momento de brindar información, se debe considerar criterios como: el contenido del mensaje, la sencillez, la claridad, la credibilidad, la adaptabilidad, entre otros. (15) La comunicación verbal y no verbal es necesaria ya que es una habilidad que posibilita el reconocimiento de las necesidades individuales, el establecimiento de una relación interpersonal significativa y la atención de enfermería. Es un elemento clave para promover la relación enfermera-cliente. (16)

El cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también un agente humanitario y moral que considere a la familia como parte de los cuidados humanos. Para la enfermería es relevante sensibilizar y humanizar su rol en cuanto a la relación, apoyo y comunicación, que debe ofrecer de manera efectiva a las familias de los pacientes que se encuentran en situación crítica para dar respuesta a las necesidades que presentan y poder así orientar los cuidados a la misma. (15)

3.3 Comunicar la noticia

Mala noticia: es toda noticia que afecta de forma drástica y negativa a la vida del paciente o de sus familiares alterando la perspectiva de su futuro. (17)

Existen guías y protocolos acerca de cómo dar malas noticias y cómo comunicar la muerte, pero en ningún caso se trata la muerte repentina e inesperada. A pesar de existir protocolos para comunicar dichas noticias, ninguno aborda la manera de cómo hacerlo para reducir la ansiedad y mejorar el proceso de adaptación a la nueva realidad. La actitud de los PS es clave para tener un efecto positivo posterior ya que los familiares difícilmente olvidan cómo, dónde y cuándo se les ha comunicado una mala noticia. (13)

Los profesionales que reciben a las familias y la relación que hay entre ellos, está determinada por diferentes situaciones:

- La enfermera conoce a la familia ya que es la cuidadora principal de un paciente crónico y en este caso existe una relación entre la enfermera y la familia debido a las atenciones asistenciales continuas.
- La enfermera no conoce a la familia porque se trata de una situación crítica aguda en la que se desconocen antecedentes de asistencia previa. (16)

La comunicación es un recurso fundamental en el desempeño diario de la labor enfermera y en especial en los momentos en los que la vida y la muerte mantienen una línea muy delgada. En los SUH el PE debería tener una implicación importante y las herramientas necesarias como habilidades sociales y comunicativas para realizar un correcto abordaje. (2)

3.3.1 Protocolo SPIKES de Buckman

El PE está en continuo contacto con el paciente. Durante este periodo de tiempo de relación directa enfermería-paciente podemos encontrarnos en la situación de tener que dar malas noticias. Para ello conocemos el protocolo de comunicación de malas noticias, como es el Protocolo de Buckman. La familia intenta hacer frente a esta situación de desconcierto, tristeza, desolación... pero no se encuentra preparado para ello. La sensación de soledad y de no poder ayudar a su ser querido es desoladora. Estas situaciones pueden generar una situación de conspiración de silencio.

Las seis etapas de Buckman y Baile del protocolo SPIKES:

1. Preparación de la entrevista:

Revisando la historia clínica, buscar un lugar privado para informar, intentar que la persona tenga a alguien que le apoye y valorar el estado emocional para saber si es el correcto para dar la mala noticia.

2. Qué sabe el paciente:

Preguntar al paciente o familiar que sabe y cuáles son sus preocupaciones, con preguntas abiertas e indirectas. Indagar sobre la personalidad, contexto cultural y social de la persona a informar.

3. Qué quiere o quieren saber:

Puede haber pacientes o familiares que no quieran saber toda la información. No se puede dar toda la información en una primera entrevista. Dar la información de forma pausada y en partes, esperando que la persona pida más información. En el caso de negativa a conocer la información se debe informar que estaremos disponibles por si cambian de opinión.

4. Compartir la información:

Utilizar un lenguaje adecuado al nivel intelectual y contexto cultural de la persona. Lenguaje sencillo, evitando términos médicos y el lenguaje no verbal debe transmitir tranquilidad y seguridad. Sentarse al nivel de la persona mostrando dedicación completa, realizando un diálogo terapéutico.

5. Identificar, aceptar y responder a las reacciones emocionales:

Observar las emociones y reacciones que presentan, porque de ello dependerá de si la información ha sido captada de forma correcta. En el caso de una respuesta no adaptativa se puede solicitar ayuda a personal capacitado para una intervención breve o en caso de crisis.

6. Resumen y planificación del seguimiento:

Programar un seguimiento y comunicar al paciente que cuenta con nosotros si lo necesita. Realizar un plan conjunto y asegurarnos que la información ha sido recibida.

(17)(18)

3.4 Los cuidados

La profesión enfermera debería entenderse como la acción de proporcionar el mayor bienestar, ya sea físico, psíquico o psicosocial a la persona. Hoy en día los gestores de nuestro sistema de salud priorizan los avances tecnológicos, la implementación de las políticas de calidad, el reconocimiento legal e institucional de los derechos de los pacientes, provocando que haya una falta de cercanía entre los PS y los pacientes, falta de empatía, confidencialidad, acompañamiento y deshumanización, haciendo que el cuidado desaparezca.

La palabra “cuidado” viene del latín cogitatus, que significa reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo. Es decir, poner interés de alguien por otro de manera afectiva, reflexiva y racional. Para prestar cuidados excelentes se necesita tiempo. Cuando no hay tiempo se priorizan las tareas técnicas y esto impide realizar la verdadera labor. Hay que cuidar a la persona de manera holística teniendo en cuenta todas sus dimensiones que van más allá de su mera corporalidad. (19)

La familia es un grupo de individuos que se encuentran vinculados por fuertes lazos emocionales, con sentido de pertenencia y una pasión para involucrarse los unos con los otros. Acompañar y cuidar a la familia en una situación de pérdida en un servicio de críticos requiere de una serie de responsabilidades por parte del PS, que debe cuidarla

al máximo para garantizar que sus necesidades inmediatas, que ocasiona la pérdida, queden cubiertas. (16)

Encarar la muerte y el miedo a enfrentarse a ella en numerosas ocasiones se ha convertido en esencial para los PS, en especial para el PE que son quienes brindan los cuidados integrales tanto al paciente como a su familia. Cuando un paciente fallece, el PE tiene muchos sentimientos como dolor por la pérdida, insatisfacción, fracaso, tristeza, rabia, provocando que muchos opten por el silencio, otros se aíslen, lloren y hasta se frustren, hecho que tiene como consecuencia influir en la calidad de la atención prestada a los pacientes y sus familiares.

Hoy en día, para muchas personas, la muerte es vista como un acontecimiento ajeno, lejos de la realidad, como si nunca fuese a acontecer. Esto provoca que la vivamos de forma angustiosa. La muerte puede banalizarse, no despertando el interés en debatir acerca de su sentido, para conocerla en cuánto a fenómeno humano. Sería necesario definir conceptos que permitan elaborar estrategias para enfrentarse a ella.

El equipo de enfermería es el que está más próximo en las situaciones críticas con inminencia de muerte, es a quien el paciente y las familias buscan cuando necesitan explicaciones, amparo, cuidado físico y psicológico. Así, el PE debe enfrentarse al sufrimiento y a los recelos que pueden existir en los diversos momentos que involucran el cuidar. Estos cuidados exigen habilidades para tratar con los sentimientos y emociones de los otros. Uno de los sentimientos mayoritarios en los PE en estas situaciones es la tristeza, que se caracteriza como falta de alegría, pena y depresión. La convivencia diaria con la muerte hace que los PS sustituyan el sentimiento de tristeza por sentimientos de frialdad e indiferencia. El PE que no ha tenido la oportunidad de reflexionar sobre el tema, toma distancia de la situación como mecanismo de defensa debido a la inseguridad que siente. (5)

3.4.1 Teoría de los cuidados de Kristen Swanson

En 1991 define los cuidados como “una forma educativa de relacionarse con un ser preciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”. (p10) Swanson (20) presenta cinco procesos básicos que permiten hacer una reflexión sobre la cosmovisión del cuidado enfermero, donde se encuentran las dimensiones históricas, antropológicas y fisiológicas de la ciencia enfermera, con un objetivo principal, el bienestar del paciente y la familia. Los cinco momentos son:

1. Mantener las creencias: conservar la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento y enfrentarse al futuro, creyendo en su capacidad, manteniendo una actitud esperanzadora, ofreciendo optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando a su lado. Con actitudes filosóficas en general y en particular.
2. Conocimientos: comprendiendo el significado del suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona, buscando claves, valorando y buscando un proceso de compromiso. En definitiva, una comprensión informada del proceso clínico y del paciente.
3. Estar con: estando emocionalmente presente, transmitiendo disponibilidad y compartiendo sentimientos sin abrumarlo. Transmisión del mensaje al paciente.
4. Hacer por: son acciones terapéuticas para “hacer por otros lo que se haría por uno mismo” incluyendo el adelantarse a las necesidades, confrontar, actuar con habilidad, competencia y protección respetando su dignidad.
5. Posibilitar: son acciones terapéuticas para facilitar el paso por las transiciones o acontecimientos desconocidos, centrándose, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos generando alternativas, pesando las cosas detenidamente y dando retroalimentación.

Los metaparadigmas de Kristen Swanson son:

- Persona: la define como un ser único que está en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas. Considera que las experiencias vitales de cada individuo son conclusión de una interacción con la herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío.
- Enfermería: la define como la disciplina de los cuidados para el bienestar de los otros. Afirma que dicha disciplina está fundada por el conocimiento empírico de la enfermera y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales.
- Salud: complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del color interno, establecimiento de nuevos significados, restauración de la integridad y un sentimiento de renovada plenitud.
- Entorno: cualquier contexto que incluya o se vea influido por el paciente, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos, etc. (20)

3.4.2 Teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson (Modelo de transformación para un cuidado humanístico)

Watson fomenta su teoría en la de otras enfermeras como Nightingale, Henderson y Leininger además de otros autores como Maslow, Heidegger y Sastre. Incorpora elementos feministas, filosóficos y de la física cuántica, introduciendo una mirada científica y humanista con patrón fenomenológico, existencial y espiritual. Interpreta el cuidado como un proceso intersubjetivo (no diferencia el cuidado genérico o natural del profesional) y habla del binomio cuidar-sanar, donde el paciente es quien percibe el malestar y quien puede y debe direccionar el proceso terapéutico. Es la empatía, la comprensión, el deseo y la intencionalidad los que harán de la relación, un cuidado profesional, dando así un cuidado humanístico. Trata la espiritualidad como una necesidad humana sin necesidad de reconocerla o asociarla a una religión concreta, ligándola a la dimensión corporal y mental, y obteniendo como resultado la totalidad humana. Representa la esencia enfermera con diez factores de cuidado que permiten relacionar el cuidado y la planificación de éste, a la vez que posibilita su estudio e investigación.

Factores filosóficos para la ciencia del cuidado:

1. Formación de un sistema humanístico y altruista de valores: Aunque sean valores adquiridos en la infancia, las enfermeras pueden influir para que el paciente adquiera un sentimiento de satisfacción hacia uno mismo.
2. Fomento de la fe y la esperanza: agrega valores humanísticos y altruistas, facilitando unos cuidados holísticos y contemplando una relación terapéutica eficaz.
3. Promoción de la sensibilidad, hacia uno mismo y hacia los demás: al reconocer los sentimientos la persona (enfermera o paciente) se auto actualiza y auto acepta reconociendo así los sentimientos propios y favoreciendo la relación terapéutica.

Factores de cuidado:

4. Desarrollo de una relación de ayuda y de confianza: para que contribuya a la expresión de sentimientos, respeto mutuo, coherencia, empatía y a la comunicación eficaz.
5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos: enfermería debe conducir la relación y reconocer al otro respetando su idiosincrasia.

6. Utilización del proceso de cuidados de manera creativa e imaginativa: a la hora de solucionar cuestiones, fenómenos y problemas de salud, debe utilizarse un enfoque científico y original.
7. Promoción de la enseñanza y aprendizaje transpersonal: para favorecer el autocuidado y una perspectiva de los cuidados se debe aportar una información detallada.
8. Provisión de un entorno de apoyo y de protección emocional, física, sociocultural y espiritual: la calidad de vida, la salud y la enfermedad del paciente se ve afectada por el entorno interno y externo, a la vez que se consideran elementos de apoyo de la salud y bienestar, tomando en conjunto el confort, la privacidad, la seguridad, la higiene o la estética.
9. Ayuda en la satisfacción y gratificación de las necesidades humanas: para ello es necesario el reconocimiento de las necesidades propias (enfermería y paciente). Distingue necesidades de rango inferior (alimentación, eliminación y respiración), las de rango superior (actividad, ocio y sexualidad) y una de rango más elevado intra e interpersonal (autoactualización).
10. Aceptación de las fuerzas existenciales-fenomenológicas-humanas: se deben incorporar a los cuidados elementos de experiencia y pensamiento crítico para una mejor comprensión de los fenómenos que relacionan a uno mismo con los demás. (21)

Los metaparadigmas de Jean Watson son:

- Persona: desde la mirada existencialista, Watson considera a la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente, cuerpo y espíritu que experimenta y percibe conceptualmente el Gestalt. Es el locus de la existencia humana y el sujeto del cuidado de enfermería.
- Enfermería: está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera comprende y experimenta los sentimientos del otro y además es capaz de expresarlos de forma parecida a como los experimenta la otra persona.
- Salud: tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y espíritu. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Medio Ambiente: es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico incluye la

percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (presente, pasado y futuro imaginado). (22)

3.5 Sentimientos de los profesionales de enfermería

El SUH es el lugar donde la muerte tiene mayor impacto para el PE ya que hace frente no solo al paciente, sino que también a la familia sin apenas conocerla. El profesional de enfermería percibe la muerte como un fracaso a sus esfuerzos por prevalecer la vida, lo que genera sentimientos de impotencia, angustia, sufrimiento y miedo. (23) Ante las repercusiones de una mala noticia los PS experimentan temores, sienten dolor empático, tienen miedo a causar dolor, a ser culpados, a no saber qué decir o a no saber dar respuesta, miedo legal e incluso miedo a la propia muerte. (2) Es necesario y normal la expresión de estos sentimientos, por lo contrario, limitarlos y resguardarlos conlleva consecuencias en el PE en las esferas física, psicológica y social. (24)

Ante el fallecimiento de un niño, el PE manifiesta enojo, ira, miedo, angustia, impotencia, frustración, tristeza, depresión, sentimiento de culpa, soledad y dolor en el alma. (25) Cartiel y Navarro en su TFG (1) explican que hay diferentes estudios en los que se expone que “produce un mayor impacto emocional la muerte de los niños y jóvenes adultos que la muerte de personas en avanzada edad, ya que éstas últimas han recorrido las diferentes etapas de la vida y parece más razonable la aceptación de su pérdida”. (p10)

3.6 El duelo

El origen de la palabra “Duelo” proviene del término latín “Dolos” y su significado es dolor. Es un proceso doloroso e inesperado como reacción a la muerte de un ser querido o debido a una pérdida importante. Cada persona experimenta el duelo de forma individualizada variando según sus circunstancias personales, su forma de afrontar el estrés y de la relación con el fallecido. El duelo va ligado a una mala noticia que altera las expectativas futuras de las personas. (2) El malestar que experimentan ante una muerte inesperada se agrava si ésta ha sido súbita, por homicidio, traumática, por accidente de tráfico o laboral, etc. (6) La persona atraviesa por cinco fases en su proceso de elaboración del duelo, de forma general, pasa por una etapa de negación, ira, negociación, depresión y aceptación, pudiendo pasar por cada una de ellas de forma ordenada, no siguiendo un orden, pasando solo por algunas o incluso quedándose

detenida en algún momento. (26) Estas cinco etapas de Elisabeth Kübler-Ross forman parte del marco de aceptación de la muerte de un ser querido.

1. Negación: la persona que se encuentra en esta etapa está realizando el duelo por la pérdida de un ser querido. En esta etapa el mundo se vuelve absurdo y opresivo. La persona no entiende que su ser querido no va a volver.
 2. Ira: esta etapa no tiene que ser lógica ni válida. La persona puede estar enfadada por no haber visto que esto iba a suceder o con los médicos por no ser capaces de salvar la vida de su ser querido. También la persona puede estar enfadada con su ser querido por el hecho de que le haya abandonado. La ira es una etapa del proceso curativo.
 3. Negociación: en esta etapa la persona haría lo que fuese necesario con tal de que no se lleven a la persona que quiere. La negociación va a menudo acompañada de la culpa, la persona se llega a cuestionar lo que cree que podría haber hecho de otra forma. La persona se queda anclada en el pasado intentando pactar la forma de librarse del dolor.
 4. Depresión: esta etapa se dirige hacia el presente. Aparece la sensación de vacío y el duelo entra a un nivel más profundo. La persona percibe que esta etapa va a durar para siempre, la vida parece no tener sentido y salir de la cama puede suponer un gran esfuerzo. Se considera una respuesta adecuada ante una gran pérdida y queda lejos de ser un síntoma de enfermedad mental.
 5. Aceptación: esta etapa suele confundirse con la noción de que la persona se siente bien o está de acuerdo con lo que ha pasado. Lo que sucede es que la persona acepta la realidad de que su ser querido se ha ido físicamente, esta realidad no gusta y no se está de acuerdo con ella, pero, finalmente, la persona la acepta. Es la nueva norma con la que la persona debe aprender a vivir. La curación se refleja en las acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse.
- (27)

3.6.1 Duelo normal

Es la respuesta a la pérdida de una forma racional y su desarrollo y síntomas son predecibles, con aparición instantánea o en los meses posteriores a la muerte del ser querido. Se caracteriza por sensaciones de aturdimiento, perplejidad e incapacidad para asumir lo ocurrido. Su duración se estima entre seis meses y un año, pero algunos síntomas pueden perdurar más tiempo. La recuperación se manifiesta cuando el

doliente puede recordar y hablar de su ser querido fallecido sin dolor, recupera la socialización y se plantea nuevos retos. (6)

MANIFESTACIONES NORMALES DEL DUELO	
COGNITIVAS	Alucinaciones visuales y/o auditivas. Preocupación y rumiación. Obsesión por recuperar la pérdida o evitar los recuerdos. Disminución de la atención, concentración y memoria. Replanteamiento de aspectos religiosos.
AFFECTIVAS	Impotencia, insensibilidad. Anhelo, tristeza, apatía. Abatimiento, angustia, ansiedad. Ira, frustración, enfado, hostilidad, irritabilidad. Culpa, autorreproche. Soledad, abandono, emancipación o alivio. Extrañeza respecto a uno mismo o ante el mundo habitual.
FÍSICAS	Aumento de la morbilidad. Vacío en el estómago. Opresión en el tórax o garganta. Disnea, palpitaciones, cefalea, debilidad, sudoración. Alteraciones del sueño y de la alimentación.
CONDUCTUALES	Conducta distraída. Lloros y/o suspiros. Llevar o atesorar objetos, visitar lugares que frecuentaba el fallecido, llamar y/o hablar del difunto o con él. Hiperactividad o hipoactividad. Cambios en las actividades de la vida diaria. Disminución de la capacidad laboral.

Tabla 1: Manifestaciones normales del duelo. Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de (6)

La duración e intensidad de las manifestaciones clínicas del duelo se ven influidas por las siguientes variables:

- Circunstancias de la pérdida: en el caso de la pérdida inesperada o situaciones en las que no se ve al muerto.

- Interpersonales: dependiendo del vínculo y dependencia con el ser querido, y en pérdidas traumáticas anteriores.
- Antropológicas: al morir antes de la secuencia natural, en la muerte de una madre y según la edad.
- Psicosociales: depende de los recursos disponibles y de las estrategias de afrontamiento, en casos de condiciones precarias, de aislamiento o en problemas sanitarios.

3.6.2 Duelo patológico

Es un fracaso en la adaptación a la pérdida con duración y secuelas impredecibles. (28) Horowitz (1980) citado por Vedia (6) define el duelo complicado como “aquel cuya intensificación llega al nivel en el que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece incansablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”. (p13) Hay cuatro tipos de duelo complicado o patológico:

- Duelo crónico: su duración es excesiva, no tiene una conclusión satisfactoria, y la persona es consciente de que no consigue superarlo.
- Duelo retrasado (o inhibido, suprimido o pospuesto): reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida, puede ser debido a la falta de apoyo social y a la necesidad de ser fuerte por la cantidad de pérdidas. Este duelo puede manifestarse tiempo después o en una pérdida posterior y sus síntomas son desproporcionados con respecto a la pérdida.
- Duelo exagerado: es un duelo más intenso que el duelo normal, la persona se siente desbordada con conducta desadaptativa, aunque es consciente de que la sintomatología está asociada a la pérdida. Se incluyen trastornos psiquiátricos mayores surgidos tras una pérdida.
- Duelo enmascarado: su sintomatología física (enfermedades psicosomáticas...) y conducta desadaptativa (depresión inexplicable, hiperactividad...) causa dificultades, pero la persona no se da cuenta ni lo asocia a la pérdida. (6)

3.6.3 Duelo en la muerte inesperada

Este duelo tiene lugar tras la muerte repentina y presenta unas características concretas:

- Sensación de irrealidad: la persona no percibe sensación de realidad, no sintiendo dolor tras la pérdida, pueden actuar con frialdad o fortaleza. Estas

reacciones son debidas a un “mecanismo de defensa de protección del dolor” y cada persona tiene unos tiempos diferentes para afrontar la realidad de la muerte.

- Duración del duelo: necesitan más tiempo para aceptar lo sucedido. Sienten dolor, angustia, falta de comprensión e inseguridad. “La sensación de irrealidad viene y va ya que es parte del proceso de aceptación”.
- Sentimiento de culpa: se culpan por no haber llegado antes o por no haber podido evitar la muerte del ser querido.
- Recibir la noticia: influye mucho el cómo se recibe ésta, presencialmente, vía telefónica, mensaje, etc. Aunque la noticia sea la misma, recibirla de manera presencial y gradual con sensibilidad y cuidado permite que disminuya el impacto emocional de la misma. (29)

Neimeyer, citado por Diego (26) determina que, en el caso de la muerte inesperada y repentina, la persona experimenta las fases de evitación, asimilación y acomodación. En la fase de evitación la persona siente que no es verdad y que hay un error, la pérdida es tan dolorosa que no puede asimilarla, permaneciendo aturdido y confuso, evita aceptar la realidad. En la de asimilación no sabe cómo va a seguir viviendo sin su ser querido al que tanto quería, siente soledad y tristeza, pueden aparecer síntomas depresivos o de estrés, en su vida cotidiana empieza a notar su ausencia. Y en la de acomodación se pregunta qué va a ser de su vida a partir de ese momento, en esta fase, los síntomas físicos van desapareciendo y se reconstruye la vida sin el ser querido. (p67) Para superar el duelo la persona debe superar cuatro tareas:

- Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida.

La negación de la pérdida aparece incluso cuando la muerte es esperada. Se debe aceptar la realidad y asumir que la persona fallecida no va a volver y que el reencuentro no es posible. En los primeros días o semanas la esperanza de reunirse con el ser querido puede ser normal, pero no si se prolonga en el tiempo. Suele manifestarse porque la persona guarda las posesiones del difunto sin modificar, preparadas para su regreso, o porque intenta quitarle importancia a la muerte. Evita los recuerdos e incluso borra de su mente los recuerdos vividos con la persona fallecida.

Para finalizar esta tarea se necesita tiempo, los funerales y otros rituales relacionados con la muerte ayudan a ello. En el caso de la muerte repentina o en los casos en los que no se ha visualizado el cuerpo, esta tarea resulta más difícil.

- Tarea II: Elaborar el dolor de la pérdida.

La pérdida de un ser querido conlleva dolor para el superviviente. Este dolor no debe suprimirse ni evitarse, si esto sucede, el proceso de duelo se prolongará. La persona idealiza al fallecido, evita las cosas que lo recuerdan o hace un uso abusivo de alcohol u otras drogas. La sociedad no ayuda en esta tarea, frecuentemente se escuchan frases como “Tienes que seguir adelante”, “A él no le gustaría verte así”, etc. Si no se supera esta tarea la persona puede necesitar terapia para reconocer y afrontar el dolor evitado.

Para superar esta tarea el dolor debe ser reconocido y resuelto.

- Tarea III: Adaptarse al mundo sin el fallecido.
 - Adaptaciones externas: influencia la relación con el fallecido y los roles que desempeñaba en su vida. La persona debe afrontar nuevos roles como algo beneficioso y provechoso, dándole un significado a la pérdida.
 - Adaptaciones internas: el superviviente puede ver alterada su definición de sí mismo, su autoestima y su autoeficacia.
 - Adaptaciones espirituales: los valores y creencias del doliente también deben adaptarse. Se debe buscar un significado a su vida dotando de un sentido a la pérdida.
- Tarea IV: Hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva (un lugar adecuado en su vida emocional).

Esta tarea es la más complicada para la mayoría de las personas. El doliente se afianza en el pasado, no establece otras relaciones y su vida se ha quedado detenida en el momento de la pérdida. Para superar esta tarea la persona debe entender que no olvidará a su ser querido, pero debe continuar con su vida y encontrar un lugar adecuado para éste en su vida emocional y poder establecer nuevas relaciones. (26)

3.7 Práctica enfermera

El PE debe anticiparse a las necesidades de los familiares o supervivientes en duelo, preparando una habitación tranquila o sitios cómodos dónde sentarse, proporcionar pañuelos de papel, facilitar un teléfono para realizar llamadas a otros seres queridos y habilitar un timbre para pedir ayuda en caso preciso. Mostrarse dispuesto a responder a sus dudas y escuchar sus historias y preocupaciones, abordando su sensación de angustia y culpabilidad. Facilitar los rituales espirituales y dejarles un tiempo para ver al

paciente y despedirse de él. Se debe tener en cuenta qué otros profesionales pueden ser útiles (sacerdotes, psicólogos o especialistas en infancia). En el control, los profesionales de enfermería deberían disponer de un listado de teléfonos con los que los familiares o supervivientes podrían necesitar contactar (el despacho del patólogo/forense, las funerarias y los tanatorios, y grupos de apoyo) sin olvidar darles el teléfono del hospital para que llamen en caso de dudas o preguntas. Hay hospitales que cuentan con dípticos de apoyo para entregar a los familiares sobre servicios funerarios (Anexo 1) y también de recursos de apoyo psicológico en el duelo (Anexo 2). Se debe comunicar que todas las gestiones hospitalarias están ya terminadas y pueden marcharse cuando se sientan preparados. En caso de disponibilidad, los familiares o supervivientes deberían ser acompañados a la salida o su vehículo para apoyarlos. Y en casos de conocimiento por los medios de comunicación y fotógrafos, es importante proteger a las familias y los supervivientes de estos para garantizar su privacidad en momentos difíciles.

Para realizar un buen acompañamiento, el PE de críticos debe disponer de toda la información de las circunstancias de la muerte y los posibles detalles que permitan tranquilizar (qué ha sucedido antes de llegar al hospital y durante el ingreso, qué ha culminado en la situación de gravedad o la muerte del paciente, incluidos los posibles intentos de reanimación realizados, tranquilizar informando que se ha hecho todo lo posible y asegurando que no ha sufrido y que no ha sido consciente, usando frases como “la mayor parte de los pacientes con traumatismo craneal grave no recuerdan el accidente”). Todos los profesionales que prestan atención deben llevar visible su tarjeta de identificación, tener un aspecto presentable y no tener ninguna mancha de sangre o líquidos corporales en la ropa.

Antes de entrar en la habitación se debe pensar qué se va a decir e incluso se puede practicar con un compañero si la situación resulta incómoda. Es muy importante presentarse y explicar cuál es nuestro papel en la asistencia del paciente. Es necesario identificar a las personas que se encuentren en la habitación pidiéndoles que nos indiquen su parentesco o relación con el paciente. Cuando se habla del paciente, se debe nombrar por su nombre, evitando términos como la víctima, el difunto o nuestro paciente. Se debe utilizar un lenguaje claro, no técnico y evitar la jerga, eludiendo eufemismos como “se ha marchado; ya no está con nosotros; no lo ha conseguido” u otros similares que puedan confundir la muerte de la persona. Los seres queridos de la

persona fallecida pueden mostrar reacciones de negación, incredulidad, ira, culpabilidad o la exacerbación de un trastorno médico.

En el caso de una muerte pediátrica se deben cuestionar las expectativas poco realistas de los padres sobre su papel, recordándoles que no podían proteger al niño de la muerte de ninguna forma. Se debe ayudar a los padres y familiares a reconocer que su duelo no corresponde solo al niño, sino también con los sueños, esperanzas y expectativas que tenían sobre él. Los padres pueden sufrir ansiedad, depresión, estrés y duelo en el aborto. Enfermería debería reconocer el duelo relacionado al aborto y apoyar emocionalmente a las familias afectadas. (30)

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

Para la realización y análisis de este trabajo hemos utilizado la metodología cualitativa fenomenológica mediante la técnica de la entrevista individual semiestructurada abierta y flexible. La entrevista se realizó a tres profesionales de enfermería con una alta experiencia en el abordaje a familias ante una situación de muerte inesperada en un servicio de críticos, y así poder conocer cómo cuidan y acompañan en dicha situación.

La metodología cualitativa expresa la realidad de manera que capta el significado particular que a cada hecho atribuye su protagonista. En su estilo o modo de investigar los fenómenos sociales, persigue unos determinados objetivos a los que da una respuesta adecuada a los problemas concretos a los que se enfrenta dicha investigación. La definición del significado es abierta, ya que el investigador no conoce su naturaleza precisa, su comprensión es susceptible de inesperadas e insólitas ramificaciones y el significado admite profundidad, densidad y extensión. Las cinco características que le definen son: (31)

1. Su objetivo es captar y reconstruir el significado.
2. Su lenguaje es básicamente conceptual y metafórico.
3. No usa un modo de captar la información de manera estructurada, sino flexible y desestructurado.
4. Su procedimiento es más inductivo que deductivo.
5. Su orientación no es particularista y generalizadora sino holística y concretizadora.

El método fenomenológico se basa en hacer una descripción e interpretación de las experiencias vividas. Para observar al ser humano como un ente indivisible, singular y único en el mundo, el profesional de enfermería debe utilizar métodos de estudio específicos para ello. De esta manera puede comprender el comportamiento humano para ofrecer un cuidado holístico.

La fenomenología es considerada como un nuevo paradigma que observa y explica la verdad de los fenómenos. Los PE deben basar su cuidado en lo que la gente siente y piensa cuando está frente a una situación que desestabiliza su vida cotidiana. La fenomenología va dirigida al estudio de la experiencia vivida respecto a una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia y busca describir los

significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones.

La fenomenología permite ofrecer un cuidado más acorde a lo que la persona espera del profesional. Entender mejor a la persona nos va a permitir proporcionar un cuidado acorde a lo que la sociedad espera del profesional de enfermería, considerando a la disciplina como una ciencia humanística que estudia no solo a la persona sino también a su entorno. (32)

La finalidad por la cual hemos elegido esta metodología para la realización de nuestro TFG es porque éste pretende comprender sentimientos, experiencias y necesidades de los familiares a través de los PE, así como saber cómo cuidan y acompañan los PS a las familias y cuáles son sus sentimientos ante la vivencia de una muerte inesperada en un servicio de críticos de forma holística y subjetiva, facilitando su entendimiento. Por tanto, por estos motivos se consideró que era la mejor metodología para alcanzar los objetivos marcados.

4.2 Búsqueda bibliográfica

Para la realización del marco teórico hemos hecho una amplia búsqueda de revisión bibliográfica sistematizada en diferentes bases de datos como Cuidatge, MEDES, Pubmed, CINAHL, Cochrane Library, Enferteca, IBECS, Cuiden, Enfermería al Día, Dimensions, Dialnet Plus y Google Scholar con intervalos de fecha de publicación entre 2012 y 2022, y así poder contrastar con la información obtenida en el análisis fenomenológico de las entrevistas realizadas, revisando artículos cualitativos para así aumentar la creatividad y enriquecer nuestro trabajo.

Hemos utilizado diversas combinaciones entre términos MeSH, palabras clave y términos de amplio espectro en catalán, español e inglés, además de los operadores booleanos AND y OR. También hemos obtenido una recopilación de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de atención en estos casos.

4.3 Recogida de datos

Utilizamos la técnica cualitativa de recogida de datos de entrevistas abiertas semiestructuradas que se realizaron de forma anónima y voluntaria. Las entrevistadas firmaron un consentimiento informado (Anexo 3) donde se explicaba la temática del

trabajo, el uso de los datos obtenidos y el compromiso con la investigación. La entrevista (Anexo 4) y el consentimiento fueron enviados por correo electrónico unos días previos a la realización de la entrevista para que pudieran leer con tranquilidad y devolver firmado el consentimiento antes de la realización de ésta. En el momento antes de la entrevista se volvió a leer las preguntas y el consentimiento a las entrevistadas para asegurarnos de que habían entendido la finalidad de las preguntas y resolver posibles dudas.

Decidimos que la entrevista fuera individual, semiestructurada y abierta porque aun teniendo las preguntas planificadas desde el inicio, la entrevistada pudiera tener libertad de hablar de lo que quisiera. Del mismo modo que podíamos modificar o añadir preguntas a medida que iba evolucionando la entrevista. García Olabuénaga en su libro Metodología de la investigación cualitativa plantea la entrevista no estructurada en cuatro puntos:

1. La entrevista:

- Pretende la comprensión más que la explicación.
- Busca maximizar el significado.
- Adopta el formato de estímulo-respuesta.
- Obtiene respuestas emocionales sin tener en cuenta la racionalidad.

2. El entrevistador:

- Formula preguntas sin esquema de respuestas.
- Controla el ritmo de la entrevista.
- Explica el objetivo y motivación del estudio.
- Añade preguntas nuevas si es preciso, pudiendo alterar el orden y forma de las preguntas.
- Permite la interrupción e intervención de terceros.
- Explica el sentido de las preguntas en el caso que sea necesario.
- Improvisa el contenido y forma de las preguntas.
- Establece una relación de familiaridad y profesionalidad.
- No evalúa las respuestas, adoptando un estilo de "oyente interesado".

3. El entrevistado:

- Cada persona entrevistada recibe las preguntas iniciales.
- No todas las entrevistas deben seguir el mismo orden y formato.

4. Las respuestas:

- Abiertas por defecto.
- Grabadas conforme un sistema de codificación flexible y abierto a cambios en todo momento. (31)

4.4 Selección de la muestra

Para la selección de la muestra utilizamos el método intencional opinático, seleccionando las unidades de muestreo, no al azar, ni siguiendo un cálculo o ley de probabilidades, sino siguiendo un criterio personal. Escogiendo a los que por su conocimiento de la situación o del problema a investigar consideramos más idóneos para representar a la población a estudiar y poder obtener una muestra rica en información, como la lógica y eficacia de la selección intencional que la muestra requiere. (31) Llevamos a cabo la entrevista individual semiestructurada, abierta y flexible a tres PE de edades comprendidas entre cuarenta y cuatro y cincuenta y nueve años, con una experiencia laboral de entre doce y treinta y cinco años, que trabajan en servicios especiales de críticos, en este caso en urgencias del Hospital Joan XXIII de Tarragona, los cuales pasan en más de una ocasión por experiencias de ese tipo.

- Los criterios de inclusión utilizados fueron:
 - Trabajadores con una experiencia mínima de diez años en uno de esos servicios, preferentemente urgencias.
 - Ser PE (enfermeros/as y/o Técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería).
 - Acceder de manera voluntaria y anónima a la entrevista.

- El criterio de exclusión:
 - No tener suficientes experiencias en la atención a familias con muerte inesperada de un ser querido en servicios de críticos.

Las entrevistas se realizaron en una sala individual del Hospital, previa reserva, para preservar la intimidad de todos y que las entrevistadas se sintieran más a gusto. También la sala nos permitía eliminar cualquier tipo de ruidos e interrupciones que pudieran dificultar la grabación. En todas las entrevistas se ha seguido el mismo guión con algunas pequeñas variaciones dependiendo de la narrativa de cada entrevistada, haciendo que ello diera lugar a la realización de más preguntas.

Se decidió que fueran presenciales ya que la situación actual de pandemia nos lo permitía, llevando a cabo todas las medidas de seguridad. Una entrevista presencial nos parecía más cercana y personal. El idioma de las entrevistas fue el castellano. La duración de las entrevistas ha sido entre 45 minutos y una hora siendo un ambiente tranquilo y de confianza.

	EDAD	GÉNERO	ANTIGÜEDAD EN SUH	OBSERVACIONES
Entrevistada 1	59	Femenino	15 años	En la mayoría de las preguntas se mostró tranquila y comunicativa. Al final de la entrevista, al explicar una vivencia se emocionó y sus ojos se le pusieron vidriosos (Entrevista en Anexo 5).
Entrevistada 2	44	Femenino	12 años	Durante la entrevista mostró seguridad, tranquilidad y emotividad en sus palabras (Entrevista en Anexo 6).
Entrevistada 3	56	Femenino	35 años	Se mostró segura y tranquila (Entrevista en Anexo 7).

Tabla 2: Características y observaciones de las entrevistadas. Fuente: Elaboración propia.

4.5 Análisis de los datos

Posterior a la grabación de las entrevistas y transcripción literal de estas, se leyeron y analizaron de forma cualitativa y rigurosa, mediante un proceso de interpretación no matemático para poder descubrir conceptos y relaciones entre los datos obtenidos.

Se codificaron las entrevistas por categorías, subcategorías y códigos como indica la Tabla 3. Se identificó a cada entrevistada con la inicial "E" de "entrevistada" junto a un número (E1, E2, E3), con la finalidad de preservar la identidad de la persona. El análisis nos ayudó a interpretar y encontrar sentido a la narrativa de las entrevistadas para dar respuesta a nuestros objetivos y un sentido global a nuestro trabajo, apoyándonos en resultados obtenidos en otros estudios revisados con anterioridad.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
1. Sentimientos del profesional.	1.1 Cómo gestionar sus sentimientos. 1.2 Sentimientos: factores relacionados.
2. Información que tienen las familias.	2.1 Signos de muerte inminente. 2.2 Los rituales.
3. Sentimientos de las familias.	
4. Necesidades de las familias.	

5. Actuación de enfermería.	5.1 Factores que influyen en la actuación de enfermería.
6. Formación/ experiencia de los profesionales.	
7. Comunicación/ interacción familia-profesional.	7.1 Factores que influyen.
8. Cómo mejorar los cuidados.	
9. Muerte en niños o jóvenes.	
10. Extrapolar a la vida personal.	
11. Muerte por COVID.	

Tabla 3: Codificación de las entrevistas. Fuente: Elaboración propia.

7.2 Consideraciones éticas

Los aspectos ético-legales del presente trabajo respetan los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, (33) según el cual los participantes leyeron y cumplieron el consentimiento informado en el que se detalla la finalidad del trabajo y se explican los derechos, la confidencialidad y las garantías de los participantes, derivados de la cesión de datos de carácter personal y la participación en el trabajo de investigación. Todo ello se recoge en base a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y por la Ley 3/2001 del 28 de Mayo, reguladora del Consentimiento Informado. (34)(35)

7.3 Limitaciones del estudio

El diseño cualitativo del TFG limita la validez externa de los datos ya que únicamente se podría reproducir en una población de características idénticas en cuanto a variables sociodemográficas, experiencias de vida y contexto cultural.

La falta de formación y experiencia en investigación cualitativa por parte de las autoras de este trabajo ha sido una limitación importante. Otra limitación es la conexión de las investigadoras con las informantes ya que comparten las mismas experiencias y, posiblemente, opiniones debido a que trabajan en el mismo contexto.

El estudio se ha realizado en un periodo de pandemia que ha conllevado a que la muerte inesperada en urgencias no se haya tratado igual que estando fuera de pandemia. Este hecho puede haber influido en la atención que las familias reciben en urgencias, tanto

los que acuden por una situación crítica aguda como los que acuden por patología crónica en situación de últimos días. Por lo que los resultados en otro contexto social pueden diferir de los que se han obtenido en el caso de pandemia generada por la COVID-19.

Otra de las limitaciones que nos hemos encontrado ha sido la dificultad en la búsqueda de artículos actualizados, epidemiología sobre la muerte inesperada en servicios de urgencias y la imposibilidad de acceso a un Protocolo de Actuación en caso de muerte inesperada en el Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital Joan XXIII que se encuentra en proceso de elaboración.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Sentimientos del profesional

En situación de muerte inesperada el PS puede sentirse incómodo e inseguro, lo que provoca una actitud de bloqueo o evitación disminuyendo el apoyo y la calidad de los cuidados prestados. (7)

Enfrentarse a la muerte de manera constante se convierte en algo esencial para el PE, que es quien se encarga de los cuidados integrales al paciente y su familia. La formación académica del PE está encaminada al mantenimiento de la vida, por lo que asistir a pacientes críticos provoca sentimientos de inseguridad, frialdad y deshumanización.

Cuando acontece la muerte, el PE siente dolor por la pérdida, insatisfacción, incomodidad, fracaso, rabia, tristeza e incluso negación por no haber conseguido mantener la vida del paciente. Las manifestaciones ante este acontecimiento van desde aislamiento a silencio pasando por el llanto. (5)

E1: “...*muertes inesperadas* ... evidentemente como *profesional han impactado*.” “...te puede dar *pena*, te puede dar *tristeza* porque empatizas con la situación.” “Sentimientos de *impotencia*... la misma institución, la misma organización del servicio impide que yo haga las cosas como yo quisiera.” “...tenía mucho *miedo*... porque pensé “yo no sé si sabré hacerlo y si le voy a aportar algo bueno o algo malo a esta persona.”

E2: “Es *rabia*, es *impotencia*, es *dolor*, *sufres* por la familia.” “... acabas *orgullosos* porque siempre damos incluso más de lo que podemos.”

E3: “... esta es la *situación peor* que se puede vivir en un servicio de urgencias... termina muriéndose una persona que no le tocaba... es una *situación traumática* ...” “... la *situación es fuerte*... es una *situación dura*, muy dura.”

Las experiencias de las entrevistadas coinciden con la bibliografía encontrada, refiriendo sentimientos de tristeza, impotencia, sufrimiento e incluso la informante E3 refiere sentir que es una situación traumática.

En cuanto a **la subcategoría de cómo gestionar sus sentimientos**, el PE no está lo suficientemente preparado a nivel emocional para hacer frente a la muerte ni para lidiar con los sentimientos que surgen durante este proceso. (4)

Conociendo esta realidad, se debe considerar la puesta en marcha de estrategias que puedan ser realizadas junto a los PS permitiendo vivenciar estos momentos saludablemente. Los PS que trabajan durante mucho tiempo en unidades donde la muerte acontece de manera inminente, tiene dificultad para encontrar formas de enfrentar la situación, terminan por aislarse y por no compartir con el resto de los profesionales sus angustias, temores o sufrimientos. (5)

E1: *“Es muy muy importante gestionar los sentimientos... hacer **sesiones** después de lo que ha pasado, **reunirte con todo el equipo y expresar unos a otros cómo lo han vivido y ayudarse unos a otros**. O hacer **cursos** para poder **gestionar las emociones**. Y sino, **tener algún recurso profesional de salud mental** en el caso de que sea necesario, gratuito y al alcance de todos”.*

E3: *“Debería haber **alguien** que supiera **ayudar a canalizar** esto a las enfermeras... en **horario laboral** para que todo el mundo pudiera asistir”*

La mayoría de la bibliografía encontrada hace hincapié en la importancia de incluir recursos para posibilitar la gestión de los sentimientos del PS, lo cual está afirmado también por dos de las entrevistadas (E1 y E3), recalcando que estos cursos y servicios deberían estar incluidos dentro de la jornada laboral para no limitar su asistencia.

Si hablamos de **la subcategoría de los factores relacionados que influyen a enfermería en sus sentimientos**, la muerte de un paciente causa un gran impacto en cada uno de los PS. En el PE va a depender de cómo comprenda el concepto de muerte, de su propio existir y de sus vivencias personales tanto dentro como fuera de su ámbito profesional. (4) Los factores del PS están constituidos por los temores que experimentan como causar dolor, miedo a ser culpado, a la falta terapéutica, miedo a decir “no sé” e incluso a la propia muerte. (2)

E1: *“... depende del **vínculo** que hayas tenido con este mismo paciente, o **con la situación** que has vivido alrededor de esta muerte.” “... en **función de lo que tú vivas, de lo que tú percibas, de lo que tú sientes, en todo el aspecto holístico** de esta persona. En su **entorno familiar o en el entorno social, o en la situación física**.”*

“...depende de la **vulnerabilidad de la familia**, de su comportamiento... lo que hayas podido interactuar, tienes unos sentimientos u otros.”

E2: “...depende de varios factores, también **de mis sentimientos o de mis emociones**, pero a mí personalmente **me afecta mayoritariamente por la edad de la persona que fallece**... También depende de **cómo lo viva la familia**...”

E3: “... lo que me hace **sentir mal** es que me **obliguen a hacer** no sé qué cosa **porque resulta que me lo exige el servicio**.”

Muchos son los factores que influyen en los sentimientos del PE en las situaciones de muerte inesperada. Las entrevistadas E1 y E2 coinciden en aspectos como la edad de la persona que fallece y de la vulnerabilidad de la familia. Destaca la entrevistada E3 que lo que le hace sentir mal es no poder actuar cómo a ella le gustaría.

5.2 Información que tienen las familias

Una información es buena o mala en función de la persona que la recibe, se debe tener en cuenta una serie de factores socioculturales para saber el impacto que causará dicha información. (2) Debemos tener en cuenta también que la calidad de la información que se le da a la familia durante la atención repercute en su satisfacción de la atención que recibe. A veces, como los profesionales están ocupados en la reanimación del paciente y quién comunica es alguien con poca experiencia o, a quién la demanda y presión asistencial le dificulta su buena realización, puede hacer que esta información no sea adecuada pudiendo afectar negativamente en el bienestar psicoemocional. (16)

E1: “La información en general siempre ha sido pésima... Cómo hay mucha **discrepancia de información entre el equipo multidisciplinar**, esto evidentemente afecta mucho a la familia ... la comunicación... muchas veces es horrorosa. No se busca el **entorno adecuado**...” “Tiene que haber una **información progresiva. Incluso prolongar esta información**, ...aunque sea cada 2 o 3 minutos e ir dando malas noticias para que la familia sea consciente realmente de que el paciente está muy mal y se tiene que morir.” “... tienes que **saber comunicar las cosas** y creo que tienes que **naturalizar lo que no es natural**...”

E2: “... toda la información la da el personal médico... el resto de información la da el personal de enfermería.” “Es muy importante la información y además la **información actualizada**, cada poco.”

E3: “...al principio, claro, **ni el médico que está atendiendo al paciente**, ni las enfermeras que lo están atendiendo, **no informan a los familiares** porque ellos están allí...” “... siempre hay algún **médico** que, en teoría para mí es el que tiene que dar información.” “... les explican que ha venido mal, que ha sufrido tal cosa, que estamos haciendo todo lo que podemos.... **Preparan el terreno...**”

En cuanto a la información que se les da, contestan que ésta debe ser de calidad y progresiva, manteniendo a los familiares informados y con una información clara y adaptada.

Cuando hacemos referencia a la **subcategoría de muerte inminente**, una duda frecuente que tienen las familias es cuándo se va a producir el fallecimiento. Explicarles las diferentes ondas y datos numéricos del monitor, así como los cambios físicos que pueden acontecer en el paciente, puede ayudar a seguir el proceso de muerte. Sin embargo, para algunos familiares, tener el monitor encendido y que suenen las alarmas, puede ser un factor estresante, por lo que se pide apagarlo. (7)

E1: “... en situación de terminalidad **no hace falta poner las alarmas porque esto agota... informarles de que a lo mejor se pondrá el número en rojo, pero que no se preocupe y si no es necesario pues apagar el monitor... dependerá de si la familia quiere saber, preguntará, y si no quiere saber no te dirá nada más.**

E2: “Le **dices** al familiar que notará cómo su respiración va menguando, la temperatura del cuerpo... todo ese tipo de **cambios físicos, porque la gente se angustia.**” “A mí el **monitor** en la medida de lo posible me gusta **tenerlo apagado o silenciado, porque la gente se obsesiona... las alarmas son pesadas y la gente se agobia.**”

Dos de las entrevistadas coinciden con la bibliografía que los sonidos del monitor angustian a los familiares. Es importante, si el familiar lo solicita, informar de los motivos de las alarmas y sobre los cambios físicos para así tranquilizarlo.

En la **subcategoría relacionada con los rituales**, explicarles el proceso que tienen que seguir hasta el funeral es algo que los familiares aprecian de manera amplia. (7) Existen

dípticos y documentos con los que apoyar la información ofrecida a los familiares sobre servicios funerarios y recursos de apoyo psicológico en el duelo. (Anexos 1 y 2)

E1: “... *tienes que **tener en cuenta cómo decírsele** también, porque en situación trágica, le puedes cantar misa que no se entrarán de nada.*” “... *dale un **díptico escrito** que lo pueda leer después ...*”

E2: “... *toda la información la da **el personal médico**, y lo del funeral suele venir después cuando ya el paciente ha fallecido.*” “... ***Hay unos trípticos que tienen toda esa información a mano de las familias...***”.

E3: “Para el **funeral...** *está bastante claro cuando lo piden, los papeles que hay que darles, porque siempre traen el DNI, el **médico firma el certificado de defunción**, luego con esto se van...**esto está bastante atado**”.*

En situación de muerte inesperada las familias se sienten bloqueadas, ello provoca que pierdan parte de la información aportada. Se les ofrece un díptico con la información que más necesitan para cuando estén más tranquilos la tengan a mano y puedan resolver sus dudas.

5.3 Sentimientos de las familias

Cuando la muerte inesperada acontece en un SUH, el núcleo familiar sufre angustia y estrés debido a la complejidad del servicio. Las Unidades de Críticos son las unidades donde más sufren las familias tras la pérdida de un familiar. Ello les genera miedo, estrés, angustia, soledad, incertidumbre, llanto ... entre otras emociones. (15)

Carme Berbis en su entrevista del Diari de Tarragona (36) responde que hay un patrón de reacción en las familias al conocer la muerte de un ser querido, entrando en estado de shock sin condiciones para tomar decisiones propias. Recalcando que las primeras intervenciones del PE después de la muerte ayudarán de forma positiva o negativa para elaborar el duelo y la importancia del silencio en esos momentos.

E1: “...*la familia que acude y los ves **sufrir...***” “...*cuando se les comunica una situación de muerte, es como si el cerebro se les parara y no pueden tomar decisiones por sí mismos.*” “...***bloqueo emocional...***”

E2: “Es una **situación muy dura** para ellos.” “Ellos **no quieren escuchar**

*porque no aceptan lo que les están contando...” “...familia que está **sufriendo... vulnerables... en shock...**” “... sensación de que hemos hecho todo lo posible... y que ha muerto en paz... sin dolor, porque es el **miedo** de todos muchas veces, **el morir sufriendo.**”*

E3: “...la familia **no se lo cree y lo vive traumático...**” “Hacen un **colapso mental** y da igual lo que les digas, no han entendido nada.” “...**cuando hablas se quedan con la mitad de lo que les dices, pero cuando miran, no se quedan con la mitad de lo que ven.**” “Tienen una sensación de **vulnerabilidad terrible...**” “Lo que más **les preocupa es si ha sufrido, si no ha sufrido y todas estas cosas.**”

Las tres entrevistadas hablan sobre el sufrimiento de los familiares, que éstos se sienten vulnerables, realizan un colapso mental o shock, no quieren afrontar la realidad y sienten temor, y miedo a que su familiar haya sufrido.

5.4 Necesidades de las familias

Encontramos tres necesidades principales: comprender, despedirse y ser guiados. Tras recibir la noticia, el familiar entra en estado de shock lo que dificulta la atención en el resto de información debido al bloqueo de la capacidad de entender. El PS debe mostrarse accesible y dar información actualizada. Despedirse y acompañar a su ser querido en sus últimos momentos en privacidad y acompañados de otros miembros de la familia hace que se sientan más agradecidos y perciban las últimas horas como muy valiosas. Es importante que puedan realizar rituales para despedirse, nos podemos encontrar con diferentes culturas y religiones.

Según el artículo (7) “Algunas familias sugirieron que la información sobre dónde buscar apoyo debería ser facilitada en el hospital, ya que puede ser difícil encontrarla por ellos mismos”. (p8)

Bautista, Arias y Carreño en su artículo (15) explican que las necesidades que se consideran más importantes para los familiares en situaciones críticas son las de seguridad, información mediante estrategias y gestos de los PE que se compongan de empatía, confianza, uso de información adecuada, clara y sencilla, con tono de voz cálido y comprensivo, con volumen y ritmo combinado a las posturas corporales, expresión facial y mirada dulce que origine tranquilidad y esperanza, proximidad y apoyo emocional dando un trato cordial y amistoso, con calor humano, ofreciendo comodidad

y confianza, mostrando preocupación e interés, tranquilizando la ansiedad y manejando la crisis situacional. (p1299-1307)

E1: *“...lo que necesitan es **que alguien esté a su lado**, que alguien les **acompañe**... les tienes que realmente **ayudar a tomar decisiones sencillas**... Porque ellos no pueden pensar en nada...” “Sobre todo, **ayudarles a que se despidan del familiar, importantísimo... a elaborar un duelo saludable**.” “Tú les tienes que **ofrecer las cosas básicas**, muchas veces los **silencios son mucho más importantes que lo que les puedes decir**...”*

E2: *“Bueno, lo primero supongo que **información**. Que sea una información **clara, directa y sincera**, aunque duela.” “Necesitan **calor humano** ... “... necesitan sentirse **atendidos, protegidos, que si tienen dudas va a haber alguien para resolverles, o sea acompañamiento** ...” “Necesitan **tranquilidad, que no los molesten mucho y que se tomen el tiempo que sea necesario para despedirse**...”*

E3: *“Yo separaría **dos momentos**, cuando estamos **atendiendo al enfermo y después. Cuando están atendiendo... entiendo que la familia las necesidades que tiene son ver, tocar, mirar y estar viendo qué está pasando. Creo que es una necesidad que no se puede cubrir en aquel momento**.” “Lo que sí que se puede cubrir y se debe hacer bien es **después** ... hay que estar allí ... **si ellos tienen a alguien cómo más referente o, a alguien que saben que está ahí pues se sienten más apoyados**.”*

Muchas son las coincidencias encontradas en cuanto a las necesidades más importantes de los familiares, entre ellas recibir una información adecuada, sentirse apoyados y acompañados teniendo a alguien de referencia, tener las necesidades básicas cubiertas y poder despedirse de su familiar. La informante E3 separa las necesidades en dos momentos importantes, el momento antes del fallecimiento en el cual hay una necesidad que no puede ser cubierta, que es la de ver y tocar a su familiar mientras se resucita y el momento posterior al fallecimiento donde sí podremos cubrir las necesidades anteriormente nombradas.

5.5 Actuación de enfermería

Dentro de las diversas actuaciones que enfermería presta a los pacientes y familiares en situación de muerte inesperada, se encuentran la de actuar de forma inmediata ante

la situación crónica de urgencia priorizando necesidades, una vez el paciente fallece prioriza el acompañar para ayudar al familiar a hacer frente al proceso de muerte, actuando conforme a sus valores, criterios y sentimientos. (16)(37)

El PE influye enormemente en las experiencias de las familias mediante sus cuidados. La muerte inesperada es un acontecimiento devastador en las familias. Una mala experiencia con el PE puede empañar toda la experiencia de la familia lo que aumentará su sufrimiento. (7)

E1: “... *no miras en que se tiene que morir si no **tu mecánicamente haces todas las cosas para salvar la vida.***” “... **no podemos dejar a las familias fuera de nuestro cuidado** porque es absurdo, son personas y estas familias sufren y están en aquel momento en nuestro entorno” “... las **pocas cosas que hagas**, estas *pequeñitas cosas*, tienes que **hacerlas bien** porque **ayudarás** no solo en el momento si no también en el futuro.” “... implica, yo creo, un **trabajo multidisciplinar...**”

E2: “Intentas sobre todo que el **paciente no sufra**, se va a morir, pero que **muera en paz**, que esté **confortable** en la medida de lo posible, que esté caliente, que esté limpio.” “... intento estar allí, una sonrisa, una **cogida de mano**, les ofreces agua, les ofreces una tila, les ofreces... cualquier cosa.” “... intentas que sus últimos momentos sean lo más confortables, porque además **si el paciente está confortable, la familia está más tranquila...**” “Digo “el paciente tiene que estar colocado, tiene que estar arreglado” porque si no el impacto es mayor... “

E3: “... **enfermería**, la que está atendiendo al paro **no se ocupa de la familia en aquel momento.**” “... quiero que el **box** esté **arreglado**, que esté **limpio...** “... creo que ... **debemos de estar allí...**” “Se ha muerto, pero no está solo, está allí enfermería todavía a su lado...” “enfermería en teoría... **atiendes a los pacientes en todos sus campos, sobre el cuerpo y el espíritu.**”

La bibliografía y las informantes coinciden en que la actuación del PE se centra en la atención al paciente en su situación de muerte inesperada y el acompañamiento posterior a la familia. Las entrevistadas recalcan la importancia de mantener una correcta imagen de la persona fallecida y del lugar donde acontece la muerte inesperada para un menor impacto en los familiares.

Acerca de la **subcategoría de los factores que influyen en la actuación de enfermería**, la falta de formación y la preocupación por la falta de conocimientos y estrategias de comunicación genera una inseguridad que se convierte en una de las barreras más importantes a la hora de actuar. Influyen también las capacidades para gestionar o afrontar la muerte, el gran volumen de pacientes genera una importante carga de trabajo haciendo que disminuya la calidad de la actuación de enfermería y las características arquitectónicas del servicio que están diseñadas para salvar y no para ofrecer cuidados al final de la vida. El PE percibe el SUH como un servicio estresante, con mucho ruido, bullicioso, caótico y con poco tiempo para brindar cuidados de calidad. (3)

E1: *“En un servicio de urgencias, hay que **priorizar los cuidados al paciente, a la familia a todo nivel se les deja muy aparte...**” “... puedo actuar conforme quiero actuar, pero **la misma institución, la misma organización del servicio impide que yo haga las cosas como yo quisiera.**” “... Importante, que se **conciencien** de la importancia de que tienen que **cuidar a las familias**, esto es vital.”*

E2: *“el personal de enfermería **actúa como puede...** depende mucho de cómo sea cada uno. Hay gente que es más seca, hay gente que es más cariñosa, más afectiva... **la situación también puede que sea más fácil o más difícil.**”*

E3: *“...supongo que también **influye cómo eres tú como persona, la experiencia que tienes...**” “A veces, por culpa de no llegar la **calidad asistencial que se ha dado muchas veces ha sido horrible.**” “... **cuando hay presión es difícil** porque actúas muchas veces como no quisieras.” “...**si hubiera más personal...**” “... cuando hay tanta faena se pierde calidad asistencial...”*

Las entrevistadas nombran diferentes factores que influyen en la práctica enfermera, tales como la carga asistencial del servicio, la propia institución y el cómo seas como persona. En la bibliografía además encontramos que la inseguridad debida a la falta de formación y de estrategias es una de las barreras más importantes.

5.6 Formación/ experiencia

La mayor parte de la formación académica de los PE está orientada al proceso de preservación de la vida, la exclusión de la temática de la muerte durante su proceso de formación hace que salgan sin preparación para enfrentarse a la situación. (5) Durante

la experiencia profesional el PS obtiene experiencias, habilidades y vivencias al mantener una relación terapéutica con pacientes en situaciones de gravedad, agonía o fallecimiento. (25) Pero estas habilidades no son suficientes, falta información, formación adecuada de los profesionales y falta de recursos tales como tiempo, espacios adecuados para una comunicación correcta, capacitación de profesionales... lo cual constituye el principal problema. (14)

E1: “...yo creo que **hace falta formación**. Tú puedes adquirir experiencia, pero necesitas unos **conceptos básicos para saber actuar... La experiencia, creo que, te ayuda a gestionar más tus sentimientos, pero tú necesitas unas herramientas que te ayuden a cuidar a estas personas psicológicamente o psicoemocionalmente.**”
“Cursos...para adquirir aquellas herramientas necesarias **que te ayuden a acompañar bien**”.

E2: “Podría ser suficiente solo con la experiencia, pero yo supongo que **la formación te puede llegar a dar unas pautas** y saber en qué puntos se puede trabajar más o menos.” “...El día a día y la experiencia del trabajo **es lo que marca todo...**”
“Pienso que **no estamos preparados, que se necesita mucha formación.**”

E3: “**La experiencia ayuda ... porque como has vivido muchas veces situaciones parecidas, yo creo que te es un poco más fácil ... Y sí, hace falta formación. Yo casi la pondría como obligatoria... Hacer una formación.**” “Deberían hacer ciertos **cursos obligatorios...**”

Podemos confirmar que es necesario tanto la experiencia profesional como la formación en estas situaciones para poder abordar al paciente y su familia de la mejor manera posible. Las tres informantes afirman que es imprescindible invertir en formación para tener las mejores herramientas a la hora de acompañar bien.

5.7 Comunicación/ interacción familia-profesional

Existen varias maneras de comunicación entre las personas, en el caso del PE y el paciente o la familia, la más utilizada es la verbal, sin embargo, no deja de ser menos importante la que utilizamos con los gestos y las expresiones (comunicación no verbal). La comunicación debe nutrirse de aspectos como credibilidad, vocabulario, gestos etc. El soporte comunicativo por parte del PE ayuda a las familias a amortiguar el entorno hospitalario. El déficit de comunicación puede conllevar a conflictos interpersonales

afectando de manera negativa la calidad percibida en la asistencia por parte de la familia del paciente. Los familiares de los pacientes a menudo necesitan preservar su salud física y mental, por ello deben crear una relación con alguien a quien puedan expresar preocupaciones, dolencias etc. (15)

Los familiares aprecian una información honesta y clara sin el uso de tecnicismos y eufemismos. Una actitud evasiva por parte del PS incrementa el enfado y la angustia de los familiares lo que incrementa la duda de si su ser querido ha recibido los cuidados adecuados. En algunas ocasiones los familiares reciben información contradictoria por parte de los diferentes miembros del equipo, lo que provoca un aumento de la ansiedad y una disminución de la confianza por parte de la familia. (7)

La comunicación es un recurso fundamental en la labor diaria del PE, sobre todo en los momentos en los que la vida y la muerte mantienen un hilo. (2)

E1: *“La información en general siempre ha sido muy pésima. Primero, **hay mucha diferencia de información entre los mismos profesionales del equipo multidisciplinar** que atiende a esta persona ...esto evidentemente afecta mucho a la familia, porque tú le puedes decir una cosa, yo le digo otra... “... yo pienso en el servicio de urgencias y la **práctica buena** es la que tenemos que hacer...” **“Hay unas pautas, en comunicación de malas noticias ... no se puede informar detrás de una mesa...”**”*

E2: *“Normalmente suele ser **activa**, tanto la enfermera como la auxiliar ... explican si hay cambios en el paciente, o si tiene alguna duda la familia la responden.” “Es cuando más vulnerables estamos, **no puede desaparecer el contacto, la interacción, la comunicación ¡nunca!** Tienes que buscar la manera.”*

E3: *“... creo que **se minimiza** un poco los **sentimientos de la familia...**” “Hay cosas que tienes que obviar porque ellos no lo entienden y esto no beneficia en nada”. “Tampoco puedes ir y decirle a cada momento... cosas porque no estás diciendo nada. Un poco al principio, un poco por el medio y ya el final trágico.”*

Es de vital importancia saber comunicar bien, las informantes coinciden en la necesidad de dar una información clara, ir poco a poco y no perder la humanidad. No menos importante es conocer la **subcategoría acerca de los factores que influyen en la interacción/ comunicación**. La comunicación verbal entre el PE y los familiares puede verse desfavorecida debido a las cargas laborales como funciones de tipo administrativo

y la carga asistencial, con la consecuencia de una disminución del tiempo de atención que permitiría una interacción más cercana y cálida. Otro factor que altera la comunicación es la actitud y percepción del PS sobre la familia, sus habilidades, estrategias, confianza y la empatía que permiten una comunicación e interacción más humanizada. (15)

E1: “... depende de la **presión asistencial** que haya en aquel momento en urgencias.” “En un servicio de urgencias **actúas de manera rápida** y entonces la tienes muy poco en cuenta... la interacción con la familia ...”

E2: “... la **presión** ... No **puede afectar** a esa gente que tú tengas mucho trabajo... “...”...la familia tiene que ver que todavía te preocupa esa persona... lo que no podemos perder es la **humanidad**, pero bajo ningún concepto por muy saturado que esté urgencias... **no pueden estar desatendidos**...”

E3: “Si hay **presión sí afecta** porque además te ves obligada a hacer cosas que no harías normalmente y esto te hace sentir fatal.”

La presión asistencial es un factor que afecta a la hora de comunicarse e interactuar con las familias, en un servicio de urgencias donde la mayor parte del tiempo permanece saturado, provoca que no se tengan en cuenta como les gustaría.

5.8 Cómo mejorar los cuidados

Bernués en su artículo (7) recomienda para la práctica cumplir los siguientes objetivos para mejorar la calidad de las vivencias de los familiares por la pérdida inesperada de un ser querido y son: (p9)

- Mantener informada a la familia, para disminuir el estrés y la incertidumbre.
- Solventar malentendidos y resolver dudas.
- Mantener la confianza de la familia en el PS.
- Facilitar la expresión de emociones y necesidades para mejorar la experiencia.
- Permitir que la familia permanezca junto a su familiar.
- Disminuir la frustración causada por la separación.
- Respetar la privacidad.
- Promover la comodidad de la familia haciendo que se sientan cuidados y respetados.

- Aumentar la sensación de seguridad.
- Hacer que los recuerdos sean positivos y agradables.

E1: “... se podría mejorar **atendiéndolos bien** ...comunicarles la noticia en un **entorno adecuado** en **intimidad** proporcionándoles lo necesario, hacer un **buen acompañamiento**, dar una **información adecuada** en cada momento” “... ayudándole a que se **despida de su familiar**“... “Callar, silencio...” “...es decir “yo **estoy** aquí para lo que tú **necesites**, no te voy a dejar, te voy a **acompañar** todo el rato.”

E2: “... **la sala de información** está bien porque la gente que está ahí despidiéndose **pueden estar** entrando, saliendo ...” “...una sala con butacas y un calentador de **agua**, unas cajas con **té**... un **sitio donde ellos puedan estar**... necesitan **sentirse** que han **estado acompañados** ... y que **ha muerto** en paz, que ha muerto **sin dolor**...”

E3: “Necesitan **un sitio para estar**... Al menos estar **juntos** hasta que se comuniquen las cosas.” “... que cuando entren **esté alguien allí** cerca ... **ofrecerte en lo que necesiten** y ya está...” “... **agua** y vasos y **pañuelos** ... porque es que **tienen mucha angustia** ... que ellos **no se vayan pensando** que se ha **muerto sufriendo**...”

Si comparamos con la literatura, podemos observar que las informantes coinciden en cuáles son las necesidades para mejorar los cuidados, entre ellas destacan un lugar donde estar juntos, acompañamiento, hacerles saber que el PE está ahí para lo que necesiten, ayudarles a resolver dudas y sobre todo dejarles claro que su familiar ha fallecido sin sufrir.

5.9 Muerte en niños o jóvenes

La muerte en niños y jóvenes es algo inesperado ya que ellos representan el futuro y ello provoca un impacto en ellos mismos, en los familiares y en el entorno. (1) El fallecimiento de un paciente pediátrico puede suponer un problema. El PE presenta vulnerabilidad ante estas situaciones, variando según su experiencia profesional. Cuantos más años trabajados, enfermería logra comprender con más facilidad este proceso como algo natural. En cambio, el personal menos experimentado se muestra más afectado ante esta situación. (25)

E1: “... la evidencia que más he vivido son **muertes trágicas** de gente **joven**.”

E2: “... nos **afecta más cuando es un niño** ... y la verdad es que se tiñe un poco toda urgencias, porque **afecta a nivel colectivo**... Cuando es una **persona joven**... a mí **me afecta mucho más**”

E3: “La **sensación** de tener un **bebé muerto** encima es **inolvidable**, es inolvidable porque tienes una **sensación espantosa**.”

El fallecimiento de un paciente en edad pediátrica o juvenil impacta más que cuando ocurre en una persona adulta o mayor. Se sienten más vulnerables ante esta situación convirtiéndose en una experiencia difícil de olvidar.

5.10 Extrapolar a la vida personal

El cuidado del paciente en el proceso de morir no solo afecta al PE en su vida profesional, sino que también afecta en su vida personal. Sienten que trasciende a su vida personal debido a la empatía que ejercen a la hora de ofrecer los cuidados tanto al paciente como a sus familiares. (4)

Los PE a menudo son incapaces de separar los sentimientos del trabajo de su vida particular. Los sentimientos que se generan derivados de su trabajo pueden influir en las relaciones con la familia de manera significativa. Pueden manifestar baja autoestima, desamparo e impotencia al no conseguir dominar a la muerte. (5)

E1: “Puede ser que **llegues a casa** luego y **pienses en cosas** que has podido vivir.” “...**empatizas con tu propia vida personal** ... **puedes sufrir**.” “...hay **situaciones que vivimos que yo las arrastro durante días** ... **me afectan mucho**...”

E2: “Luego **cada uno lo vive de diferente manera**, si eres **madre**, si eres **tío**, si eres **abuelo**.”

E3: “... creo que tienes que **construirte un muro**, porque luego **tú te vas a tu casa** y **no te puedes llevar cosas** porque tú **tienes familia y tienes vida**...” “**Te puede pasar a ti** ... **siempre te lo aplicas un poco a ti** y después encima si le pasa a un familiar tuyo...”

Es evidente, tanto en la literatura como en la información que se aprecia en las entrevistas, que los PS no separan las experiencias vividas en la vida profesional de la vida personal. Cuando acontece una muerte trágica no pueden dejar de pensar en que

les puede pasar a ellos, a pesar de que se construyan un muro, tal como explica la informante E3.

5.11 Muerte por COVID

Comunicar malas noticias en época de pandemia generada por el virus SARS-CoV-2 ha situado a los PS ante un escenario difícil frente al cual han tenido que adaptarse y reinventarse, tanto en el ámbito laboral como en el personal. Se trata de un suceso inesperado que afecta al apoyo social del ser humano. Si algo ha conmocionado al mundo ha sido la elevada cantidad de pacientes que han muerto solos sin poder despedirse de sus familiares. Ello ha obligado a los PS a hacerse cargo de las necesidades emocionales de los pacientes en sus últimos momentos. (14)

E1: ***“Estamos en pandemia con lo cual ... estamos en una situación en la que no facilita tanto el contacto familias – profesionales de enfermería” “... Ahora también hemos visto enfermos muy solos y quieras o no también vemos la importancia que tiene el que pueda estar la familia. Es muy triste estar solo y muy triste morir solo.”***

E2: ***“...ahora con el tiempo de COVID está todo más limitado y se ha intentado que la gente no se muriera sola... y es que nadie tiene derecho a morir solo.”***

E3: ***“...en esta época de COVID esto se ha vivido horrible, horrible. La gente ha muerto sola o ha estado sola, se ha procurado que no fuera así...”***

Pasar por una situación de muerte inesperada de un familiar supone un momento muy difícil de superar, si a esto le añadimos saber que el paciente ha muerto solo sin la compañía de sus seres queridos, se puede concluir que la situación se vuelve aún más difícil. Si bien es cierto, se ha intentado que no fuera así, tal como explican las informantes, concluyendo que nadie debe morir solo.

6. CONCLUSIONES

A raíz de realizar las entrevistas encontramos que ofrecer a las familias gestos sencillos como recordarles que coman, ofrecerles bebida, recomendaciones de descanso o simplemente permanecer a su lado, son gestos que agradecen a los profesionales sanitarios. Las familias sienten miedo, estrés, angustia, soledad, incertidumbre, llanto, entre otras emociones, entrando en un estado de shock que les dificulta la toma de decisiones.

La información que se da al paciente o familia debe ser progresiva, actualizada y si es necesario prolongada, en un lugar adecuado con terminología sencilla y adaptada a la persona y situación del momento. Sería conveniente informar sobre los cambios físicos y las alarmas de los monitores en el caso de que la familia lo solicite. De lo contrario, es mejor desconectar el monitor ya que según la literatura y los resultados obtenidos en las entrevistas no es necesario que estén activadas porque agotan.

Cuando hablamos de los sentimientos del PE, las entrevistadas expresan que son muertes que impactan, que es una situación fuerte, dura y traumática. Descubrimos que tienen sentimientos contradictorios, por una parte, sienten rabia, miedo, impotencia, dolor... y por otra parte orgullo por hacer más de lo que se puede. Existen varios factores que influyen en los sentimientos de enfermería, dependen del tipo de muerte, de la edad del paciente, del vínculo que se haya tenido con el propio paciente o con la familia, o con la propia situación. También influye la cultura, vivencias, sentimientos, emociones y percepción, tanto del PE cómo de la familia, e incluso las normas de la propia institución o servicio.

La aplicación de los modelos teóricos de K. Swanson y J. Watson están relacionados, por lo que en este trabajo nos permite ofrecer una mejora de los cuidados de enfermería, dándoles un sentido holístico y no centrándose solo en el paciente sino también en la familia. Ambas teorías ayudan a que el paciente y sus familiares valoren los cuidados que la enfermera ejerce de manera efectiva y afectiva. También nos ayuda a dar respuesta a la realidad de las vivencias de enfermería en esta situación.

Sería necesario invertir en formación especializada continuada para preparar y perfeccionar los cuidados en situaciones de pérdida, tanto al paciente como a sus familiares.

No debemos dejar de nombrar la muerte inesperada en niños o jóvenes, muertes que, sin duda, afectan e impactan más. El PS presenta una mayor vulnerabilidad en estos casos, sobre todo cuando el profesional tiene menos experiencia.

Las muertes inesperadas han aumentado en época de pandemia, la situación de la COVID-19 ha provocado que mucha gente muriera sola, teniendo los PS que hacerse cargo de las necesidades emocionales de los pacientes.

Si extrapolamos estas situaciones a la vida personal, descubrimos que son incapaces de separar los sentimientos profesionales de su vida particular. Se ponen en la situación de ser madre, abuela, tía, hermana y de que en cualquier momento les puede suceder a ellos.

En la actualidad, la esencia de la enfermería ha sido dejada a un segundo plano: los cambios administrativos, las funciones de gestión por parte del profesional y el uso de las nuevas tecnologías en salud, lejos de acercar al PS a la experiencia del otro, lo aleja, haciendo que el cuidado humano desaparezca.

7. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Debido a que la formación es una de las principales barreras detectadas, sería interesante realizar un estudio para valorar el impacto de un programa formativo y/o la implementación de un protocolo centrado en los cuidados para la atención de los familiares de pacientes con muerte inesperada en servicios de críticos.

8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA		2021				2022					
Fase	Actividad	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Preparación del proyecto de "recerca"	Inicio de búsqueda bibliográfica	■									
	Entrevista con una experta	■									
	Elección tutora		■								
	Justificación		■								
	Diseño del proyecto			■	■						
Búsqueda de bibliografía	Bases de datos				■						
	Búsqueda de entrevistas validadas				■						
Trabajo de campo	Selección de informantes					■	■				
	Entrevistas: 3					■	■				
	Transcripción y análisis						■				
	Interpretación de los resultados						■				
Finalización del trabajo	Síntesis del trabajo							■			
	Entrega del trabajo								■		
	Exposición del trabajo										■

Tabla 4: Cronograma TFG. Fuente: Elaboración propia.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cartiel Arasa J, Navarro Morató MT. La experiencia vivida de las enfermeras ante la muerte de un niño. [Internet]. Sant Cugat del Vallès: Escoles universitàries Gimbernat; 2017. p. 3-32. Disponible en: [http://eugdSPACE.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/508/Influencia de las redes sociales en los trastornos de la conducta alimentaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://eugdSPACE.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/508/Influencia%20de%20las%20redes%20sociales%20en%20los%20trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Vilar Martínez R, Cano Serrano S, Garces Cepero R. Conocimientos y afrontamiento del duelo de las enfermeras de urgencias en un hospital de tercer nivel de Barcelona. Rev ROL Enferm 2020. octubre de 2020;705-11.
3. Vázquez García D, De-la-Rica Escuín M, Germán Bes C, Caballero Navarro AL. Healthcare professionals' perceptions and confrontation at patients' end-of-life in emergency departments: A qualitative systematic review. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019;93:1-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31363078/>
4. Uerte M, Miguel A, Hernández G. Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. ENE, Rev Enfermería [Internet]. 2019;13(2):1-13. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n2/1988-348X-ene-13-02-e1321.pdf>
5. Labres de Freitas TL, Banazeski AC, Eisele A, de Souza EN, de OliveiraVargas Bitencourt JV, Sivla de Souza S. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enfermería Glob [Internet]. 2016 [citado 4 de enero de 2022];15(1):322-34. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/revisión2.pdf>
6. Vedia V. Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. Rev Digit Med Psicosomática y Psicoter [Internet]. 2016;6(2):12-34. Disponible en: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf
7. Bernués Caudillo L. Vivencias de familiares por la pérdida inesperada de un ser querido en unidades de críticos. Metasíntesis Cualitativa. Ética los Cuid Humaniz en Salud [Internet]. 2018;11:1-11. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e11733>

8. Conjunt Mínim Bàsic de Dades CMBD. Taules mortalitat ocorreguda en els dispositius d'urgències al 2019, 2020 i 2021. Fitxer Excel. Barcelona; 2022.
9. Freitas Ramírez A, Puigdefàbregas Serra A, Sales i Favà J. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2019. Dep Salut [Internet]. 2019;34:1-15. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/mortalitat/documents/mortalitat-2019.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2020. Notas de prensa [Internet]. 2021;2021:19. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf
11. Hui D. Unexpected death in palliative care: What to expect when you are not expecting. Curr Opin Support Palliat Care [Internet]. 2015;9(4):369-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26509862/>
12. Sánchez Fernández D. MUERTE DIGNA EN URGENCIAS [Internet]. Almería: Universidad de Almería. Facultad de Ciencias de la Salud; [citado 22 de enero de 2022]. p. 32. Disponible en: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6729/10075_DARÍO_SÁNCHEZ_FERNÁNDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Micaela E, Chalco F. Guía para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencia. Comun corta [Internet]. 2013;74(3):217-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v74n3/a10v74n3.pdf>
14. Álvarez A. Comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario en tiempos de covid-19. La comunicación telefónica. Rev Comun y Salud [Internet]. 2020;10(2):211-48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7697396>
15. Bautista L, Arias M, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuid [Internet]. 2016;7(2):1297-309. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732016000200007&script=sci_abstract&tlng=en

16. Berbis C. Cuidar durant el procés de morir a urgències. Impacte dels discursos de la família i dels professionals en la salut. [Internet]. URV; 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=114244>
17. Léon-Amenero D, Huracaya-Victoria J. El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. An Fac Med [Internet]. 2019;80(1):86-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7762634>
18. Rodríguez JL, Rodríguez S, Jara FJ. La Enfermería y el protocolo de Buckman ante problemas de comunicación [Internet]. Revista electrónica de portales médicos. 2018 [citado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-enfermeria-protocolo-buckman-ante-problemas-comunicacion/>
19. García Moyano L. LA ÉTICA DEL CUIDADO Y SU APLICACIÓN EN LA PROFESIÓN ENFERMERA [Internet]. Vol. 21, Acta Bioethica. Huesca: Grupo de Investigación en Bioética, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2015 [citado 31 de diciembre de 2021]. p. 311-7. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v21n2/art17.pdf>
20. Mansilla Reaño RM. Aplicación de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson en la satisfacción de necesidades en familiares de pacientes críticos. [Internet]. Facultad de enfermería. Universidad de San Agustín de Arequipa.; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10511/SEmarerm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Olive Ferrer MC, Isla Pera MP. El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. Rev Enferm [Internet]. 2015;38(2):43-8. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>
22. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Rev Actual Enfermería [Internet]. [citado 7 de enero de 2022];10(4). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
23. Cuarite Araujo LV, Reynoso Porras MI, Távara Rojas RE. Actitud del enfermero frente a la muerte de un paciente en el servicio de emergencia de un hospital de

- Lima abril 2016 - marzo 2017 [Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [citado 22 de enero de 2022]. p. 33. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/670>
24. García Solís B, Araujo Nava E, García Ferrer V, García Hernández M de L. Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. Articulo Original [Internet]. 2014;1:47-59. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5_SENTIMIENTOS.pdfhttp://www.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5_SENTIMIENTOS.pdf
 25. Allende Villaseñor L. Emociones que manifiesta la enfermera ante el proceso de muerte del paciente pediátrico. Univ Abierta Dr en Educ [Internet]. 2019;1-10. Disponible en: <https://revista.universidadabierta.edu.mx/2019/08/19/emociones-que-manifiesta-la-enfermera-ante-el-proceso-de-muerte-del-paciente-pediatrico/>
 26. Diego Falagán N. El duelo: Diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado. [Internet]. Universidad de Cantabria. Cantabria: Escuela Universitaria de Enfermería «Casa de salud Valdecilla»; 2014. p. 2-27. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8298/DIEGO_FALAGAN%20CNURIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 27. Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Elisabeth Kübler-Ross. David Kessler. El legado final de la autora de La muerte: un amanecer. [Internet]. Primera ed. Ediciones Luciérnaga, editor. Barcelona: Planeta Libros; 2016 [citado 22 de enero de 2022]. 23-42 p. Disponible en: www.planetadelibros.com
 28. Gay C. La muerte y los familiares: escuchar y apoyar en los procesos de duelo [Internet]. Vol. 2021, Zaguán. Unizar. Es. Universidad de Zaragoza; Disponible en: <http://zaguán.unizar.es/TAZ/EUCS/2014/14180/TAZ-TFG-2014-408.pdf>
 29. Pastor P. El duelo por una muerte inesperada de un ser querido. Fund Mario Losantos del Campo [Internet]. 2014;1-14. Disponible en: <https://www.fundacionmlc.org/duelo-muerte-inesperada/>
 30. Esteve Ríos A. Sheehy. Enfermería de urgencias: Principios y Práctica. [Internet]. 7a ed. Emergency Nurses Association, editor. Barcelona: Elsevier; 2020 [citado 15 de enero de 2022]. 686 p. Disponible en:

<https://www.elsevier.com/books/sheehy-enfermeria-de-urgencias/unknown/978-84-9113-778-8>

31. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 5a ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012. 1-338 p. (Sociología).
32. Trejo Martínez F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Rev Enfermería Neurológica [Internet]. 2012;11(2):98-101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>
33. Cejas C. A 50 años de la Declaración de Helsinki. At 50 years of the Declaration of Helsinki. Rev Argentina Radiol [Internet]. 2014;78(1):1-2. Disponible en: www.elsevier.es/rar
34. Jefatura del Estado. BOE.es - BOE-A-1999-23750 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [Internet]. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, Legislación Consolidada. 2000 [citado 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>
35. Comunidad Autónoma de Galicia. BOE.es - BOE-A-2001-12770 Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. [Internet]. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, Legislación Consolidada. 2001 [citado 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-12770>
36. Moreno J. «Mémora nos ayuda a realizar un buen acompañamiento». Diari de Tarragona [Internet]. 17 de diciembre de 2017 [citado 23 de enero de 2022]; Disponible en: <https://www.diaridetarragona.com/economia/Memora-nos-ayuda-a-realizar-un-buen-acompanamiento-20171217-0029.html>
37. García-Avenidaño DJ, Ochoa-Estrada MC, Briceño-Rodríguez II. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. Duazary [Internet]. 15 de septiembre de 2018;15(3):281. Disponible en: <https://web-p-ebscobhost-com.sabidi.urv.cat/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b3db053e-7605-4270-bfac-d82b1f5e3891%40redis>

10. ANEXOS

Anexo 1: Documento “Recursos servicio de apoyo psicológico al duelo”

RECURSOS SERVEI DE RECOLZAMENT PSICOLÒGIC AL DOL

(Informació que es dona quan es fa trucada de seguiment al dol)

RECURS 1:

Usuari de l'Empresa Mixta de Serveis Fúnebres Municipals de Tarragona (EMSERFUMT, S.A.) en els últims sis mesos. Es presta amb col·laboració amb el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya.

- **Telèfon: 977 550020.**
- Li demanaran dades personals i li indicaran que passi pel tanatori a recollir la documentació per accedir al servei.
- Se li facilitarà la cita, el nom i direcció del consultori en el que serà atès.
- El servei ofereix cinc sessions amb professionals qualificats.
- El cost de cada sessió és de 10 euros.
- També cada mes es realitzen sessions grupals preventives. S'ha de fer una aportació de 5 euros.

RECURS 2:

Grup d'acompanyament al dol EAPS Fundació Vilaniu:

- **Telèfon Hospital Sociosanitari Francolí: 977230888 (centraleta).** Dir que avisin al psicòleg de l'EAPS **Joe Vinyes**, qui valora realitzar entrevista individual abans d'admetre'l al grup.
- Es realitzen sessions cada 15 dies on es parla i debat sobre temes relacionats amb el procés de dol, i també dinàmiques relacionades amb el món de les emocions, que ajudaran a la gestió del dol.
- Aquest servei és gratuït.

RECURS 3:

MÈMORA: telèfon 900102845. Quan truques et donen un codi que has d'utilitzar: MEM-59-001-F

- Suport telefònic 24h al dia, 365 dies. Posen a disposició grup de psicòlegs especialitzats en dol. Es tracta d'un servei gratuït, confidencial i anònim, sense cobertura horària ni en el nombre de trucades, durant un any.
- Sessions presencials d'atenció telefònica: Ofereixen la possibilitat de contractar un servei exclusiu coordinat i supervisat per professionals, amb el compromís d'identificar si una família necessita ajuda i oferir-li un servei d'atenció al dol. Hi ha 3 sessions gratuïtes.
- Estan treballant grups de dol perinatal, suïcidi (actius actualment). Per Nadal tindran també creat un grup de dol normal (de moment ara no existeix)

RECURS 4:

CAP MURALLES INTEGRAL

- Em sembla que les sessions presencials NO son gratuïtes. S'està creant ara i encara no tinc tota la informació.

Anexo 2: Díptico "Información sobre los servicios funerarios (tanatorios)

*Los profesionales del Hospital Joan XXIII
les expresan su pésame mas sincero.*

HJ23

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS FUNERARIOS (TANATORIOS)

HJ23
Hospital Universitari Joan XXIII
ICS Camp de Tarragona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

Para poder gestionar los trámites administrativos del servicio funerario, es necesario la siguiente documentación:

- DNI o documento acreditativo (pasaporte o tarjeta de residencia) de la persona difunta.
- DNI de la persona que contrate el servicio funerario
- Certificado médico de defunción oficial (le será entregado, en caso de muerte certificable).
- Título de la sepultura, si se tiene una.
- Póliza de seguros y/o último recibo, en caso de tenerlo.

Tarragona, junio 2017

Servicios funerarios próximos al Hospital Joan XXIII Comarca del Tarragonés



Carretera de Valencia, 2
43006 Tarragona.
Teléfono: 977 55 00 20
www.tanatoritarragona.cat/es
info@tanatoritarragona.cat



Teléfono: 977 30 10 20
www.memora.cat
tarragona@memora.es

Mémora Tarragona: C/ Joan Ruiz 1 Porta. 43005 Tarragona

Mémora Salou: Camí dels Castellots s/n. 43840 Salou.

Mémora Vila-seca: Avda de la Vila del Comú, 16. 43480 Vila-seca.



Carrer del Sol Ponent, 9
43830 Torredembarra
Teléfono: 900 50 67 12
www.rioshevia.com

ATENCIÓN PERMANENTE LAS 24 HORAS Y TODOS LOS DIAS DEL AÑO

Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ mayor de edad y con DNI _____, actuando con libre consentimiento, con nombre e interés propio.

DECLARO QUE:

He sido informado/a de los objetivos del trabajo, del cual se me ha entregado un documento anexo a este consentimiento. He comprendido el significado de dicho trabajo, así como también he aclarado mis dudas al respecto.

Mi colaboración es totalmente libre y voluntaria. Tengo derecho a retirarme en cualquier momento, revocando así mi consentimiento sin ningún tipo de penalización para mí. También renuncio a cualquier beneficio económico, académico o de cualquier otra índole que pueda derivarse del trabajo.

He sido informado/a del acceso y tratamiento de datos de carácter personal que se realizará de acuerdo a las finalidades previstas, y en estricto cumplimiento de los principios generales estipulados en la Ley Orgánica 15/1999 , del 13 de diciembre , de Protección de Datos de Carácter Personal, así como sus normas de desarrollo.

Por todo esto, doy mi consentimiento a participar en el trabajo y acepto acceder a una entrevista, así como permitir las grabaciones necesarias para la realización del mismo.

Tarragona, día _____ de _____ de 2022

(Firma del participante)

(Firma del IP)

Estimado/a Sr/ Sra.:

Somos dos estudiantes de 4º del Grado de enfermería de la “Universidad Rovira i Virgili” y nos ponemos en contacto con usted para solicitar su colaboración en el Trabajo de Fin de Grado que estamos realizando “Muerte repentina: abordaje de enfermería a las familias ante una situación de muerte inesperada de un ser querido. Estudio cualitativo”

El principal objetivo de este trabajo es conocer cómo cuidan y acompañan los profesionales sanitarios de enfermería a los familiares de pacientes con muerte inesperada.

Va usted a participar en una entrevista donde su colaboración nos permitirá conocer las opiniones, puntos de vista y abordaje de los profesionales sanitarios de enfermería implicados en el acompañamiento y asistencia a los familiares de pacientes con muerte inesperada en un servicio de críticos.

Las preguntas de dicha entrevista le serán comunicadas por escrito con previa antelación para su aceptación, modificación o rechazo.

Usted tiene derecho a rechazar participar en la entrevista, a retirarse en cualquier momento, de una parte, o de la totalidad del mismo si lo considera oportuno.

Los datos obtenidos, serán usados solamente para objetivos académicos.

Usted tiene derecho a conocer/consultar los resultados del trabajo una vez finalizado.

Anexo 4: Preguntas entrevista

ENTREVISTA

1. Cuénteme cómo es o ha sido su experiencia profesional durante la situación de muerte inesperada, tanto en relación al paciente como a la familia.
2. ¿Cuáles han sido sus sentimientos ante esta situación?
3. ¿Qué información tienen las familias en momentos de muerte inesperada?
4. Explíqueme ¿Qué necesidades son las que cree que tienen los familiares que han sufrido una muerte inesperada de un ser querido en un servicio de urgencias?
5. ¿Cómo actúa enfermería en estas situaciones? y ¿Cree que el personal sanitario o de enfermería está preparado para atender estas situaciones?
6. ¿Cree que hace falta formación? ¿O es suficiente con la experiencia?
7. ¿Cómo es la interacción/comunicación entre personal de enfermería y familiares?
8. ¿Cómo se podría mejorar los cuidados a los familiares de pacientes fallecidos de forma inesperada y/o repentina?

Anexo 5: Entrevista 1

Buenas tardes, primero gracias por haber aceptado esta entrevista para nuestro Trabajo de Final de Grado. Vamos a empezar con la primera pregunta.

- 1. Cuénteme cómo es o ha sido su experiencia profesional durante la situación de muerte inesperada, tanto en relación al paciente como a la familia.**

De acuerdo. Yo como enfermera de urgencias, experiencias de muertes inesperadas, aunque los datos te indican que anualmente puede haber unas 100 muertes entre esperadas e inesperadas que llegan a urgencias, las pocas muertes inesperadas que ha habido evidentemente como profesional han impactado. ¿Impactan por qué al principio? Porque nunca estás preparada para una muerte inesperada.

Hay muchos tipos de muertes inesperadas. Pero puede haber una muerte inesperada de un paciente, de una abuelita de 91 años que viene con su marido también abuelo, que vienen a urgencias que ha caído y se muere, y esto también es una muerte inesperada. Pero claro, hay que diferenciar mucho entre muertes inesperadas a lo que yo diría trágicas a las no trágicas. Trágicas para el profesional, en este caso para mí. Pienso que una muerte para mí trágica es aquella muerte inesperada sobre todo en gente joven o de niños. Aunque también puede ser trágica esta muerte inesperada de la abuelita por la situación social que luego pueden volver, si está sola, quien se queda, que tal y que cual.

Pero la evidencia que más he vivido son muertes trágicas de gente joven. Con lo cual el impacto a nivel de paciente, pues como profesional, llega un momento quizá, la primera muerte que tú experimentas te puede impactar más, pero sí que es cierto que la práctica diaria hace que te endurezcas en estos casos y te limites en el momento en que actúas a salvar la vida de este paciente. Por lo tanto, no miras en que se tiene que morir si no tu mecánicamente haces todas las cosas para salvar la vida.

Que después evidentemente sí que es verdad que hay muertes que te impactan mucho más que otras en función también del vínculo que hayas tenido con este mismo paciente, o con la situación que has vivido alrededor de esta muerte. Puede ser que llegues a casa luego y pienses en cosas que has podido vivir.

Yo me acuerdo una vez que nos ingresó un chico quemado, se quemó de un 98% de la superficie corporal, lo trajo el SEM, vino hablando, consciente y se le sedó, se trasladó al centro de Vall d'Hebrón de referencia de quemados y durante el traslado murió. Entonces es una muerte que, a mí, por ejemplo, me impactó mucho y siempre, siempre la recuerdo ¿por qué? porque me impactó el hecho de ver a una persona joven que no ser consciente realmente de que tenía que morir porque era inviable, y verlo consciente orientado, estar esperando a la familia y tenerlo que intubar antes de que lo viera por última vez despierto.

Quiero decir, que tú como profesional, delante de las situaciones que estás viviendo te impactarán más o menos en función de lo que tú vivas, de lo que tú percibas, de lo que tú sientes, en todo el aspecto holístico de esta persona. En su entorno familiar o en el entorno social, o en la situación física. Hay muchos aspectos que te influyen. Esto a nivel de paciente, como os digo, te vas acostumbrando y vas haciendo. Personalmente, hay pocas muertes que por el paciente me hayan impactado. Sí que es verdad, que estas muertes me han impactado por la familia. Por la familia que acude y los ves sufrir, y porque también empatizas con tu propia vida personal.

Si eres joven siempre empatizas de decir “¡ostras mira! le podría haber pasado a mi hermana, mi hija...” y entonces sí que es verdad que, que puedes sufrir. Pero sobre todo creo, pienso que la vida profesional, no la práctica, hace que tú te endurezcas y las vivas de la mejor manera. Sí que es cierto, como he dicho, es en la familia ¿por qué? Porque creo que tienes poca experiencia en cuidarla. En un servicio de urgencias, hay que priorizar los cuidados al paciente, a la familia a todo nivel se les deja muy aparte. Entonces, cuando tomas conciencia de ello, y personalmente tomé conciencia de ello, es cuando realmente tú tienes tu experiencia profesional pero poca experiencia en poder cuidarla, en asistirle en aquellos momentos y entonces esto te impacta más, al menos a mí.

La gente lo interpreta cómo que el profesional es frío, y no es que sea frío es que tienes que hacerlo.

Claro, es que llega un momento que te pones una coraza por beneficio tuyo, por salud mental tuya, porque... porque si no tampoco podrías trabajar bien ¿no? necesitas estar tranquilo, necesitas estar sereno y yo creo como profesional nos ponemos la coraza para poder actuar bien. Independientemente que después te afecte más o menos, pero en el momento pasa esto. Al menos en mi caso.

2. ¿Cuáles han sido sus sentimientos ante esta situación?

En relación al paciente es lo que os he dicho, te puede dar pena, te puede dar tristeza porque empatizas con la situación. Pero sí que es verdad que es lo mismo, te voy a contestar lo mismo. Que a medida que vas adquiriendo experiencia profesional, esto te afecta cada vez menos.

Respecto a la familia, pues claro, también depende de la vulnerabilidad de la familia, de su comportamiento, del vínculo que hayas tenido tú con ella, depende de muchas cosas, lo que hayas podido interactuar, tienes unos sentimientos u otros. En un principio, en mi experiencia delante de una muerte inesperada, sentimientos pocos porque había muy poco vínculo con la familia, muy poca relación. Entonces, cuando llegaba a urgencias te limitabas a decirle que entrara en la habitación. Sí que es verdad que las muertes inesperadas normalmente mueren en un box de críticos con lo cual la misma rutina hace que al cabo de un cierto tiempo, como es el box de críticos y se tiene que vaciar, pues sin más, sin pensar demasiado más, le dices a la familia que se tiene que bajar el paciente a la morgue y que si necesitan algo cuando estén allí que nos avisen y punto, ninguna relación más.

A medida que tú te vas concienciando de la necesidad de tener que cuidar a la familia e implicarla dentro de tu competencia asistencial, es cuando te surgen los sentimientos porque tú quieres cuidarla, pero no sabes cómo hacerlo. No sabes si tus intervenciones o tus actuaciones empeoraran su estado de salud en aquel momento o no, si les haces bien o no. No sabes si las cosas que dices serán las adecuadas para aquella situación. Hay muchas cosas que no sabes, entonces son unos sentimientos pues contradictorios, que van desde, estoy contra menos tiempo mejor porque así no si no la veo sufrir no sufro y me dedico a poner el Nolotil al enfermo de al lado a, he establecido un vínculo y me siento muy satisfecha porque previamente a la muerte, aunque sea inesperada he tenido una relación y he podido implicarla en el cuidado del paciente, he podido hacer una serie de actuaciones como enfermera que han permitido que esta familia esté mejor y, por lo tanto, me satisface.

Sentimientos de impotencia de decir, bueno yo puedo actuar conforme quiero actuar, pero la misma institución, la misma organización del servicio impide que yo haga las cosas como yo quisiera. Puede ser que tengas un día en el cual puedes dedicarte totalmente, puede ser que tengas un día que no puedas dedicarte del todo porque hay cinco enfermos que están sufriendo y también te necesitan. Entonces los sentimientos

son muy variados. Pero sí que es verdad que en general, si tú puedes cuidar a esta familia, si tú puedes atenderla como Dios manda, tienes una gran satisfacción profesional. Esto te ayuda a seguir luchando y querer cambiar las cosas para que esto sea así, para mejorar esta calidad asistencial, que al fin y al cabo... yo siempre digo una cosa, podemos tener días buenos y malos, pero solo que uno de nosotros pudiera ponerse en el sitio de cualquier persona que acude en cualquier situación... Entonces cambiaríamos mucho la actitud. Pues en estas más todavía.

Esto viene a diferenciar un poco a la enfermera de planta que conoce al paciente y a la familia de cada día, del que no la conoce en urgencias ¿Has hecho esta diferenciación no?

Exacto, sí. O la enfermera de urgencias que tiene al paciente tres o cuatro días y a la familia, que, aunque ha sido una muerte esperada al haber habido ya un vínculo y una relación, es diferente porque ayudas ya a aquella familia a poderse preparar para la muerte de este paciente.

Queríamos recalcar lo que ha explicado de la empatía, de su importancia. Porque cuando vamos a urgencias o visitan a un familiar te das cuenta de lo que sienten. Sí, y piensas... que pequeñito que soy, todos mis conocimientos han desaparecido. Y ves que lo hacemos mal y el hecho que puedas encontrar a un profesional que te atiende bien... otras, cambia mucho la percepción que tienes y, cómo estás.

3. ¿Qué información tienen las familias en momentos de muerte inesperada?

La información en general siempre ha sido muy pésima. Primero, hay mucha diferencia de información entre los mismos profesionales del equipo multidisciplinar que atiende a esta persona porque a lo mejor el médico de urgencias actúa como que el paciente tiene que seguir viviendo, si llama al de la UCI lo limita, la enfermera no se entera de que el paciente está en últimas horas y tiene que morir... Cómo hay mucha discrepancia de información entre el equipo multidisciplinar, esto evidentemente afecta mucho a la familia, porque tú le puedes decir una cosa, yo le digo otra...

Esto, por una parte, por otra, las enfermeras nos creemos que no podemos dar información a la familia y nosotras podemos dar mucha información a la familia. Lo que no podemos dar es un diagnóstico médico porque a lo mejor no está diagnosticado y esto es el médico quién lo tiene que informar. Una comunicación de malas noticias es

el médico quién lo tiene que informar, pero nosotros podemos dar completamente mucha información a todo nivel porque ellas tendrán dudas y nos pueden preguntar y podemos nosotros como profesionales contestar perfectamente. Pero sí que es verdad que información se les da poca. En muertes inesperadas, se comunica muy mal, ahora últimamente hace dos años que se están haciendo cursos de comunicación de malas noticias. Incluso los mismos médicos de urgencias han sido reacios, muchas veces, a ir a estos cursos, parece que están entrando a querer hacerlos. Pero la comunicación era horrorosa y muchas veces es horrorosa. No se busca el entorno adecuado, se informa en los pasillos con el resto de gente.

Delante de la muerte inesperada la literatura te dice que tú aunque esté muerto el paciente, si llega la familia, es una situación muy trágica, entonces la familia no puede asimilar de repente el decirle “lo siento ha fallecido” y ya está, tiene que haber una información progresiva. Incluso prolongar esta información, aunque el paciente esté muerto, te dicen que primero lo que tienes que hacer es preguntar a ver qué se sabe e ir paulatinamente, aunque sea cada 2 o 3 minutos e ir dando malas noticias para que la familia sea consciente realmente de que el paciente está muy mal y se tiene que morir.

Por lo tanto, tenemos todavía mucho camino por delante para dar una información correcta, pero bueno, hemos avanzado algo. El hecho de que la persona, la familia, ella decide qué saber, cuándo saber y cómo saber. Si hay un monitor que molesta y las alarmas... pues sí que es verdad que en situación de terminalidad no hace falta poner las alarmas porque esto agota y esto creo que es cuestión de sensatez, no pasa absolutamente nada, informarles de que a lo mejor se pondrá el número en rojo, pero que no se preocupe y si no es necesario pues apagar el monitor. Sí que es verdad que hay estrategias que se pueden hacer. Y referente a lo que tú comunicas, es lo que os digo, que todo dependerá de si la familia quiere saber, preguntará, y si no quiere saber no te dirá nada más. Entonces tú tienes que tener las estrategias para informarle de lo que realmente o decírselo claramente, yo le voy diciendo hasta que usted me diga no quiero saber nada más, por ejemplo.

Referente a los trámites funerarios, pues claro, tienes que tener en cuenta cómo decírselo también, porque en situación trágica, le puedes cantar misa que no se enterarán de nada. Toda la información que les des no les servirá absolutamente para nada, entonces busca estrategias, independientemente de esto, de que tú se lo puedas explicar, dale un díptico escrito que lo pueda leer después porque en situación trágica,

cuando comunicas una mala noticia, la familia entra en un colapso emocional, cerebral... cómo lo queráis llamar y no es capaz ni de tomar decisiones ni de pensar y nosotros tenemos que pensar por ellos. Pensar por ellos y decirles las cosas lo más fáciles y más justitas posible, porque no toda la información que le puedas dar en aquel momento se va a asimilar, por lo tanto, es mejor una información concreta, poco a poco e ir diciéndolo. Hay mucho que mejorar.

Esto se agrava también si encima la familia tiene que tomar la decisión de si desconectar a ese paciente.

Sí, o de donación de órganos, por ejemplo. Se tiene que saber decir, hay muchos profesionales que realmente son expertos y saben decir las cosas, pero sí que es verdad que no es una cosa que se estudie en las carreras y las habilidades de comunicación, la asertividad, todo son cursos que luego vas haciendo posteriormente y que son necesarios para la profesión que estamos ejerciendo.

Buscando información para el trabajo, encontramos lo mismo que ha comentado que el no saber hasta dónde enfermería puede decir eso hace que se haga una barrera para acabar de comunicarte con la familia.

Sí claro, tienes que saber comunicar las cosas y creo que tienes que naturalizar lo que no es natural, quiero decir, en aquel momento a lo mejor piensas, yo voy a canalizar una vía y a lo mejor no sé y tengo miedo de no poderla canalizar y esto puede repercutir que le pueda hacer una fístula arterial, una extravasación, mil cosas. Pero llega un momento que tú lo tienes que hacer porque es tu profesión y es una intervención tuya dentro de tu competencia y pues esto tiene que ser igual, tiene que ser una intervención dentro de nuestra competencia, y que además tiene que ser obligatoria porque no podemos dejar a las familias fuera de nuestro cuidado porque absurdo, son personas y estas familias sufren y están en aquel momento en nuestro entorno, por lo tanto, no podemos como profesionales permitirnos el lujo de olvidarles.

Pero esto es verdad, pienso, bueno pienso no, sé que la manera de poder comunicar influirá bien o mal en la elaboración de su duelo. Los primeros auxilios son importantísimos y si tú no comunicas bien repercutirá en que puedes tener un duelo patológico o un duelo complicado. Por lo tanto, las pocas cosas que hagas, estas pequeñitas cosas, tienes que hacerlas bien porque ayudarás no solo en el momento si no también en el futuro.

4. Explíqueme qué necesidades son las que cree que tienen los familiares que han sufrido una muerte inesperada de un ser querido en un servicio de urgencias.

Bueno, en aquel momento, lo que necesitan es que alguien esté a su lado, que alguien los acompañe, por lo que os he dicho, cuando se les comunica una situación de muerte, es como si el cerebro se les parara y no pueden tomar decisiones por sí mismos. Tú tienes que tomar decisiones, les tienes que realmente ayudar a tomar decisiones sencillas, como por ejemplo "¿Tienes teléfono? o ¿Necesitas un teléfono?, ¿Necesitas llamar a alguien?, ¿Necesitas beber agua?" Porque ellos no pueden pensar en nada, es imposible que piensen.

Sobre todo, ayudarles a que se despidan del familiar, importantísimo, de la persona que ha fallecido, importantísimo. Todo el mundo tiene que despedirse, todo el mundo ¿por qué? por lo mismo, para poder ayudar a hacer el duelo saludable, a elaborar un duelo saludable. Entonces, lo que necesitan es que estés a su lado, a lo mejor, estarás y no hace falta... no pretendas hablarle y darle conversación ¡no, no, no! es que... Ellos serán los que lo dirigirán, si ellos necesitan algo te lo dirán, si necesitan preguntarte algo te lo dirán. Tú les tienes que ofrecer las cosas básicas, muchas veces los silencios son mucho más importantes que lo que les puedes decir... y si no sabes qué decir... callar, que no pasa nada, pero es estar allí.

Yo me acuerdo de que cuando hice entrevistas a profesionales me decían: "Claro es que nosotros queremos dejar a la familia con el paciente cuando se despiden porque es un periodo de intimidad y quieren estar solos" y había familias que decían: "Es que yo estaba sola y yo quería que alguien estuviera a mi lado" entonces, todo esto es tan sencillo como ir aprendiendo y preguntarles si realmente quieren estar un momento solos o si quieren que estemos a su lado.

Hay cosas que son muy básicas y no lo hacemos por miedo a poder no actuar bien y las cosas... ellos están en una situación de vulnerabilidad tan grande... que cualquier cosa que le podáis hacer, les servirá para bien, seguro. Entonces necesitan esto, simplemente estar allí, simplemente estar allí y ayudar a que se despidan, y darle una atención adecuada y cubrir las necesidades que en aquellos momentos tengan básicas. Ayudarles a que si tienen que llamar a otros familiares... Bueno pues ir preguntando... Además, el acompañamiento no tiene que ser de media hora, porque el acompañamiento puede ser de cuatro o cinco horas, hay tiempo suficiente como para

poder realmente gestionar lo que ellos necesitan, y si necesitan algo, a las personas que tendrán son a los profesionales que han estado en esta situación tan extrema a su lado.

5. ¿Cómo actúa enfermería en estas situaciones? y ¿Cree que el personal sanitario o de enfermería está preparado para atender estas situaciones?

No, enfermería no, no está preparado para estas situaciones. ¿Cómo actúa? Pues como puede, dependiendo de la concienciación que tengan, primero, importante, que se concienzien de la importancia de que tienen que cuidar a las familias, esto es vital. Una vez concienciados de la importancia de que tienen que cuidar, lo que tiene que saber es qué hacer y para esto se están haciendo cursos de duelo a los profesionales, porque como he dicho es una materia que no se ha dado en la carrera. Cursos de duelo no para adquirir conocimiento sino para adquirir aquellas herramientas necesarias que te ayuden a acompañar bien y que estas herramientas son pocas, no se necesita estudiar un doctorado para saberlo, quiero decir ¿eh? Son aquellas cosas cómo qué no debes hacer, qué puedes hacer.

Yo me acuerdo en un curso en Sant Pau que hay una enfermera que se dedica única exclusivamente a acompañar a familiares en el hospital en situaciones de muerte y ella decía “bueno, es que yo entro a saludarles y el vínculo entre ellos empieza porque llevo siempre un paquete de pañuelos y un abanico. Porque evidentemente van a llorar y por tanto es una manera de empezar a entablar contacto. Y un abanico porque en situaciones de estas, la gente se mareará”. Entonces bueno, es esto, tener las herramientas básicas que te puedan ayudar a afrontar esta situación. Y, evidentemente, aparte de esto, que sepas o no sepas hacerlo, implica, yo creo, un trabajo multidisciplinar, tú solo no puedes hacer nada. Esto implica que el médico comunique bien, que tú tengas el tiempo para acompañar, que la auxiliar también te ayude. Tiene que haber un equipo para hacer esto. Y, aparte de esto, es necesario que después gestionemos nuestros sentimientos. Porque una cosa es que tú como persona puedas más o menos aceptar la situación y adaptarte a ella, pero hay casos que evidentemente no somos Dios y entonces nos afectan.

Por lo tanto, es muy muy importante gestionar los sentimientos. A veces dicen “bueno se podrían montar y buscar cosas para poder ayudarte, como, por ejemplo, hacer sesiones después de lo que ha pasado, reunirte con todo el equipo y expresar unos a otros cómo lo han vivido, qué sensaciones han tenido” porque esto es una manera de

desfogarse y ayudarse unos a otros. O hacer cursos para poder gestionar las emociones. Y sino, tener algún recurso de algún profesional de salud mental en el caso de que sea necesario, gratuito y al alcance de todos.

Aquí puede influir, sobre todo, la visión que tiene enfermería sobre la muerte, porque es un tema tabú, entonces ... Esto puede condicionar cómo actuar.

Sí, qué visión tienes tú de la muerte, qué cultura tienes y qué experiencia personal también, dependiendo también de las experiencias tuyas personales de cómo has vivido tus muertes, también podrás actuar de una manera u otra, sí.

6. ¿Cree que hace falta formación? ¿O es suficiente con la experiencia?

No, yo creo que hace falta formación. Tú puedes adquirir experiencia, pero necesitas unos conceptos básicos para saber actuar, pero como experiencia puedes seguir siempre las mismas pautas, pero a lo mejor me estoy equivocando. La experiencia, creo que, te ayuda a gestionar más tus sentimientos, pero tú necesitas unas herramientas que te ayuden a cuidar a estas personas psicológicamente o psicoemocionalmente.

7. ¿Cómo es la interacción, comunicación entre personal de enfermería y familiares?

Todo depende de la presión asistencial que haya en aquel momento en urgencias. Porque si no tienes presión asistencial y estás concienciada de que tienes que cuidar a la familia, porque hay gente que no está concienciada de que tiene que cuidar a la familia y no se dedica a ella tristemente. Urgencias es un servicio donde la gente llega con un problema de salud agudo y tú tienes que actuar y son pocos los días que tienes un día tranquilo, por lo tanto, te limitas siempre a cuidar al paciente.

Dependiendo de la estructura, ahora hay boxes individuales, pero hasta hace poco eran compartidos, tampoco puedes tener a tantos familiares dentro. Estamos en pandemia con lo cual también se ha limitado, quiero decir que ahora estamos en una situación en la que no facilita tanto el contacto familias – profesionales de enfermería. Y aparte de esto, estamos acostumbrados a cuidar mucho a los pacientes y hacer salir mucho a la familia en vez de explicarles los cuidados, porque a lo mejor te pone más nerviosa el hecho de pinchar y que esté la familia delante, porque a lo mejor por tus experiencias has visto situaciones en las cuales te compensa mucho más no tenerla delante y sentirte más tranquila a la hora de hacer cosas. Por el mismo servicio de urgencias, todo esto

ha hecho que la familia la tengamos... No es como una planta que la puedes implicar más en el cuidado.

En un servicio de urgencias actúas de manera rápida y entonces la tienes muy poco en cuenta y entonces claro, cambiar todo esto a la gente para concienciarles que realmente tienen que cuidar a la familia en un sitio donde no estás acostumbrado pues cuesta mucho. Entonces la interacción con la familia, si tú te encuentras a un familiar “no complicado” de aquellos que tú le puedes decir y ellos no te cuestionan nada y tal, es fácil. Pero como te cuestionen, porque te tienen que cuestionar, a veces te dicen “ostras, tengo a mi familiar desde hace dieciocho horas y no ha venido nadie a explicarme qué tiene”, entonces yo como profesional estoy con mucho trabajo, estoy nervioso y no puedo perder el tiempo ahora y que alguien me grite, etc. y esto es un poco complicado, yo pienso en el servicio de urgencias y la práctica buena es la que tenemos que hacer, y esto implica como he dicho que cada vez más tenemos que implicar a la familia en el servicio.

Es cómo humanizar el servicio

Sí, humanizar el servicio, tú lo has dicho.

Y cree que, si se había avanzado un poco, porque en la universidad nos han ido implicando un poco más en todo esto, ahora con todo el tema del COVID ¿damos un paso atrás?

Sí, yo creo que sí, ahora en estos momentos sí. No ha facilitado el que podamos ir evolucionando en este aspecto. Bueno, a lo mejor también nos concienza a todo el mundo de la importancia, de cuando pase la pandemia, y decimos “ostras pues...” Ahora también hemos visto enfermos muy solos y quieras o no también vemos la importancia que tiene el que pueda estar la familia. Es muy triste estar solo y muy triste morir solo. Con lo cual, a lo mejor, también hace un efecto rebote y ayuda a que realmente podamos abrir más las puertas de los familiares dentro de los servicios, ojalá.

Esto son muertes inesperadas también. Sí que es verdad que en un servicio de urgencias muertes por COVID no hay, o no ha habido tanto, normalmente son más en cuidados intensivos o plantas de hospitalización, que no es el caso.

A no ser que haya venido una persona muy apurada que digas “de aquí ya no sale”.

Exacto. Creo que la pandemia ha hecho que los pacientes con patologías complejas acuden muy tarde al servicio de urgencias porque han estado más en casa, porque han llamado al CAP y no les han atendido, por múltiples cosas y cuando acuden están en una situación más crítica y quizá han muerto también más, no lo sé esto, pienso que puede influir.

8. ¿Cómo se podría mejorar los cuidados a los familiares de pacientes fallecidos de forma inesperada y/o repentina?

Bueno, ahora ya se está empezando a hacer la nueva guía que se implantará próximamente en urgencias. Cómo se podría mejorar atendiéndolos bien, en un principio avisándoles de que vengan, comunicarles la noticia en un entorno adecuado en intimidad proporcionándoles lo necesario, hacer un buen acompañamiento, dar una información adecuada en cada momento, hacer un seguimiento de duelo después porque también está bien que cuando pasen unos días ver cómo está esta familia porque, al fin y al cabo, ha vivido una situación muy importante, muy trágica y seguramente se alegrará y nos permite también detectar e identificar otras necesidades porque a lo mejor te puede decir “hace diez días que todavía no duermo” y poder pensar que a lo mejor necesita una continuidad por parte de Atención Primaria y poder gestionar un poco todo esto.

En definitiva, es comunicar bien las noticias para unas malas noticias, acompañarle durante toda su estancia en urgencias ayudándole a que se despida de su familiar, proporcionándoles también dípticos para funerarias y cubrir todas estas necesidades. Hablamos de muertes trágicas pero que la familia a parte no tenga necesidades sociales, que también las tendrán. Al menos cuidarla e intentar gestionar todo de manera íntegra. Yo creo que, con esto, haciendo unos primeros auxilios ayudamos mucho a la familia para la elaboración de su duelo.

Y ¿podría especificarnos el buen acompañamiento?

Es como he dicho antes, el acompañamiento es estar allí, el buen acompañamiento es estar al lado, y si necesita un teléfono darle un teléfono. Es muy importante poder hablar y contar porque la gente lo necesita, a lo mejor no se lo explica a una vecina, pero si te

ve como profesional a lo mejor necesita que le preguntes. En el hospital había una chica joven pendiente de donación de órganos porque había tenido un accidente de tráfico y yo fui a hacer el acompañamiento. Yo no lo había hecho en la vida un acompañamiento, nunca. Y tenía mucho miedo cuando vine porque pensé “yo no sé si sabré hacerlo y si le voy a aportar algo bueno o algo malo a esta persona”, entonces llegué a la UCI y me encontré el panorama, era una chica joven que había muerto de un accidente de moto, padres separados, la chica se pelea con la madre, se va a vivir con el padre, el padre le compra la moto y se mata.

Estaban los amigos, el novio, abuelos... imaginaros la situación, un drama total. Entonces claro, llegué yo y no sabía qué hacer, total que me dejé llevar. Entonces ¿qué hice? ¿Qué cosas hice? Primero me presenté, les dije que era enfermera de aquí y que si necesitaban cualquier cosa estaba a su disposición y estuve con ellos. Me dediqué más a la madre y me acuerdo de que ella lo que me dijo era que quería que el médico viniera y que le hablara y que le informara de cómo estaba su hija y entonces fui al médico y le dije que necesitaba información. El médico, cosa normal, que no es normal, pero cosa que he vivido muchas veces y que se hace así, el médico me decía “jolín, es que tengo otros enfermos, estoy a tope y hace media hora que le he hablado, es que no hay otra situación, no ha cambiado la situación. Está de la misma manera”. Claro, para el profesional es verdad, pero quizás si tú dices “ostras para una madre que acaba de tener un accidente a su hija, que se está muriendo y que mañana ya no la va a volver a ver y que tú le has comunicado que no hay nada que hacer, a lo mejor lo más normal es que no lo tenga asimilado y que necesita otra vez preguntarlo, es que a lo mejor te lo puede preguntar cincuenta veces”. Hay un bloqueo emocional y es imposible que te entren todas estas informaciones. Entonces le volvió a informar.

¿Qué hice más? Las visitas, la restricción de visitas Había una enfermera nueva, y no por ser nueva. Yo también he sido una persona muy estricta en muchas cosas, siempre he tenido en cuenta mucho las normas de la institución, y a ella le debió de pasar lo mismo. En la UCI solo se dejaba entrar dos familiares y claro, había un montón de gente y le dije “escucha, es que ahora está “tal” y que quiere entrar” y ella “ no, no se puede entrar porque ahora son dos familiares” y entonces le dije “ a ver, pensemos bien, qué más da que entren más familiares” (estaba el box en intimidad que no perjudicaba a los otros ni a los profesionales que entran) “ y que se despidan de esta persona que no la van a volver a ver más”. Y ya está, es que estuve a lo mejor estuve seis horas allí, no me acuerdo, allí por si ... pues si le hacían una placa, salíamos todos, etc. ellos se

abrazaban entre todos. Estábamos allí, yo estaba allí sin decir nada. Si querían agua se la ofrecía, quiero decir, cosas que todo el mundo puede hacer. Entonces cuando me fui yo tenía la sensación de que no le había ayudado en nada porque pensé “yo que he hecho, si no he hecho nada” y ¿cuál fue mi sorpresa? Cuando me fui me abrazó y me dijo que nunca me olvidaría. Entonces esto me ayuda a pensar que por muy pocas cosas que hagamos en estas situaciones tan trágicas, son ayudas que sirven de mucho y no hace falta ser experta en nada para poder ayudar.

Y en esto sí que es verdad que cuando tú me has preguntado lo de la experiencia, quizá es verdad que la experiencia profesional te puede ayudar a gestionar mejor estos momentos o ayudar más. Pero sí que es verdad que una base la tienes que tener porque muchas veces se dicen frases hechas “ah no pasa nada, tienes otro hijo” dicho exagerado, pero es verdad que dices muchas cosas que piensas “bueno no tiene sentido en aquel momento decir cosas de estas” y por esto pienso que la base tienes que tenerla.

Y si te preguntan cosas que no sabes contestar ¿qué haces?

Si no sabes contestar y puedes saberlo puedes decir “lo siento, yo no lo sé, pero tranquilos que lo voy a preguntar y se lo digo”

Y si expresan sentimientos, dudas, comentarios como “¿por qué ha pasado esto?”...

Callar, silencio, son preguntas que se hacen a sí mismos y que tienen todo el derecho. Es silencio, no puedes decir nada. ¿Qué vas a hacer, qué le vas a decir? “pues tranquila que ahora ya verás cómo poco a poco...” no se lo puedes decir. A eso me refiero, a las herramientas, al silencio.

Es que es difícil hasta en la propia vida, cuando vas a un tanatorio lo recuerdas, la gente que te abraza y recuerdas quien no te ayudó también, pero no recuerdas qué te dicen.

Por eso te digo, que es estar allí.

Pero claro, cuando tú vas, quieres que sientan también tu cariño y ese apoyo.

Sí, esto es decir “yo estoy aquí para lo que tú necesites, no te voy a dejar, te voy a acompañar todo el rato. Cualquier cosa que quieras decirme me lo dices. Cualquier cosa

que necesites y yo pueda ayudarte y ofrecerte pues haré lo posible”. Es aquello de decir “no te preocupes que no te voy a dejar”

Y prepararte un poco “qué voy a decir “si dispones de toda la información.

Hay unas pautas, en comunicación de malas noticias hay unas pautas. Siempre te dicen “pues a ver, cuando vas a informar hay que crear un entorno” no se puede informar detrás de una mesa. A lo mejor yo te acaricio “así” siempre que tú me lo permitas. Siempre hay que preguntar de qué información parte “qué sabe, que le han dicho, qué le han comunicado”, no empezar tú a hablar, sino primero saber qué le han dicho y a partir de aquí poder hablar. Hay unas pautas y a partir de aquí...

Presentarte, decir quién eres, qué categoría eres y preguntar quién son, cómo se llaman y qué vínculo tienen con esa persona para saber también guiarte y medio conocer un poco.

Exacto, y luego a partir de aquí ... he explicado lo básico. Si todo el mundo lo hiciera bien podrías ampliar, tener en cuenta la espiritualidad de la familia y la persona que fallece, la religión que tiene. Yo me acuerdo de que una vez que una enfermera me dijo que se acordaba de una muerte de un niño de meses que llegó el padre y estaba todo lleno de sábanas mojadas y empapadas con el niño y claro haces juicios de valor de todas las situaciones y su cultura era árabe y para limpiar el alma cuando se muere una persona lo bañan y lo envuelven en sábanas mojadas. Si aquí en los hospitales tuviésemos en cuenta también los rituales religiosos o la religión de la persona o las costumbres ... podríamos ayudarlos también de diferentes maneras, pero esto es un camino muy largo y primero es empezar con lo poquito de poder hacer y después ya avanzamos.

En un box de críticos qué podemos hacer, pues no bajarlo tan pronto a la morgue o aunque sea dejar un box para poder estar hasta que quisieran o lo que crean conveniente.

En planta también nos encontramos con cosas así, “bájalo ya que así nos quitamos la familia de encima“.

Sí, todo es difícil pero bueno, yo creo que a pasitos pequeños se pueden ir haciendo las cosas. Y humanizar los hospitales y los cuidados a todos.

Muchas gracias.

A vosotras.

Anexo 6: Entrevista 2

Primero te damos las gracias por haber venido y por colaborar en nuestro TFG.

Gracias a vosotras.

1. Cuénteme cómo es o ha sido su experiencia profesional durante la situación de muerte inesperada, tanto en relación al paciente como a la familia

En relación a la experiencia profesional durante una muerte inesperada, pues depende de varios factores, también depende de mis sentimientos o de mis emociones, pero a mí personalmente me afecta mayoritariamente por la edad de la persona que fallece. Duele igual, lo que pasa que empáticamente quizá nos afecta más cuando es un niño. Hemos vivido situaciones de niños de accidentes, de ahogamientos en piscinas, en playas... y la verdad es que se tiñe un poco toda urgencias, porque afecta a nivel colectivo, es de todos. Luego cada uno lo vive de diferente manera, si eres madre, si eres tío, si eres abuelo.

Cuando es una persona joven, es diferente que cuando es una persona mayor, que sí que puede que haya sido un accidente, se le ha roto la vida, pero que como ya tiene una vida vivida... supongo que a mí me afecta mucho más cuando es una persona joven. También depende de cómo lo viva la familia, creas una empatía hacia esas personas, y no lo vives como tuyo, pero bueno, te involucras y te afecta, te afecta mucho, y claro... depende de cómo lo viven ellos, pues también tú no es que sufras, pero como que te afecta más, quizá.

Es que hemos vivido muchas situaciones, recuerdo una de dos personas jóvenes en diferentes accidentes que fue muy duro porque, primero llegó uno y encima era de fuera, con lo cual la familia tardó en venir, yo no sé qué tipo de información le dieron a esa persona, porque realmente cuando emprendió su viaje, la persona ya había fallecido, porque se murió en urgencias, no dio tiempo a que subiera a quirófano. Fue un accidente laboral, un chico joven, un chico joven de mi edad. Pero es que al poco llegó otro que fue un precipitado y fue muy traumático porque los tuvimos durante mucho tiempo en urgencias y claro, vivimos las dos situaciones de las parejas. En este caso eran varones los que fallecieron y cuando llegaron las mujeres fue muy duro ¡muy duro! fue muy duro además para todos, para el personal de Info-familias que es el primer contacto, que yo

lo agradezco mucho a esa figura porque nos ayuda a conectar mucho con la familia, porque no vas tú de golpe ¿no? Y fue muy duro para todos, para los médicos que tuvieron que asistirlo, para el personal de enfermería, para todos y claro, es que se notaba en el ambiente, con los compañeros... había como un silencio, claro es que se habían muerto dos chicos jóvenes, muy jóvenes.

¿Quieres decir que diferencias lo que sería una muerte trágica de una persona joven que no en una persona mayor de 90 años?

Que también es trágica, porque si tú vas con tu abuelo y tienes un accidente de coche y se muere el abuelo, pues también es trágica porque ha sido un accidente, no te lo esperas porque a lo mejor tu abuelo está sano como un roble. Pero yo no digo que tengan menos derecho a la vida, pero como que ya tiene una vida vivida. Tampoco quiero que malinterpretéis mis palabras, no es que me afecte, porque al fin de cuentas tampoco son familia tuya, pero bueno vives el momento, pero claro, cuando una persona tiene 90 años que ya tiene la vida prácticamente hecha a cuando ves un niño que tiene cuatro años que se ha ahogado en la piscina, evidentemente a mí me afecta mucho más el niño. No sé si es egoísmo o es naturaleza, o... es la ley de vida ¡jolin! que no merecen morir ni mucho menos, pero como que lo llevamos de otra manera, yo personalmente, y además lo que se respira en el ambiente... porque lo hemos vivido por desgracia todas las situaciones, de morirse jóvenes, de morirse mayores, de morirse niños...

De hecho, recuerdo que cuando murió el niño pequeño aquel... que yo tuve la necesidad de llamar a mi casa y de escuchar la voz de mis hijos. Pero es que no solo me pasó a mí, hubo mucha gente que llamaron a casa, porque fue muy duro, mucho. Ver a los padres, ver a los abuelos, y tú te pones en la piel de esa madre y se te cae el mundo. En cambio, cuando se muere un abuelo, sí que es una pena, porque a lo mejor su mujer no está preparada para eso, por ejemplo, pero claro, es diferente, porque ha sido una larga vida.

Lo vivo de una manera totalmente diferente una situación de otra y los dos son accidentes, los dos son bruscos, ha sido algo súbito, es una muerte no esperada, claro. Pero igual que una muerte esperada, no es lo mismo un abuelo de noventa y ocho años con un cáncer diagnosticado terminal que una leucemia en un niño de once años o de veinticinco, o sea te lo esperas porque es la crónica de una muerte anunciada, pero te va a doler más, te va a doler más porque está empezando a vivir. ¿Te duele igual? evidentemente, porque duele un padre, duele un hijo y duele un abuelo, pero no duele

de la misma manera, porque la naturaleza humana, bueno es que es la sociedad la que prácticamente te marca estos valores, porque quizá hace cientos de años daba igual quien se muriera porque era todo supervivencia pura y dura, pero bueno estamos creciendo en una sociedad que supongo que es a lo que te acostumbras, no sé, creo yo.

2. ¿Cuáles han sido sus sentimientos ante esta situación?

Pues supongo que depende de qué situación sea, hay sentimientos de rabia, porque claro, cuando un paciente se te muere en la mesa en urgencias siempre piensas si se podía, a nivel de equipo, haber hecho algo más. Rabia, impotencia, dolor, lo miras y hay veces que dices “jo”, que en tus manos no, pero es lo que muchas veces nos decimos los compañeros “no podemos salvarlos a todos” pero dices “ Jo, pues a este sí que podríamos haberlo salvado”, que hay veces que piensas “ pues si se le hubiera subido antes a quirófano” y “si la ambulancia hubiera corrido un poco más” pero bueno ya vas atrás “ y si se hubiera puesto el casco” “ y si...” Es rabia, es impotencia, es dolor, sufres por la familia. Yo soy muy sentida y en seguida me pongo en la piel de los demás, personalmente lo he vivido en mi casa, entonces claro, recibir una noticia de estas es que te parte la vida en un segundo, en un segundo te cambia por completo la vida, que te llamen y te digan ... entonces esos sentimientos me los hago muy míos y sé que no debo porque hay situaciones que vivimos que yo las arrastro durante días y hasta que no las purgo pues lo pienso, lo pienso y lo pienso y me afectan, me afectan mucho, pero supongo que... acabas orgulloso porque siempre damos incluso más de lo que podemos. En esas situaciones trabajas por encima de tus fuerzas porque intentas hacer todo y que te salgan ocho brazos y volar en vez de caminar. Pero te da rabia, te da impotencia realmente no poder salvarlos a todos.

3. ¿Qué información tienen las familias en momentos de muerte inesperada?

Antes de que la persona fallezca o que la tenemos monitorizada esperando a que llegue el momento del fallecimiento, toda la información la da el personal médico, y lo del funeral suele venir después cuando ya el paciente ha fallecido. El médico supongo que explica todo, que no se ha podido hacer nada o el motivo que sea y que en un periodo breve de tiempo el paciente fallecerá. El resto de información la da el personal de enfermería. Le dices al familiar que notará cómo su respiración va menguando, la temperatura del cuerpo... todo ese tipo de cambios físicos, porque la gente se angustia. Intentas sobre todo que el paciente no sufra, se va a morir, pero que muera en paz, que

esté confortable en la medida de lo posible, que esté caliente, que esté limpio. A mí el monitor en la medida de lo posible me gusta tenerlo apagado o silenciado, porque la gente se obsesiona y no es bueno, porque en esos momentos pues lo que necesitas es estar tranquilo y estar por la persona que estás. Se monitoriza para ver cuándo fallece o cuándo no, bueno, pues puedes estar más pendiente o decir a la familia que nos avise, pero es que las alarmas son pesadas y la gente se agobia.

Cuando fallece, toda la información del funeral la dice el médico, además se tienen que preparar todos los papeles, la documentación que se necesita para tramitar todo lo del tanatorio. Hay unos trípticos que tienen toda esa información a mano de las familias, cuáles son los tanatorios disponibles en Tarragona, los horarios que tienen, los teléfonos de contacto y me parece que también se da información por si la familia necesita hablar con alguien en el momento de la pérdida, porque no todo el mundo lo gestiona de igual manera y hay gente que necesita ayuda, y entonces me parece que hay grupos de ayuda, grupos de apoyo también en el tríptico. Ese tipo de información, para no avasallar a la gente en la habitación, como tenemos la sala de información suelen estar allí para que la gente lo pueda coger.

La información primordial y básica la da medicina, la dan los médicos, porque son los que la tienen que dar. El otro día, por ejemplo, el sábado, en el accidente de moto, el hijo que era el que tenía que tomar la decisión de la donación es el que más tardó en llegar, tardó dos horas y pico porque debía ser de fuera. Claro ese chico antes de entrar a ver a su padre a la habitación ya había hablado con la doctora, y cuando salió me vio a mí porque yo lo vi que salía blanco, sudoroso... y entonces me lo cogí, salía con una chica, le senté en una silla y le traje agua y me dijo: "mi padre todavía respira, tiene que haber algo que podáis hacer por él". Realmente yo pensaba... "O no ha hablado con la doctora o no le ha quedado clara la situación". A su padre lo mantenía un respirador, una noradrenalina... era artificial su vida. Pero claro, ni sé cómo decirlo, ni soy quién tiene que explicar eso, entonces la doctora volvió a venir y volvió a hablar con él. Es muy importante que sepan en todo momento y que la información la recojan. Me preguntaba si "¿no había hablado con la doctora?, ¿está en estado de shock o no le queda claro lo que le estaba pasando?" Te están hablando de una donación de órganos y sales del box diciendo: "mi padre todavía respira". Es una situación muy dura para ellos. No sé la situación que pasó, pero no sé, a lo mejor el chico al igual se había ido de calçotada y su padre se había ido a dar una vuelta con la moto y de repente ¡te llaman que tu padre está muerto! Entonces ¿cómo tú reaccionas ante eso? Y vienes al hospital,

te están diciendo que tu padre está muerto, que vamos a donar los órganos de tu padre y tú ves que tu padre todavía respira.

Es muy importante la información y además la información actualizada, cada poco. Estar acompañando a la familia y sobre todo informarles, que no vean que entras en el box y hablas a escondidas...

Es muy importante lo que has dicho, porque ya les puedes decir lo que quieras, que, en esos momentos, cómo has dicho tú, están en shock, están agobiados porque no asimilan.

Ellos no quieren escuchar porque no aceptan lo que les están contando y “como no lo acepto no te escucho, porque como no quiero que sea verdad pues no quiero saberlo, porque mientras no lo sepa mi padre vive”. Es muy duro, mucho, y lo vives ahí con ellos... y claro... Es una situación difícil. Muchas veces no sabes cómo actuar, están a veces esperando a que les digas algo que no puedes decirles y claro, eso es duro.

4. Explíqueme qué necesidades son las que cree que tienen los familiares que han sufrido una muerte inesperada de un ser querido en un servicio de urgencias

Bueno, lo primero supongo que información. Que sea una información clara, directa y sincera, aunque duela. No se pueden crear falsas esperanzas a una familia que está sufriendo, porque no sirve de nada. Si la persona ha de morir, cuanto antes lo acepten mejor porque es mucho mejor para todos. Y la información que sea pues lo que te he dicho: “si tarda seis horas en morir, pues cada poco habrá que ir dando información”.

He tenido casos de ir a la habitación y claro, la gente mirarte y decirte, tanto en muerte esperada como en inesperada, la familia te acaba diciendo, un hijo, por ejemplo: “necesito que se muera”, o sea “necesito que se muera porque mi madre está sufriendo, porque ya esto es agónico para todos” esas muertes que se alargan en horas y en horas y en horas... ¿Sabes? Y yo he escuchado esa frase y es que lo entiendo. Es que llega un momento que ya está “ya me he despedido” y hay que soltar. La gente tiene que soltar y esa expresión de “necesito que se muera” la he sentido, y es que les entiendo perfectamente. Además, claro, porque no estás en tu casa, que dices “mira es que se está muriendo con cables o se está muriendo enganchado a la bomba o a lo que sea”. Hay veces, antes, por ejemplo, mi abuelo que se murió en casa, pues estabas allí en la

casa del pueblo y estaban los tíos, estaban... pero claro, un hospital no es agradable.

Necesitan información clara, sincera y a cada momento. Necesitan calor humano, en esos momentos es lo que más necesitas. Que a veces necesitas que te dejen en paz claro, depende de cada uno y en una misma situación que hay mucha gente, cada uno tiene unas necesidades muy específicas.

Yo intento cuando a mí me toca, cuando entro en el turno, me es muy violento, pero lo hago, me presento, digo que ese turno estaré yo con ellos, cómo me llamo y que si necesitan cualquier cosa que no duden en buscarme. Intento estar visible, pero no doy el tostón porque no valgo para dar el tostón. Es verdad, es que no sé qué decir, me cuesta mucho eso, es que claro... ¿Cómo les dices “te acompaño en el sentimiento”, si es que no los conoces de nada? Entonces, intento estar allí, una sonrisa, una cogida de mano, les ofreces agua, les ofreces una tila, les ofreces... cualquier cosa. Si ves a una señora mayor “¿Le traigo una manta? ¿Le traigo un cojín? ¿Le traigo...?” Que noten un poquito de calidez, o sea, se muere, pero se va a morir acompañado. Y es eso, les ofreces la sala de fuera... Necesitan eso, necesitan sentirse atendidos, protegidos, que si tienen dudas va a haber alguien para resolverles, o sea acompañamiento, e intentas hacerlo lo mejor que puedes. También muchas veces pues eso ¿qué necesitan? bueno ¿yo que necesitaría? pues un poco en torno a lo que yo necesitaría es lo que les ofrezco. Tú ves, además, la primera vez que les dices: “¿necesitan cualquier cosa?” cuando te miran y te dicen “gracias” o cualquier cosa tú ya sabes si van a necesitar que estés un poquito más pendiente. Claro, porque hay veces que empiezan “es que esto pita, es que no sé qué...” pues entonces necesitan que estés un poco más ahí encima de ellos. Pero hay gente que se mete en la habitación y tú de vez en cuando le echas un ojo y ya está.

Cada uno tiene unas necesidades diferentes, es ir tanteando. Cada situación es diferente, no es lo mismo que se te muera un hijo a que se te muera el abuelo. También es más fácil, cuando se muere una persona mayor es más fácil acceder. Se muere el abuelo, ves allí a la abuelita pobre, toda la vida juntos, y entonces te acercas a ella y enseguida le das un abrazo o le coges la mano... ¡Bueno! ahora con el COVID no puedes casi ni tocar, pero bueno. ¿Cuándo se muere un niño? ¿A ver quién tiene narices de entrar en esa habitación? es que claro ¡cada situación es tan diferente!

Y dentro de la misma edad, no es lo mismo una situación que otra. Me acuerdo una vez en urgencias, en las viejas, hubo un accidente, iban cinco personas en el coche, solo falleció uno, un niño de dos años. Su padre y su madre en urgencias parecían dos

fantasmas, uno tiraba para arriba, la otra tiraba para abajo (**ella sopla**), no se me olvidará en la vida aquel día. Fue horrible, además es que no... yo creo que ninguno de los dos era consciente ¿sabes? o sea, eres consciente por cómo estás caminando, pero no lo terminaban de asimilar. Fue horrible ese día, horrible ¡dos años, el único fallecido de todo el coche! por eso te digo, que es que cada situación es... y allí tienes que atender porque eran pacientes también los padres, porque fue un accidente. ¿Y qué información? porque claro, cuando hemos tenido un coche con dos y te dicen: “¿cómo está mi mujer?” o “¿Cómo está mi madre?” o “¿Cómo está...?” y ¡está muerta! Y tú lo sabes ¿Qué información das ahí? ¿Mientes?

No puedes.

5. ¿Cómo actúa enfermería en estas situaciones? y ¿Cree que el personal sanitario o de enfermería está preparado para atender estas situaciones?

Creo que el personal de enfermería actúa como puede porque depende mucho de cómo sea cada uno. Hay gente que es más seca, hay gente que es más cariñosa, más afectiva... Ya a nivel personal pues entonces claro, cuando viven estas situaciones... A ver, cuando estudias enfermería sabes que más tarde o más temprano a estas situaciones te tienes que enfrentar. Supongo que en tu subconsciente sabes que... supongo que no sabes cómo te vas a comportar hasta que no llega el momento ¿no? Yo pienso que no estamos preparados nadie, pienso, y nos vamos curtiendo a medida que pasan estas cosas, pero es que nunca terminas.

Y es que, aunque te formes en esto sí que te pueden dar matices o ir dando... es como lo de dar malas noticias, yo sería incapaz de dar malas noticias. Porque claro, no es el darlas, es saber cómo darlas, es que hay muchas maneras de decir las cosas. Y claro, en ese momento es cuando te dicen: “es que me duele la cabeza ¿me puedes dar un paracetamol?” acaba de perder a su hijo y tú ¿qué le dices? “pero es que no puedo dar una medicación si no estás visitada, tienes que hacer una entrada...” Pues claro en ese momento prefieres que te abran un parte y darle el paracetamol o ir a tu mochila y buscar uno ahí en el rincón. Claro y así un poco le dices: “¿No tendrá alergia no?” a ver si le va a sentar mal o algo, pero claro ¿qué haces? porque es que te piden de todo. O le dices a un médico “oye le voy a dar un paracetamol que le duele mucho la cabeza” y dice “sí dáselo o dale un Valium o dale un algo” que esto nos ha pasado. No estamos preparados yo creo para esto. Hay familias que son fáciles, que te lo ponen muy fácil, la situación también puede que sea más fácil o más difícil. Yo no lo llevo bien, no lo llevo bien porque

me cuesta.

Hay gente realmente que es muy agradecida, que parece mentira que después de lo que esté viviendo cuando se van te buscan para darte las gracias. Piensas, bueno, por lo menos se han sentido a gusto, ya no por lo que he hecho yo, sino por lo que ha hecho el servicio de urgencias, que ha sabido estar a la altura de ese momento. Pero yo pienso que no estamos preparados, que se necesita mucha formación. Pero más que formación se necesita un poquito de cariño y de... no es que digas: "te voy a enseñar a como tienes que actuar en estas situaciones", no. Yo pienso que lo que tienes que trabajar son las emociones tuyas. Tienes que trabajar mucho la empatía, que **(ella sopla)** empatía no hay en todos los sitios y es lo más importante. Es saberse poner en la situación de esa persona para saber lo que está viviendo y qué puede necesitar en ese momento. ¡Eso es lo que hay que trabajar! Tener un poco de calor humano.

¿El personal de urgencias cómo actúa? Yo pienso que de la mejor manera posible y pienso que no lo hace mal. ¿Se podrían mejorar muchas cosas? seguramente, pero supongo que esas taras o esos fallos las familias a lo mejor no las llegan ni a notar. "Le podría haber hecho una tila, que pena se me ha olvidado", seguro que esa señora se va y no me va a decir "ni una tila me has ofrecido". Son cosas que piensas mejorar tú para... "Podría haber estado más con él o si le hubiera dado, o si le hubiera hecho...". Pero yo creo que la gente se queda bastante con...

Por desgracia es algo que vives, no a diario, pero es mucho más frecuente de lo que nos gustaría, entonces, a ver, te terminas curtiendo. Pero te haces a ti mismo ¿eh? Intentas identificar la situación, intentas ver cómo es la familia, si son muchos si son pocos, intentas aprender a decir bien las cosas porque a veces somos muy bestias y yo entiendo que el COVID es una porquería, pero morir solo es peor. Entonces si hay ocho dentro del box, los que pasan calor son ellos, no tú. Que me digan a mí: "oye es que son ocho ves a decirles..." digo: "yo no voy a decirles nada si te molesta ves tú, se están despidiendo si tienen calor ya saldrán", y responde: "pero es que hay COVID" y yo: "y qué quieres, es que yo si fuera mi madre no me iba a mover de ahí".

Entonces un poco sobre la marcha. Yo pienso que lo hacemos bien ¿Qué se puede mejorar? pues seguramente, pero como se puede mejorar en todo. Pero bueno, vamos poco a poco, además, a veces no tenemos medios, no tienes personal... Normalmente se mueren o en críticos o en el 20 o el 21 que normalmente son míos, si tengo 4 críticos, 25 pasillos y uno se muere en el 21, voy poco y menos. Claro, es que intentas estar

presente, pero... Se habló de que cuando pasaba esto, se tenía que liberar a una persona, ¿tú crees que se puede liberar a alguien en urgencias? Pues entonces entre todos acompañamos a la familia, esa familia tiene que saber quién es su enfermera, quién es su auxiliar de referencia por si necesitan algo, pero si necesitan cualquier cosa, cualquier persona del servicio de urgencias están allí para darles una botella de agua, lo que sea. Si lo importante es eso, urgencias es un equipo y si no está uno está el otro.

6. ¿Cree que hace falta formación? ¿O es suficiente con la experiencia?

Podría ser suficiente solo con la experiencia, pero yo supongo que la formación te puede llegar a dar unas pautas y saber en qué puntos se puede trabajar más o menos. En un servicio de urgencias tú no puedes liberar a una persona cuando necesitas más y no menos. La formación te puede ayudar, que con pocos medios o con pocos recursos tú puedes hacer un acompañamiento, pero claro...

Yo no soy partidaria de hacer un acompañamiento de estar allí sentada con la familia porque habrá gente que lo necesite, pero yo personalmente no sé, a mí no me gustaría y entonces como a mí no me gustaría, pues basándome en mis necesidades, yo no quiero una persona ajena.

La última muerte que yo viví, que no fue inesperada, fue la de mi abuelo, a mí me daba mucha paz que viniera el médico cada poco a explicarme cómo iba. Hizo un ICTUS hemorrágico masivo, la propia hemorragia le mantuvo sedado y lo que duró, no recuerdo lo que fue. Pero, de vez en cuando venía y simplemente decía "si necesitas cualquier cosa estamos afuera" y yo no necesité que esa persona se quedara allí conmigo, además es que me molestaba, me hubiera molestado porque yo quería estar con mi madre, estar con mis tíos y estar con la gente que queríamos a mi abuelo. Si necesitaba algo me bastaba y me sobraba con saber que fuera había alguien para ayudarnos, si teníamos alguna duda, si mi abuelo se... lo que fuera, para mí era suficiente, entonces como eso es lo que me gustaría a mí pues yo no podría hacer un acompañamiento de sentarme allí porque no sé qué decir, no sé qué hago allí, entonces yo pienso que con saber lo qué decir o cómo actuar o un poco de formación o qué puntos trabajar de cada uno para poder estar a la altura o poder ayudar, yo creo que sería suficiente, pero vamos que el día a día es el que te marca.

Es como todo, yo aprendí mucho estudiando y mi experiencia me la ha hecho el trabajo y luego te das cuenta de que cuando te pones a trabajar no te acuerdas de nada de lo

que has estudiado, lo que te da la experiencia es el día a día del trabajo, pues en esto igual. Lo aprendes, por desgracia, a la fuerza, y tú vas dándote cuenta de... claro tú solo ves, me refiero si muere una persona mayor o se muere una persona joven tú no tienes, tú no piensas “vale este es el joven con lo cual...” es automático, tú ves la situación y ya te dice qué necesidades puede haber por parte de la familia. Si hay mucha familia, entonces prácticamente tú pasas desapercibida, si hay poca quizá estás un poco más encima para que noten un poquito más de calor, intentas tener la sala de acompañamiento limpia para que la gente esté allí cómoda, el trabajo de intentar estar con el de info-familias que es la persona a la que le dices “si necesitan cualquier cosa tú me buscas, tú me avisas, tú me llamas...”. Las pertenencias darlas a la familia con cariño y en el momento adecuado, no le digas “oye que está aquí la ropa toda rota del accidente”, intentar buscar el momento más adecuado para que no... claro, a veces son los detalles de “tienes la alianza ahí y ¿cómo le doy la alianza?” y tampoco vas a decir “oye toma dásela tú”, porque hay veces que la compañera te dice “bueno ahora sal y...” y digo “no no, sales tú”.

Es como a la hora de presentar al paciente, cuando ha habido un accidente, por ejemplo, el señor del otro día que tenía otorragia bilateral, le salía masa encefálica por orejas y nariz, tenía un TCE que cada vez que le tocabas en la cabeza te llenabas la mano de sangre y dicen “vamos a pasar a” y digo “aquí no va a pasar nadie de momento” y me dice “es que el hijo quiere entrar” y digo “pues al hijo le pones una excusa pero si todavía no ha visto a su padre, no lo va a ver en estas condiciones” porque metía miedo, ya solo el box metía miedo, el suelo lleno de sangre, las sábanas llenas de sangre, el paciente lleno de sangre, el aspirador lleno de sangre, las basuras llenas de sangre. No puede una persona que va a entrar a ver a su padre que se está muriendo, con todo eso allí que parecía un campo de batalla. Digo “el paciente tiene que estar colocado, tiene que estar arreglado” porque si no el impacto es mayor, tienes que cuidar mucho esos detalles y si tardas cinco minutos más pues tardas cinco minutos más, es lo que hay. Y además es que no es discutible. Si no me dejan cambiarlo, o no le puedes tocar porque hay veces que son muertes judiciales que no le puedes tocar... pero tienes que tener detalles con este tipo de cosas. El impacto de tener que verlo, pero no solo en el box de críticos, si no en cualquier box, tiene que estar un poco decente, no sé “¿cómo te gustaría verlo a ti?” “de ninguna manera por supuesto” pero si puedo elegir... pero eso todo te lo va enseñando la experiencia, porque al principio todo es “venga va porque la familia quiere entrar” y es que es verdad, quiere entrar, pero luego piensas “¡Jo! es que así no puede entrar”, entonces todo esto lo vas viendo con los días, u otra persona te

dice “ostras pero ¿no te das cuentas que así no?” y dices “ ostras pues es verdad” son cosas ... y eso no te lo da un curso, te lo da el día a día, te lo da el trabajar con tus compañeras, porque lo que no ves tú lo ve ella ¿sabes?, este tipo de cosas.

Yo pienso que la experiencia tiene... ¿que está bien formarse? por supuesto, continuamente, la formación cada poco. Estamos en un Hospital Universitario, además, aquí la formación es de lo que más hay, bueno o debería. Pero el día a día y la experiencia del trabajo es lo que marca todo, lo que te enseña más porque ves los fallos “in situ” y los aciertos y de todo se aprende, los aciertos los mejores y los fallos los cambias. Esa es mi opinión.

7. ¿Cómo es la interacción, comunicación entre personal de enfermería y familiares?

Normalmente suele ser activa, tanto la enfermera como la auxiliar en el cambio de turno se presentan a todos los pacientes y a las familias y le explican si hay cambios en el paciente, o si tiene alguna duda la familia la responden. Y la auxiliar igual, la TCAE, si el paciente está sondado, si el paciente tiene pañal o lo que sea, es lo que os he dicho antes, intentas que el paciente pues por ejemplo no le salga una úlcera por decúbito por estar encima de la tabla espinal tres horas, intentas que sus últimos momentos sean lo más confortables, porque además si el paciente está confortable, la familia está más tranquila que si le ven con cara de dolor o con cara de sufrimiento. Y si el paciente llega y se muere en el acto porque ha sido un paro o porque ha sido otra cosa, pues tú intentas apañar al paciente y cuando viene la familia les dejas estar.

Sí que es cierto que intentamos ser flexibles, dentro de lo posible, en que puedan estar todo el tiempo que quieran acompañándolo y se lo dices y que no se preocupen. Normalmente suelen irse antes de que tú les tengas que decir “os tenéis que ir”, pero se lo dices “estén el tiempo que quieran, lo que necesiten, cualquier cosa nos dicen”, les das pie a que si necesitan algo no tengan miedo de pedírtelo y en algún momento dado si el paciente lo tenemos en el crítico y lo tenemos que cambiar de box pues se le explica que vamos a pasar a otro sitio, pero no se le dice “ le vamos a pasar a otro sitio porque viene otro paciente” ¡no!, “ lo vamos a pasar a otro sitio en el que pueden estar solos, más acompañados, más confortables” les favoreces el cambio por su bien, se lo vendes de otra manera porque lo que menos necesitan ellos es una información que ni necesitan, ni les va ni les viene y que es innecesaria, pues simplemente les dices que lo haces por su tranquilidad para que ellos estén más tranquilos.

O sea, ¿la presión que pueda haber en el servicio no hace que esa interacción vaya a peor, por ejemplo, que haya muchísimo trabajo?

No debería ser así, puede que la conversación o la interacción sea mínima, pero tú se lo explicas, siempre tienes que explicarlo, o sea, tu padre se muere y yo no le tengo aquí abandonado y a ti no te voy a hacer ni caso porque no me da la gana, no, no ni mucho menos. Simplemente “ si necesitáis cualquier cosa nos llamáis porque urgencias está muy mal y estamos saturados y a lo mejor tardamos un rato y ves que no vengo, llamáis al timbre” que ellos sientan que si necesitan algo estamos ahí, que si nos ven correr o nos ven volar o nos ven para arriba y para abajo que si ellos necesitan algo estaremos ahí también, porque tienen las mismas necesidades que el resto de los pacientes que están en urgencias. A ellos no les puede afectar, o sea, ese paciente se ha muerto ya y ese paciente, para mí, ya no es mi paciente como quién dice, ya no tiene ninguna necesidad, ya no hay que cambiarle el pañal porque ya no se hace pis, no se hace caca, ya no lleva sueros, ya no lleva nada, quiero decir, es un fallecido. La familia está dentro y se está despidiendo, pero a esa familia puede que le dé un mareo, puede que necesite algo, puede que necesite un poco de agua, siguen estando allí en el servicio de urgencias y si me necesitan yo tengo que ir. No puede afectar a esa gente que tú tengas mucho trabajo, tienen los mismos derechos, eso si el paciente está fallecido y le están despidiendo, pero si el paciente está por fallecer pues más aún, quiero decir, salvarle la vida no se la vas a salvar, pero la familia tiene que ver que todavía te preocupa esa persona, vamos digo yo. Es que lo que no podemos perder es la humanidad, pero bajo ningún concepto por muy saturado que esté urgencias. Se puede esperar el que llama cada cinco minutos al timbre porque quiere al médico allí sentado en frente suyo, que no tiene encima nada, pero una persona que acaba de perder de manera trágica a su familiar pues me preocupa más el acompañante que el paciente, entonces no pueden estar desatendidos de ninguna de las maneras, aunque sea para una chorrada. Es que es así, es que vamos siempre a lo mismo “¿qué necesitaría yo?”, pues no le puedo dar algo que no me gustaría que me dieran a mí, y menos en una situación que estamos hablando de una de las peores situaciones que te puedes encontrar en la vida. O sea, no estamos de fiesta, no estamos de vacaciones, no. Es cuando más vulnerables estamos, no puede desaparecer el contacto, la interacción, la comunicación ¡nunca! Tienes que buscar la manera. Además, es así, la enfermera ¿cuántos pacientes lleva, siete? pues ese es uno más y la familia igual, pero igual que cualquier acompañante de cualquier paciente, que necesita información pues ira cuando pueda el médico o si le puedo ayudar yo... Se tienen que sentir acompañados, es algo imprescindible. ¿Qué lo

conseguimos? Pues a lo mejor a veces no siempre y no me voy a excusar en que no tenemos medios, no tenemos... que a veces lo que no tenemos son ganas después de según qué horas, según que tardes y según qué pues piensas “¡Jo! y ahora qué le digo” “me lo ha preguntado 25 veces y ¿ahora qué le digo?” y le dices a la compañera “te dije que apagaras el monitor, no para de pitar y la gente se agobia”, es que urgencias es así, puedes tener todo el tiempo para ellos o nada.

8. ¿Cómo se podría mejorar los cuidados a los familiares de pacientes fallecidos de forma inesperada y/o repentina?

Bueno pues supongo que la sala de información está bien porque la gente que está ahí despidiéndose pueden estar entrando, saliendo, cada uno lo gestiona como puede y eso era importante y además es una sala en la que el médico... bueno es la sala de las malas noticias, es como la sala de la muerte, es una sala donde el médico puede darle la información a la familia. A lo mejor no se la quieren dar a todos o no la quieren dar en la habitación y entonces es importante eso. Una sala en la que ellos se sientan a gusto. Es como cuando vas al tanatorio, yo cuando se murió mi abuelo había caramelos, había agua, había cosas y piensas “pues es bonito ¿no?” porque cuidan los detalles, es un caramelo, pero como que le da un poco de dulzor, cuadros y cosas así, porque quieras que no, no deja de ser un sitio horrible, pero dentro de lo malo estás allí y no te da como grima.

Nosotros tenemos una sala con butacas y un calentador de agua, unas cajas con té... más que nada porque yo no tengo por qué estar ...necesitas una tila te la puedo ofrecer una vez pero no voy a estar cada 10 min “¿quieres un poco de agua?” no, pues tienes ahí un calentador de agua, tienes unas botellitas de agua, tienes unas infusiones y cada uno que se prepare lo que quiera, porque a lo mejor no le apetece ahora pero dentro de diez minutos sí y no te van a llamar para que les prepares una tila, que si lo necesitan se lo hago, pero si no ellos mismos se la pueden hacer, o su madre “pues ya te preparo una tila”. Pues se necesita eso, un sitio donde ellos puedan estar si no están dentro del box. Lo que pasa que normalmente cuando el paciente fallece, ya prácticamente la familia casi se va, a no ser que tenga que venir un hermano, un hijo que estén un poco lejos en Barcelona o donde sea ... claro es que hay situaciones de muerte inesperada que a lo mejor el paciente tarda cuatro horas en morir, que si lo de la donación de órganos o que si hasta que no venga el último hijo ... pero el otro hijo lleva ahí cuatro horas, porque este igual no ha llegado, pero el otro lleva aguantando cuatro horas.

O esperar a que se desconecte y que tenga que decidir la familia...

Y todavía no está muerto. Normalmente cuando el paciente fallece es un adiós y hasta luego y la gente se marcha, papeles de la funeraria, la hora de la muerte, el DNI del fallecido y todas estas cosas. Pero lo más duro es cuando hay un accidente y tarda en morir porque hay que desconectar.

Y se sabe ya que va a ser una muerte inesperada.

Sí claro, y no lo han desconectado porque tiene que venir su hermana o tiene que venir no sé quién, pero claro, los que están allí se lo están comiendo y esos son los que hay que cuidar, porque el otro cuando viene sí que es el shock pero al ratito se va, a los que tienes que soportar son los que llevan ahí cuatro horas, ¿entiendes lo que te quiero decir?, porque cuando venga el otro hijo ya lo desconectamos, que normalmente es que es así, viene, le ve, se sale, le desconectamos, le apañamos, lo pasamos al box y entran a despedirse, si no es muerte judicial. Y ahí ¿qué pueden estar ya? ¿tres cuartos de hora? ¿una hora?, enseguida preparamos al paciente y lo bajamos, pero es que ese paciente a lo mejor lleva cinco horas en urgencias y los que se están comiendo la despedida son otros y entonces esos sí que necesitan más tiempo. Necesitan una entrada y salida por una puerta cercana al box (pues si están en el box 20 y 21 necesitan salir por esa puerta), porque si pasan por otra zona donde hay más boxes o salida y entrada de ambulancias y la gente no sabe que son los familiares del fallecido tú no puedes estar “a ver por esa puerta no se puede entrar, ¿no veis que es la de las ambulancias?” y claro a lo mejor son ellos y no puedo estar diciendo a todos “oye estar pendientes que a lo mejor son...”, pues si saliesen por el otro lado del box 20 y 21 a lo mejor sería más discreto y nadie les llamaría la atención ... porque claro, que te peguen una bronca en un momento de esos es lo que menos necesitan y que te digan “no mira, es que se está muriendo mi padre”, claro, es violento para todos.

Pues necesitarían eso, un acceso más rápido para que ellos pudieran estar en la habitación con la persona que va a fallecer o que ya ha fallecido, pero que en un momento dado necesitan fumar, necesitan café... claro a esta gente no le vas a poner miramientos. Porque ahora con el tiempo de COVID está todo más limitado y se ha intentado que la gente no se muriera sola. Hubo una situación que le dijeron que le dejaban entrar, era COVID positivo y la familia dijo que no quería, porque claro, cómo se vivió todo con miedo que fue al principio de todo, y se murió el paciente solo y es que nadie tiene derecho a morirse solo. Bueno, pues intentas hacer lo que está en tu mano,

acompañar al paciente que se muere y que es consciente que se muere, y a la familia.

Necesitan tranquilidad, que no los molesten mucho y que se tomen el tiempo que sea necesario para despedirse, que no les estés tú con la prisa. Yo pienso que la decisión de irse tiene que ser de ellos, no puede ser nunca forzada. En el tanatorio por ejemplo a las ocho cierran y tú sabes que a las ocho cierran, no te están echando, hay un horario, entonces bueno, pues a las ocho nos vamos. Que está bien que haya horarios porque la gente tiene que descansar.

Necesitan eso, que la despedida sea libre, cuando están muertos ya, ellos tienen que despedirse del difunto, entrar a decirle adiós. Pues esa despedida, que no suele ser larga, tiene que ser libre. No se pueden ver coaccionados a que tú estés allí con las llaves de mortuorio o que tú estés allí preparando papeles u “¿oye la hora de la muerte cuál has puesto?” ¿sabes? este tipo de interacciones que a veces se nos va de las manos cuando trabajamos. Y necesitan sentirse que han estado acompañados y que se vayan con la sensación de que hemos hecho todo lo posible si ha estado en nuestras manos, y que ha muerto en paz, que ha muerto sin dolor, porque es el miedo de todos muchas veces, el morir sufriendo. Y que se ha hecho todo lo posible, es como eso de:

“Si puedes curar cura, si no puedes curar alivia, y si no puedes aliviar acompaña”.

Pues muchas gracias.

De nada, a vosotras.

Anexo 7: Entrevista 3

Lo primero de todo, muchas gracias por haber aceptado nuestra entrevista y ayudarnos con ello en el TFG.

1. Cuénteme cómo es o ha sido su experiencia profesional durante la situación de muerte inesperada, tanto en relación al paciente como a la familia

Bueno, supongo que cuando decís una muerte inesperada os referís, normalmente o al menos en urgencias lo que se vive como una muerte inesperada, es una persona que estaba bien, previamente normal y que viene a urgencias o casi viva o casi muerta porque si viene muerte ya no viene a urgencias. Y si es una muerte inesperada se supone que pase lo que pase en la calle nos la traen que se está muriendo, quiero creer así ¿no? Entonces si es así, yo para mí esta es la situación peor que se puede vivir en un servicio de urgencias porque en un servicio de urgencias se puede tener mucho trabajo y aquel día sales súper cansada, puedes tener un mal día porque ha habido cosas que no han ido como tenían que ir y tal, y puedes salir enfadada... pero esto yo para mí es de las peores situaciones que se pueden vivir, porque además es algo que no sale bien, o sea es una muerte inesperada, que como es así, termina muriéndose una persona que no le tocaba y luego encima viene la familia como vienen y entonces es una situación traumática las dos juntas.

Además la situación es fuerte porque viene el enfermo, yo hablo como enfermera de críticos, me estoy poniendo en la situación de las cosas que he vivido, pues claro viene el paciente, una descarga de adrenalina terrible porque en el box de críticos entran las dos que estamos en críticos, entras allí y tú allí dando todo, haciendo toda la resucitación, porque normalmente si es una muerte inesperada, lo normal es que estén resucitando al paciente, entonces claro, tú estás allí el tiempo que hace falta controlando esto, medicación y tal, que la descarga es terrible. En aquel momento las enfermeras de críticos no piensan en la familia porque están ocupadas con el enfermo. Ahora sí que al menos la cosa ha cambiado un poco y se sabe cuándo viene el enfermo, cuando lo traen “¿sabe algo la familia?”, porque claro, tú ya ves cómo puede terminar y alguien “sí, se ha avisado y vendrán”, la secretaria ya están preparado porque claro, entran y hablan con el secretario “oye que me han dicho que un familiar mío lo han traído” y ellos ya saben y están esperando, los llevan a una sala, los apartan ... y la enfermera de críticos que es la que se ocupa del paciente, no está viendo y ni pensando en la familia

para nada, tú estás con el enfermo, de las pocas veces que separas enfermo y familia porque si no a veces el enfermo entra con familiares porque es un EPOC, porque le duele la barriga... y tú lo vives o lo tratas ya con la familia incluida y más o menos ves cómo lo cuidan. Aquí no sabes nada, vas con el enfermo a saco, a resucitarlo y cuando ha terminado, que ha terminado mal porque estamos hablando de una muerte inesperada, tú que ya tienes una bajada de adrenalina que dices “hasta aquí hemos llegado”, luego sabes que esto seguirá otra vez y que vendrá la familia y que será un dramón.

Me viene a la cabeza que he tenido bebés, he tenido adolescentes, he tenido jóvenes y he tenido adultos y lo que viene después es terrorífico, porque la familia no se lo cree y lo vive traumático, es siempre traumático porque aquella persona hace un rato estaba normal ¿no?, porque si no ya es otro tipo de muerte, es una muerte de una persona crónica que se muere y eso ya no es una muerte inesperada, es una muerte esperada a largo plazo o lo que sea ¿no? hablando así, entonces claro, son dos situaciones traumáticas, y claro la segunda parte te coge ya que estás hecha polvo porque estás ya cansada de todo, la adrenalina que has descargado y cómo para después saber que los vas a conocer, yo al menos cuando estoy en críticos conozco a la familia porque cuando entran yo me quedo allí, sé que alguien ha hablado con ellos, eso ya después os lo explicaré, pero enfermería, la que está atendiendo al paro no se ocupa de la familia en aquel momento.

Normalmente conocemos al familiar cuando tú has arreglado la persona que se ha muerto y entonces los pasas, esto es así como funciona y claro es una experiencia que termina mal siempre porque a veces la gente viene mal y se van y tú tienes tiempo de decirle “¿ves cómo te encuentras mejor?”... yo paso muchas veces a ver “¿cómo va el dolor? ¿cómo va el ahogo? ¿Está mejor? ¿está más tranquilo?” tiene la familia, los conoces, te los haces un poco tuyos, los cuidas, no sé, es lo bueno de la enfermería que es el cuidado del paciente. Allí no siento que cuido al paciente, allí siento que estás para un fin que es atacar y después se ha muerto y... **(ella sopla)** ¿qué te queda? Y dices “ostras y ahora la segunda parte” y claro es una situación dura, muy dura.

2. ¿Cuáles han sido sus sentimientos ante esta situación?

Bueno yo, como he pasado tantos años he cambiado mucho la manera de actuar porque claro, sí que recuerdo casos al principio, y entonces mi actitud era “me hago una barrera infranqueable”, porque cuando yo, no cuando estoy atendiendo el paro, por ejemplo, no

aquí no, aquí no piensas en todo... no hay sentimientos, estás allí venga va dale que te pego ¿no? , es la segunda parte que es la familia cuando entran. Yo recuerdo, pero muchas veces, que yo estaba obsesionada de decir “venga va”, una barrera completa porque yo no quiero que estos sentimientos me traspasen a mí ¿sabes?, entonces yo hacía una barrera, me acuerdo de estar siempre allí, no me iba... claro te estoy hablando al principio, yo era joven y acababa de entrar y allí los paros no eran como aquí como ahora, ahora vienen las cosas con el SEM con no sé qué, con una vía, te avisan. Antes no, la gente venía reventados y te los descargaban allí, entonces claro, vivías cosas muy fuertes y yo recuerdo una barrera absoluta, estar allí porque yo sentía que este era mi trabajo y mi obligación, porque a lo mejor la persona se desmayaba o la gente lloraba y tenía que haber alguien allí que estuviera para que vieran un referente, por ejemplo, el médico ya les había comunicado las cosas o lo que sea, y entonces si es enfermería la que cuida pues yo estaba allí pero yo tenía un muro seguro, infranqueable, allí tiesa y pensando “no no, a mí eso no me afecta” y me esforzaba un montón.

Y ahora, claro después de tanto tiempo yo diría que el muro que te construyes, porque yo creo que tienes que construirte un muro, porque luego tú te vas a tu casa y no te puedes llevar cosas porque tú tienes familia y tienes vida y nosotras estamos aquí y es un trabajo esto y no puedes llevarte las cosas a casa, no me sentiría profesional haciendo esto. Pero en cambio creo que el muro que me he construido es permeable, yo me veo más capaz de acercarme e incluso de estar allí a su lado sin que me afecte, pero sí que siempre te pones algo ¿vale?, pero ya te digo, siento que es permeable, que él se puede acercar a mí y yo a él sin que pase nada, porque claro, yo soy una profesional en esto, entonces aquí mi trabajo es atender al paciente que ya se ha muerto y a la familia porque eso es una continuidad. Y entonces claro, si tú te pones una barrera y te quedas así sin acercarte un poco más, no sabes hasta qué punto la persona que está allí tiene unas necesidades que yo no cubro, entonces claro, de esta esta manera si es permeable tú ves si a lo mejor aquella persona está sola, me ha pasado de estar con alguien que se estaba muriendo su marido y ella está sola, sin los hijos que estaban no sé dónde, y le dijeron que no había nada que hacer y se estaba muriendo y aquella pobre estaba... yo era capaz de sentarme a su lado sin hablar, porque yo también nunca voy allí a decir nada, yo espero, es él quien tiene que expresar cosas y cuando expresa sabes qué necesitan, a su lado y además no sé si me dijo, me parece que fue ella quien me dijo “¿no se irá, no?” y yo digo “no, yo voy a estar aquí a su lado”, yo pensando “madre mía o viene alguno y yo le explico todo lo que tengo por hacer o me da algo (risas)... pero...” claro con estas palabras “¿no se irá, no?” yo digo “no, por supuesto

que no”, pero claro yo ya no me derrumbaría para nada, son ya muchos años y eso ha cambiado en mí.

3. ¿Qué información tienen las familias en momentos de muerte inesperada?

Para el funeral se hizo un protocolo y esto está bastante claro cuando lo piden, los papeles que hay que darles, porque siempre traen el DNI, el médico firma el certificado de defunción, luego con esto se van... esto está bastante atado.

Con el monitor y cambios físicos, claro yo, si te pones por el ejemplo que la mayoría de casos son así o son tráficos o son infartos que no salen bien o son aneurismas de aorta cerebral o cosas así que luego ya te digo que la persona se muere. Claro cuando los traen que están vivos, está clarísimo que están vivos, si no, no entrarían a urgencias ¿vale? Al principio, claro, ni el médico que está atendiendo al paciente, ni las enfermeras que lo están atendiendo, no informan a los familiares porque ellos están allí, entonces claro, normalmente siempre son compañeros médicos que vienen uno, dos o tres que están siempre por allí, es un crítico, quiero decir, enfermeras somos dos, además una se pone siempre fuera en la puerta y “¿qué necesitáis algo, qué os pongo, qué tal... qué preparo?” pero estamos con esto, entonces siempre hay algún médico que, en teoría para mí es el que tiene que dar información que muchas veces da diagnósticos y cosas que no es nuestro trabajo. Entonces son ellos los que salen, y claro, normalmente como se hacía o como supongo que se hace, porque yo no estoy delante si estoy con el enfermo, normalmente siempre explican cuando les dicen: “la familia ya está aquí, está en la salita” la que hay ahora de información. Lo que no se si van a la salita o creo que mandan una o dos personas, porque yo al menos, si tuviera que informar yo, yo en una salita donde pueden haber diez personas yo no informaría para nada, porque creo que te tienes que dirigir a la persona más cercana que puede ser la mujer del marido o algún hijo o lo que sea y cuando hay allí tanto ruido, entonces no sé si puedes hacerlo igual ¿no?, yo al menos un representante lo entraría dentro, yo lo veo hacer muchas veces y les explican que ha venido mal, que ha sufrido tal cosa, que estamos haciendo todo lo que podemos y que está mal pero que iremos informando. Preparan el terreno, de momento dicen esto porque no saben cómo está terminando, porque claro cuando tú ya ves que llevan tanto rato de resucitación o dicen algo del TAC o yo qué sé, cualquier cosa... buah... ya está, no se puede hacer nada. Entonces claro, allí suelen ir “bueno mire está mucho más grave, la verdad es que de momento no está yendo bien, estamos haciendo todo” preparas un poco el terreno porque estás viendo por dónde va y cuando

se muere el paciente quien sí sale normalmente es el médico que lo ha atendido y cuenta. Al menos siempre se hace bastante así, y si no, creo que debería hacerse así, la persona que lo ha llevado es la que tiene que decir luego “mire, ha venido, ha sido un infarto, hemos hecho todo esto, no ha podido aguantar porque tiene tal cosa, lo que sea, y ha fallecido”.

Cuando dices que preparáis el terreno, digamos que se refiere a que vais como desmigando un poquito ¿no? lo que es algo que ya va a ser inevitable, no se lo decís de golpe, sino que vais preparando a la familia poco a poco.

Exacto, a no ser que, por ejemplo, lo hayan traído y la familia no esté aquí y tú lo resucitas y lo que sea. Lo dejamos en el box porque lo que no puede ser es que se baje a un sitio donde la familia ni lo ha visto. Yo esto lo encuentro horrible y traumático. Entonces se llama y, alguna vez ha pasado de “no, no va a venir nadie” porque no sé quién vive en Barcelona, y a lo mejor no era tan inesperado, una persona mayor y tal... Pero si no, la familia viene si están por aquí o lo que sea, y claro, tienes tiempo de mientras tú estás allí haciendo la resucitación, tienes tiempo de decir cosas, yo creo que así a lo bestia no se puede decir, hay que preparar “está muy mal, estamos haciendo todo, no se preocupe, le iremos informando, pero...” no sé, un poco así para que no sea tan traumático. Es que yo creo que la gente con una cosa tan bestia se puede bloquear y entonces ya no entienden nada.

Eso es, hacen un colapso mental.

Hacen un colapso mental y da igual lo que les digas, no han entendido nada.

4. Explíqueme qué necesidades son las que cree que tienen los familiares que han sufrido una muerte inesperada de un ser querido en un servicio de urgencias

Yo separaría dos momentos, cuando estamos atendiendo al enfermo y después. Cuando están atendiendo al enfermo y sintiéndolo mucho, a ver, yo entiendo que la familia las necesidades que tiene son ver, tocar, mirar y estar viendo qué está pasando ¿no? Creo que es una necesidad que no se puede cubrir en aquel momento. Porque, alguna vez nos habían planteado... “¿Qué os parecería que durante un paro la familia entrara y tal?” A mí me parece fatal. Fatal porque en un paro y en un servicio de urgencias que se dicen tacos y se dicen cosas “tú no te enteras, no sé cuántos, oye lo

esto y lo otro”, la gente no puede ver esto porque pueden malinterpretar lo que está pasando y tener la sensación de que no se ha hecho bien, de que se ha muerto y se ha hecho mal, y esto les queda para siempre. Entonces, a pesar de que se les pide mucho, que es: “mire tendrán que esperarse aquí, les iremos informando y cuando puedan les dejaremos pasar”. Pero yo, aunque realmente es una necesidad importante de ir y ver, y estar viendo lo que está pasando y tocarlo y observar, yo creo que esta necesidad en este momento para mí, no se puede cubrir.

Lo que sí que se puede cubrir y se debe hacer bien es después, cuando les has comentado que ha muerto y tal. Yo para mí es muy importante y de hecho es de las cosas que más me preocupan cuando entran al box. Al menos si ha sido mi paciente, quiero que el box esté arreglado, que esté limpio, no que no haya restos es que, si no hay nada, pueden pensar que no se ha hecho nada. No. Pero allí se termina con cosas por el suelo, papeles, sangre... a ver, no pueden ver esto, así como una batalla campal porque pueden pensar que su familiar ha sufrido un montón, se pueden malinterpretar cosas. Además, cuando hablas se quedan con la mitad de lo que les dices, pero cuando miran, no se quedan con la mitad de lo que ven. Cuando miran y ven, la familia de la persona que se ha muerto, esto les queda grabado eh.

Entonces, hay que ir con mucho cuidado, porque tú les dices “se ha muerto, no sé qué...” y dicen “bueno, entonces pues nada y ¿Cuánto vamos a estar aquí, más horas no?” Y tú... Yo he estado al lado del médico cuando ha dicho esto. Alguien, aunque no haya sido una muerte repentina y no ha entendido nada. Le acaban de decir que se ha muerto y no lo ha pillado ¿Sabes? O... “Bueno, entonces ¿me lo puedo llevar a casa y entonces qué?” y tú... no lo ha pillado, vale. En cambio, cuando ven se les queda aquí en la retina puesto esto (**se señala el ojo**). Entonces a mí me gusta que el box esté... aunque las basuras estén llenas porque la limpieza no ha entrado, si no demorarías mucho esto ¿no? A veces cuando son muertes judiciales, no puedes tocar muchas cosas, pero sí que al menos yo pongo algo aquí (**se señala el cuerpo**) limpio para que no haya sangre ni haya cosas, y si tiene una herida en la cabeza se venda y la cara limpia, y puesto y tapado hasta aquí (**se señala el cuello**). Y que se vea que allí ha habido actividad, pero que no tengan una mala imagen, porque esto sí que les va a quedar. Después dirán: “no me acuerdo de que me dijo el médico, no me acuerdo de que le pasó, no me acuerdo de qué murió”, pero sí que se acuerdan de verlo allí.

Para mí esto, hay que ir con mucho cuidado. Entonces esta necesidad sí que creo que tiene que estar cubierta y, además, si tiene que venir la mujer, si tienen que venir los hijos y tiene que venir quien sea, a mí es que me da igual la cola que haya. Ahora hay una cosa que se tiene que actuar aquí y si hay mucha cola, pues pincharemos en el pasillo, pero yo es que me niego a que... cómo ha ido todo, que ha ido mal ¡ encima! para mí sería una falta de respeto. Tiene que entrar quien tiene que entrar y ellos normalmente que es la persona más fría o aquella que dice: “ya estamos, nos vamos”. Pero hasta el final, hasta que venga la última persona que le tiene que ver, no estoy hablando de la vecina del quinto, hablo de hijos y gente muy cercana. Creo que tiene que ser así y esta necesidad sí que se tiene que cubrir, pero la otra...

Dentro de esta necesidad ¿Qué tipo de cuidados crees que han ido o van mejor?

Yo creo que hay que estar allí, es lo que he explicado antes, hay que estar allí porque mira, ellos entran con un miedo que te mueres. Además, tienen una sensación de vulnerabilidad terrible porque mira, si se muere una persona que tenía cáncer de hace diez años “como yo no lo tengo a mí no me va a pasar en este momento”, pero si tú hoy vas a la calle y te ha atropellado un camión, tú tienes una sensación de... “Ostras, si es que... qué desgracia ¿Cómo le ha pasado esto?” Te puede pasar a ti, te sientes fatal, te sientes mal, es que tú imagina, siempre te lo aplicas un poco a ti y después encima si le pasa a un familiar tuyo y piensas en el otro... “Mi madre ahora no tendrá a su hijo, yo no a mi hermano, a mi hermana, que tal...” Entonces, creo que debemos de entrar, debemos de estar allí y yo estoy allí. Lo que pasa es que yo nunca me pongo al lado del núcleo allí y tal, porque la gente entra y uno llora, el otro también, lo abrazan, no lo tocan... les da miedo tocarlo a veces, no lo tocan porque es que no saben... y yo siempre estoy allí porque tú puedes ver si hay alguna cosa puede ir mal.

A veces hay alguna chica jovencita que lo lleva fatal, son los que peor lo llevan y por si la cojo, por si sale... y yo estoy allí porque me da la impresión o quiero que vean que se ha muerto su familiar, pero enfermería todavía está allí, aunque esté muerto y no hay nada que hacerle ¿No? No es “se ha muerto y yo lo abandono y ya está”, “Se ha muerto, adiós”. Eso tiene que dar una imagen o una sensación horrible ¿No? Se ha muerto, pero no está solo, está allí enfermería todavía a su lado que lo ha limpiado, que lo ha puesto bien y no da la sensación de que ya está y que está abandonado y tirado. No sé, si estás allí y haces presencia, pero ya te digo, fuera, un poco casi en la puerta porque ellos se hablan sus cosas y se dicen sus cosas y yo creo que es muy íntimo. Pero claro, si me

voy lejos yo no sé si está pasando algo allí, entonces un poco apartada y así, es lo que yo hago.

5. ¿Cómo actúa enfermería en estas situaciones? y ¿Cree que el personal sanitario o de enfermería está preparado para atender estas situaciones?

Cómo actúa enfermería ya os he dicho más o menos. ¿Y si creo que está preparado?, yo creo que debería estarlo, debería estar preparado porque enfermería en teoría tú atiendes a los pacientes en todos sus campos, sobre el cuerpo y el espíritu. No hablo de creencias religiosas ni nada, que si fuera necesario creo que hay alguien que tiene que actuar en esto, pero lo que es el espíritu, el sentimiento y todo esto, enfermería en teoría es un personal que en todo esto hace un cuidado completo y entonces debería saber cómo atenderlo. Lo que pasa que esto supongo que también influye cómo eres tú como persona, la experiencia que tienes, las veces que te ha podido pasar ¿no?, pero enfermería debería saber dar el apoyo tanto en esto como en otros casos que pasan que no es de muerte y también son necesarios. Pero yo para mí, sí que creo que debería estar preparado. ¿Qué lo está? bueno... ahora mismo yo creo que esto es una necesidad que se debería cumplir. Aquí deberían hacer ciertos cursos obligatorios, yo no estoy hablando de cómo trastear una BIPAP, una CPAP. Esto para mí debería estar incluido en el programa del trabajo y dos cursos al año en horario laboral para que todo el mundo pudiera asistir.

Debería haber alguien que supiera ayudar a canalizar esto a las enfermeras de decir “mira en estos casos tenéis que actuar de esta manera, hacer esto” en horario laboral para que todo el mundo pudiera asistir y todo el mundo estuviera preparado para esto porque nos falta un poco. Yo he hecho a veces algún curso y los encuentro muy buenos, una vez uno de Barcelona que vino y los encontré muy buenos y además que hacían falta. Te ayuda a tratar mejor al enfermo, que a veces estamos estresados, estamos cansados y estamos de todo y a veces no se trata al enfermo como deberíamos, pues imagínate a los familiares. Es una necesidad que se tiene que cubrir y facilitar para que la persona realmente esté preparada para esto.

6. ¿Cree que hace falta formación? ¿O es suficiente con la experiencia?

La experiencia ayuda y ayuda mucho, porque como has vivido muchas veces situaciones parecidas, yo creo que te es un poco más fácil ¿no? además cuando tienes más experiencia también tienes más edad y cuando eres joven pues claro, actúas como

una persona joven que eres más visceral, más así... y luego ves la cosas cuando te pasan de más mayor, desde la barrera y entonces tienes mucha más perspectiva de lo que está pasando cuando te apartas un poco. De lejos se ve mejor, que no estar allí en medio del meollo y tal.

Y sí, hace falta formación. Yo casi la pondría como obligatoria. Ésta y algunas más, y es que deberíamos tener una formación anual que entrara en el horario laboral, no decir “te quedas a la tarde que ya cogerás las horas otro día” ¡no!, no porque a la tarde la gente está cansada, o “vienes por la mañana y no sé qué” ¡no! Hacer una formación, y esta atención para mí es muy importante, mucho.

7. ¿Cómo es la interacción, comunicación entre personal de enfermería y familiares?

Si hay presión sí afecta porque además te ves obligada a hacer cosas que no harías normalmente y esto te hace sentir fatal. Porque encima parece ser que quieras hacerlo, cuando tú no quieres hacerlo. “Mire perdone, pero es que no pueden pasar muchos porque...” ¿Sabes? En esta época de COVID esto se ha vivido horrible, horrible. La gente ha muerto sola o ha estado sola, se ha procurado que no fuera así, pero es que no se llega ya, es que no se llega a más. A veces, por culpa de no llegar la calidad asistencial que se ha dado muchas veces ha sido horrible y esto sí que te hace sentir mal. A mí no me hace sentir mal si me voy y hay ocho pasillos, lo que me hace sentir mal es que me obliguen a hacer no sé qué cosa porque resulta que me lo exige el servicio. No tengo fuerza, a veces sí que tengo eh, digo tres tacos y se acabó y alguna vez me he puesto jotera y he dicho que ¡no! Lo que pasa que claro, yo sé que haciendo esto perjudicas a otro, pero es que, a ver, al otro no lo conozco y me es más fácil solidarizarme con quien sí.

Y encima esto, como el paciente ya se ha muerto hay unos cuantos vivos que necesitan ayuda ¿no? y entonces, creo que se minimiza un poco los sentimientos de la familia, y dices: “perdone” a veces son comprensibles y “mire perdone es que está tan mal es que deberíamos ya bajarlo y tal” y dicen “oh es que está viniendo de Barcelona” y tú... ya, pero es que bueno, como esté en críticos y nos llamen que viene un crítico... **(sopla)** o sacas a uno al pasillo y lo metes a él porque no lo vas a dejar en el pasillo... o se tiene que hacer algo así porque es que claro, cuando baje abajo ya se habrá acabado para la otra persona y puede ser muy gordo esto eh, puede ser muy gordo, entonces hay que ir un poco al tanto con esto. Es difícil eh, cuando hay presión es difícil porque actúas

muchas veces como no quisieras. No quieres actuar así.

¿Esto te impide que te relaciones con la familia?

Claro, hombre claro, porque es que ¿con qué cara los miras encima de que la cosa ha ido así de fatal? lo que pasa que sí se tiende a respetar bastante este tema, quiero decir, que yo antes sacaría a otro al pasillo, punto final. Antes sacaría a otra persona que no a esta persona ¡no, esto ha empezado y tiene que acabar! y tiene que acabar como tiene que acabar, ya que ha ido mal para el enfermo al menos no mal para la familia ¿no? Creo que estando conmigo yo no lo permito, es decir, que si está viniendo quién sea viene y lo ve, y se despide. Porque es que no lo verá más y es que a veces necesitas verlo allí muerto para... esto a ellos les ayuda después a aceptar la muerte de la persona eh, el duelo, porque como no lo veas es que puedes llegar a pensar que es mentira lo que está pasando. Tienen que verlo si quieren, que hay gente que no y eso es respetable absolutamente. Es decisión propia “no quiero verlo” no pasa nada, además les vas a decir: “no pasa nada no se preocupe” porque encima se sienten mal.

8. ¿Cómo se podría mejorar los cuidados a los familiares de pacientes fallecidos de forma inesperada y/o repentina?

Creo que ya está como bastante organizado. Necesitan un sitio para estar porque antes no había sitio y entonces estaban en la sala de espera por ahí llorando, unos fuera, unos dentro. Claro, empieza a llegar gente, en pleno COVID la cosa ha sido difícil, esto del COVID es un paréntesis. Pero ahora, al menos al estar en el departamento de la sala de espera y todo por allí pueden entrar varios familiares y si hay seis porque son mucha gente, pues hay seis, no pasa nada. Al menos estar juntos hasta que se comuniquen las cosas. A mí me gustaría pues todos juntos, cuando haya que comunicar algo pues ir allí y decir: “Por favor, el doctor quiere hablar con ustedes ¿Quién viene?” dos personas, una desde luego no, siempre es la más allegada y alguien un poco fuerte y los pasaría dentro. Allí no, es que a mí me da la impresión de que a lo mejor hay mucha gente y siempre hay alguien que da la nota y hay que estar por la persona que hay que estar que es la que lo está pasando peor ¿no?, entonces yo los entraría dentro, les daría la información para que la persona estuviera tranquila y pudiera preguntar lo que se le ocurra o lo que sea y luego los acompañaría otra vez e iría haciendo esto hasta que después, cuando la persona se haya muerto, pues los cogería y en un poquito de grupo, tres, cuatro, no sé, ir entrando y ver a la persona que se ha muerto y verlo ya te digo arreglado, que no tengan una mala impresión.

No es un consuelo, pero te ayuda yo creo después cuando han pasado los días de pensar, sí se murió y tal, y pensar... hicieron todo lo que pudieron, a mí creo que me importaría eh, hicieron todo lo que pudieron, pero el accidente fue muy gordo y no lo superó. Entonces, verlo allí y tener ya te digo la imagen es que se les queda eso, siempre se acuerdan de lo último que han visto, de la última vez que lo vieron. Y para mí esto es muy importante y que cuando entren esté alguien allí, que no vean que ya lo hemos dejado y que ni le miramos ni a la cara al enfermo o al... Bueno, continúa siendo nuestro paciente ¿no? que esté allí y que tú estés allí cerca y explicarles bien las cosas y bueno pues nada, darles el pésame “lo siento mucho” “¿necesitan algo?” “¿quieren ustedes algo?” ofrecerte en lo que necesiten y ya está, porque por desgracia aquí se termina esto por parte nuestra eh, luego a ellos les queda lo suyo.

¿La sala a la que te refieres es la sala de malas noticias la que hay al lado del office?

La que hay al lado del office que allí estaban antes los visitantes médicos, pero claro allí se montó esto y se puso agua y vasos y pañuelos, y no sé si había incluso una tetera o alguna cosa para hacer algo ¿sabes? y un poquito de cosa porque bueno, a veces se alarga, a veces ha sido una muerte inesperada que dicen bueno, a ver pin, pan, pun es una hemorragia cerebral todo el cerebro, no sé qué... quiero decir, no hay nada que hacer, se muere. También es inesperado, hace un rato estaba bien y a lo mejor se alarga un poco y al menos estar en un sitio porque es que tienen mucha angustia. Cerca porque no está lejos. Mandarlos a casa para mí es un crimen absoluto, tienen que estar allí porque es que en algún momento pueden sentir la necesidad de “¿puedo pasar otra vez?” y ya te digo, cuando la cosa ya está... pues si ellos quieren pasar y ya no hay nada que hacer, pues bueno pasarlos allí.

El problema es cuando la muerte se alarga en horas

Claro, a veces puede pasar eh, que ha sido una muerte repentina, claro no sé si esto entra dentro de aquí.

Sí.

Claro, una muerte repentina es que la persona estaba bien y le ha dado un chungazo y le ha pasado algo. Claro, a veces se mueren en críticos y a veces se alarga un poco pues porque le hacen un TAC y dicen, una hemorragia cerebral brutal que ocupa todo...

Y no hay nada que hacer, es que no hay nada que hacer allí y entonces dices: “bueno mire, no hay nada que hacer” ha recibido un golpe en la cabeza y tal, y se está muriendo, no se puede hacer nada quiero decir, la hemorragia es ahora mismo, la persona es vegetal cómo les digan, cómo crean ellos más técnico, más conveniente y tal. Y entonces claro, la persona aquella a lo mejor dices “bueno... no hay nada que hacer” lo vamos a sacar de críticos porque es que claro, no es importante que lo saquen de críticos porque a lo mejor luego nos viene otra cosa, un politrauma y no tienes donde meterlo, esto no. Pero al menos si se saca de allí y se pone en un box, comfortable, tranquilo y tal, pues bueno allí, y que vean que estamos, a veces se alarga un poco y tienes que entrar más. Entonces sí que conoces ya un poco más a la familia y tal, pero bueno en principio cuando se deja y no se hace nada, no se hace nada. Y claro, la persona ya no... cuando lo ven tan claro es que la persona dura poco, dura poco, encima si lo sacan ya de críticos y lo meten en otro sitio ya lo pierdes también cómo enfermo. Porque claro, no te vas a ocupar de él y de críticos. Es que es complicado por la situación y por la gente que somos ¿sabes? si hubiera más personal y ¿se podrían hacer más cosas? Sí, pero estas y muchas más otras también eh. Pero bueno, yo creo que hay que jugar con lo que hay y no meter más presión, quiero decir, que hay veces que dices “esto sería lo ideal”, ya, pero, aunque sea esto lo ideal, como es imposible es que no hace falta hablar de este tema ¿Qué tenemos? ¿Qué podemos hacer con lo que hay?

Pues ya está, muchas gracias.

De nada.

9. Fuera de entrevista

Hace ya muchos años, no sé qué hora de la madrugada, las 3 de la madrugada o así, y nos trajeron un chico de veinte pocos años, muerto no, no me acuerdo en este momento si hicimos la resucitación, yo diría que no, pero fíjate que no me acuerdo de eso. Lo que sí te puedo decir es que estaba en un box que teníamos cuando entrabas, estaba allí estirado, estaba muerto, ya no se pudo hacer nada. Y vino el hermano y la novia, que también estaban por ahí y los llamaron. De los padres tampoco me acuerdo. Y cuando entró el hermano y lo vio allí estirado, que era jovencito también, yo estaba en la puerta construyéndome una barrera de aquella de la época de los romanos, así de gorda, porque yo pensaba “esto no lo aguantaré” ¿me entiendes? Y el hermano iba caminando, hizo tres pasos y no pudo acercarse, se le doblaron las rodillas y cayó de rodillas al suelo llorando, y la novia que estaba al lado le cogió un ataque... yo no sabía que

buscaba porque tenía al novio allí que lo podía haber abrazado y no se atrevió, no sé qué quería, pero yo estaba en una pared. No sé cómo hubiese actuado yo ahora aquí, me tendría que encontrar en esta situación. Probablemente sin tocarla, porque tienes que tener mucho cuidado al tocar en estas situaciones que tú no sabes si la persona quiere que la toquen, me hubiese puesto más cerca para que ella me viese.

O puede ser que ella te hubiera abrazado... o no.

A mí no me gustaría, pero posiblemente me aguantaría ¿Quizá debería de hacerlo? Si esa fuese la necesidad que ella hubiese tenido... era muy gordo, estaba viendo el hermano de su novio, que estaban de fiesta todos por ahí y cuando aquel tuvo esto, debían los amigos llamar o alguna cosa hicieron, después vinieron los padres, no me acuerdo de estas cosas porque han pasado muchos años. Lo que os puedo decir es eso, que en aquel momento algunos tienen la necesidad de tocar y de acercarse al lado y otros no ¿cómo lo sabes?, tienes que dejar que la persona manifieste lo que quiere ¿sabes lo que te quiero decir?

También he tenido niños y me acuerdo de uno que lo trajeron, que además se les murió por el camino, hizo una muerte súbita, y lo fueron a despertar en la cuna y el bebé estaba muerto. Lo cogieron y lo trajeron y claro, cuando lo trajeron tenía una cara de muerto de hacía rato. Y cuando entraron, yo estaba en urgencias de pediatría y lo primero que hicieron fue dármele para que lo custodiara. Yo lo cojo, muerto y remuerto, era imposible hacer nada, estaba morado completamente, helado. La sensación de tener un bebé muerto encima es inolvidable, es inolvidable porque tienes una sensación espantosa.

Si es de una persona grande... mi abuela se murió en mis brazos y después se me quedó un frío interior que no me lo podía quitar, no sé qué me pasaba, sentía como si me hubiese entrado hielo por dentro. No es la sensación que tuve cuando tuve al bebé, lo del bebé era... es que cambia la manera de cogerlo, es que con los ojos cerrados tú sabes si te están poniendo un bebe muerto o no, horroroso, me lo dieron y se sentaron y el médico les explicaba lo que era una muerte súbita y yo lo dejé en la camilla y me quedé a su lado y pensé "si se giran yo quiero que vean que estoy allí y que no lo estoy dejando". Estaban de espalda al bebé y yo no sé, pobrecitos, lo que les estaba pasando por dentro. Es una sensación de muerte que no te esperas que vamos... puedes reaccionar de mil maneras, tienes que estar allí, pero es lo que te digo, puedes ser un poco más cercano. No sólo que tú sepas que estás ahí, sino que lo sepan ellos también que yo estoy allí para lo que sea ¿no?, no sé.

Han pasado muchos años y no me acuerdo de muchas cosas, pero imágenes tienes un montón ¿sabes qué te quiero decir?

Es como has comentado antes que se quedan con la imagen y si todo está lleno de sangre no puedes entrar a un familiar y que vea todo eso y hay que arreglarlo a no ser que sea judicial

Pero judicial es de cara al enfermo, no le puedo sacar vías y no le puedo sacar cosas, ni sondas ni nada, pero el suelo sí, el enfermo lo van a bajar abajo y no va a venir nadie a mirar, si he gastado gasas ...tiene que estar todo dentro de la basura porque a lo mejor miran y ven que se han hecho cosas allí pero que no es una batalla campal. Lo que más les preocupa es si ha sufrido, si no ha sufrido y todas estas cosas. Eso es lo más importante.

Sí, siempre te preguntan “¿ha sufrido?”

Eso es lo más importante saber si ha sufrido, claro “¿ha sufrido?” Les digo: “cuando lo han traído nosotros enseguida hemos actuado, hemos puesto todo lo que hemos considerado necesario...” Yo no quiero decir una mentira “no ha sufrido nada” eso no lo puedes decir porque si tú no lo sabes, eso es mentira ¿sabes? Ahora cuando a veces ha sido tan repentino que se ha sincopado ha caído al suelo y se ha desplomado y se ha muerto... “No, no, no ha sufrido nada”, entonces yo creo que lo puedes asegurar.

Yo creo que los tienes que tranquilizar y les tienes que dar el mensaje que sea, cómo sea para que ellos no se vayan pensando que le han pasado cosas horribles y que se ha muerto sufriendo y se ha muerto... Yo siempre les digo que estábamos todos allí y nosotros... porque después claro, cuando el médico se ha ido atacan con estas preguntas que ya no son tan técnicas. Bueno, yo intento dar mensajes tranquilizadores a ver, ya no hay nada que hacer. Mentiras no quiero decir, pero puedes...

Esto es como cuando hacen una autopsia por una muerte violenta, ahora que ha desaparecido la chica de las noticias, que ha aparecido muerta, muchas veces lo que sale en las noticias es “ha sido una muerte violenta”... ¿Ves? Ya piensas ¿habrá sufrido?

¿No se dan cuenta de que hay familias que la conocen? ¡por favor! Pero es que la gente no sé... Y más desde estas modernidades que hace la gente que se insultan por el teléfono o estas cosas que hacen, si este periodista tuviera delante a la madre, a ver si

tendría narices de decir “Una muerte violenta le hicieron de todo...” ¡Por favor! ¿Qué sabes? ¡cállate!

Es extrapolable al box de críticos, la imagen, a lo que va a ver, cómo lo va a ver, cuidado con las palabras, si ha sufrido si no...

Hay cosas que tienes que obviar porque ellos no lo entienden y esto no beneficia en nada. “Le ha pasado esto y hemos hecho lo que hemos podido, hemos estado todos allí”, pero se ha muerto igual, no ha habido suficiente porque “ha sido un traumatismo muy grave” y ya está. Ellos se quedan con el que han hecho lo que “han podido” a veces hay pequeñas cosas que te consuelan. Al final después ya solo quieres consuelo, no quieres nada más porque el familiar ya no lo tienes.

Pero claro, hay tanta faena que muchas veces ya te digo, no haces todo lo que deberías hacer y cuando hay tanta faena se pierde calidad asistencial clarísima, pero en estos casos y en otros, en todos. Que hayan pasado cuatro horas y tú no vuelvas a ver al enfermo el cual has pinchado a primera hora es horroroso. Porque él está allí y dice: “no viene nadie aquí”, al menos saca la cabeza “¿Cómo va todo? ¿Quiere algo? ¿Qué está bien?” Porque él sabe que si tú haces la ronda... Yo ahora ya no tengo alumnas, pero yo les decía el teléfono no lo traigas, delante mío no lo quiero ver. Ahora sí, porque ahora resulta que hay cosas que no saben y a través de esto miran en internet para ver para qué sirve el medicamento y cosas así, entonces no pasa nada, ya no lo veo tan grave, pero “cuando no tengas cosas que hacer, ves a hacer la ronda “¿Qué se le ha ido el dolor?” “(alumna) no lo sé, le hemos puesto Nolotil” “sí, sí eso ya lo sé y ¿se le ha ido el dolor?” o “¿Qué se ahoga más o se ahoga menos?” o “¿Sabes si ha venido la mujer de este señor que le hemos dicho que pasara?” “(alumna) Bueno, le hemos dicho que pasara” “¿pero ha pasado?” “no sé”. Ves, cuanto más vayas, más fácil te será tratar al enfermo. Bueno esto no tiene nada que ver con esto.

Sí, sería extrapolable a la familia “¿tú sabes que necesita la familia? Te han pedido agua ¿le has llevado el agua? O una tila ¿se le han pasado los nervios?”

Claro.

Saber si la familia tiene cubiertas en ese momento esas pequeñas necesidades, pequeños detalles que... no “mira me han dejado aquí el agua o la tila...” ala, le das la tila, te vas y no vuelves.

Lo que pasa siempre en estos casos es eso, la enfermera que atiende al paciente que después se muere, hasta que el enfermo no se ha muerto no ve a la familia. Porque es así, no voy a dejar el paro para ir a ver si ha venido la mujer, para nada, ya habrá otra persona que hará esto y se le dirán cuatro cosas y después será cuando le dirás más cosas. Tampoco puedes ir y decirle a cada momento “bueno todavía están resucitándolo” no puedes estar allí continuamente diciendo cosas porque no estás diciendo nada. Un poco al principio, un poco por el medio y ya el final trágico. Después ya pasarán y después ya miraremos a ver qué necesitan o qué, pero bueno, ellos han de tener la sensación de que... Por eso la gente cuando vienen y ven a alguien conocido: “hay que bien que estás por aquí” y tú dices: “no sé si podré hacer algo, pero si necesitas algo ya sabes que estoy aquí”. Ya se sienten como tranquilos, si ellos tienen a alguien cómo más referente o, a alguien que saben que está ahí pues se sienten más apoyados.