

AUTORES/AUTHORS:

M^oCARMEN BERBÍS MORELLÓ, GERARD MORA LÓPEZ, BLANCA ESCATLLAR GONZALEZ, PILAR MONDELO ALVAREZ, ANA MORO DE ANDRES, JOAN MARIA PRIM, MONTSERRAT CANADELL OLIVE, JOSEP MARIA ESTELRICH BARCELÓ, CARMEN FERRÉ GRAU

TÍTULO/TITLE:

LA SALUD PSICOEMOCIONAL DE LAS FAMILIAS Y PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN EL PROCESO DE LA MUERTE

Objetivos:

Identificar las percepciones, vivencias y sentimientos que tienen los profesionales de enfermería respecto al acompañamiento familiar en una situación de muerte en urgencias de un Hospital de Tarragona.

Conocer las percepciones, sentimientos y vivencias de las familias que viven una situación de muerte en un servicio de urgencias de un Hospital de Tarragona, respecto a la atención recibida.

Metodología:

Estudio descriptivo fenomenológico. Paradigma cualitativo, utilizando la Teoría Fundamentada para el análisis de datos. Éstos fueron recogidos a través de entrevistas en profundidad realizadas a quince enfermeras con experiencia en el ámbito de las urgencias y a diez familias que habían estado en urgencias acompañando a pacientes durante cualquiera de las etapas del proceso de muerte. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas literalmente y verificadas por los participantes.

Se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas que incluía: edad, género, estado civil, antigüedad en urgencias, formación en duelo para el grupo de enfermeras y edad, genero, estado civil, parentesco con el difunto, tiempo de estancia en urgencias y tipos de muerte para el grupo de las familias.

De acuerdo con los aspectos metodológicos, en este estudio se realizó una revisión bibliográfica simultánea al análisis de las entrevistas. Los descriptores utilizados fueron: family relations, emergency service, family, grief, mourning, death, hospital, emergency nursing, department i bereavement. Se utilizaron filtros en año de publicación (menos de 10 años) y idioma (castellano, inglés y portugués). Las bases utilizadas fueron: PubMed/Medline, CINHALL, PsycNET, Cuidatge, CUIDEN, ENFISPO, MEDES, IBECS, IME i ISOC. De 287 artículos identificados, y tras una lectura crítica de los mismos se obtuvo un resultado final de 29.

El análisis se realizó a medida que se recogieron los datos. Se llevaron a cabo tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva. La saturación teórica fue el criterio que permitió finalizar el proceso de muestreo. Se utilizó el método comparativo constante, analizando las similitudes y las diferencias a través del análisis de incidentes contenidos en los datos.

Los conceptos que surgieron durante la recogida y análisis de datos se registraron en modo de memorandos en los que se escribieron ideas sobre las categorías y sus relaciones, paso fundamental entre la recogida de datos y la transcripción de la teoría (Charmaz 2009).

El proyecto fue aceptado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC). Posteriormente se pidió consentimiento informado a la Dirección del centro y a los participantes en el estudio.

Los datos fueron tratados según la "Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal".

Resultados:

En este estudio emergieron las categorías temáticas siguientes: El poder de la información/comunicación, el juicio del profesional en las dimensiones del cuidado, la humanización de la muerte en urgencias y el acompañamiento emocional en el proceso del duelo.

El poder de la información/comunicación

La información es un elemento terapéutico que favorece la comunicación entre el paciente, familia y profesional.

La necesidad de información que presentan las familias cuando acuden a urgencias se ve reflejada en algunos de los relatos:

"Es que no habría tanta angustia por parte de la familia... cuando les has dicho cuatro cosas y lo entienden, el sufrimiento del

enfermo no se les va pero se sienten mucho más arropados», INF8.

«... tú llegas allí y estás diciendo... a ver, ¡que me digan, que salga alguien!...», FAM2.

La información sobre una muerte se percibe de manera diferente si se trata de una situación esperada o inesperada.

Las familias que viven una situación de muerte inesperada identifican la necesidad de recibir información de manera periódica, sensible a la situación que viven, que les permita resolver dudas, evitar falsas expectativas y les facilite iniciar su proceso de duelo, requisitos indispensables pero inexistentes en la mayoría de las entrevistadas:

«Yo recuerdo estar esperando noticias y pensar: ¿Le estarán operando?, ¿Le habrá pasado algo?... y ¡mi hijo ya estaba muerto! », FAM4.

«... Algo así hubiera necesitado! Yo aquella noche pensaba: ¿de qué se ha muerto mi hijo?, si mi hijo no tenía nada, era un crío sano», FAM2.

En situaciones de muerte esperada, si la familia es consciente de la situación crítica del paciente y acepta el deterioro de su enfermedad, está más receptiva a entender lo que se le explica. La percepción referente a la calidad de información es en general satisfactoria.

«Fue cuando dije: ¿no podéis hacer nada, no?, ya lo sabíamos. Nosotros sabíamos que tenía la mama, y los médicos nos informaron muy bien. », FAM1.

La persona que comunica una muerte ha de mostrar afecto y empatía a los familiares implicados, utilizando los recursos disponibles para conseguir una comunicación eficaz que permita un mejor manejo del duelo y afrontamiento de la pérdida:

«...Y nos dijo: -Los familiares de Héctor?. Nos hicieron entrar en un cuartito, y yo era como si estuviera viendo una película de estas de urgencias...porque fue como diciendo: - Hemos hecho todo lo posible pero no hemos podido hacer nada más. Héctor ha fallecido... ¡Yo lo vi tan frío, tan estudiado lo que tenían que decir! », FAM2.

La información que recibe la enfermera de las familias le ayuda a gestionar mejor los cuidados durante el proceso asistencial.

« Gracias a la información que te da, tú ya vas a actuar de otra manera... hablando con el familiar, t vas a conocer su ámbito social... su relación familiar, la unión que haya entre ellos, o sea, te va a aportar prácticamente todo», INF3.

El juicio del profesional en las dimensiones del cuidado

La demanda y presión asistencial obligan a los profesionales a ofrecer cuidados biomédicos y excluir de su competencia asistencial los cuidados emocionales que la familia en duelo necesita.

«...a lo mejor sí que es más fácil darles un poco de calor, pero estás pensando que tienes que hacer no sé qué... por lo tanto, no te vas a preocupar de otra cosa... », INF5.

Las decisiones de flexibilizar las normas son únicas, dependen del momento, de la situación, del profesional que decide actuar según sus valores, criterios y sentimientos:

«Hemos de ser más sensibles, creo que tenemos que romper con las normas establecidas », INF2.

«Pero me quedé con las ganas del último beso a mi hijo. Tenía que darle un beso, y no me dejaron», FAM2.

El abordaje psicoemocional forma parte de los cuidados integrales que ofrece la enfermera al paciente y familia, a medida que adquiere experiencia durante su trayectoria profesional. Este nivel de experiencia la conduce a saber afrontar mejor las situaciones de pérdida:

«Me acuerdo que al principio me impactaba mucho, no sabes cómo actuar, nadie te ha enseñado a tratar a la familia o a darle apoyo en temas de muerte... », INF7.

La humanización de la muerte en urgencias

En situaciones de muerte esperada, los cuidados que realizan los profesionales a la familia van dirigidos a ofrecerles un espacio

íntimo, darles confort y paliar la sintomatología física que la situación de pérdida pueda ocasionarles:

« Lo único que podemos hacer es intentar que la familia esté cómoda... necesita intimidad, es decir, yo estoy con él y ahora me toca recordar, cogerle de la mano y llorar si me da la gana...», INF6.

La mayoría de discursos señalan la invisibilidad que presenta la familia que vive una muerte inesperada, por parte de las enfermeras, cuyo contacto entre ellos es mínimo o inexistente:

«Se los llevan a la salita, allí les dan la noticia, empiezas a oír gritos y la familia desaparece, o sea, no tienes contacto y si los ves, tampoco tienes mucha relación», INF6.

La familia considera necesaria la implicación institucional respecto a la creación de un protocolo de intervención integral en primeros auxilios a las familias en duelo en urgencias:

« El hospital no puede ser totalmente ajeno a todo esto... creo que hay que implicarse más... tendría que haber un protocolo que guiara todo esto», FAM4.

Acompañamiento emocional en el proceso de duelo

La familia expone que necesita una persona que le acompañe, que responda a los interrogantes que se le plantea e identifica la importancia de que se facilite el que puedan despedirse de la persona agónica o difunta.

«Yo alguien, algún profesional que hubiera estado a mi lado. Que me hubiera acompañado. O sea en el momento que me dicen:-Su hijo ha fallecido, ¿quieres verlo?, que me hubieran dejado estar allí, con mi niño (plora) y me hubieran dicho: - mira, no ha sufrido », FAM2.

En los discursos se detecta a menudo la vulnerabilidad del profesional, quien reconoce que no tiene suficientes aptitudes y conocimientos para dar el apoyo emocional que la familia necesita:

«Lo que pasa es que no estamos preparados para hacer todo esto... por mucho que pongamos de nuestra parte, no sabemos cómo tratarlo»,INF15.

Discusión:

En los discursos se evidencia la importancia que tiene la información / comunicación durante el proceso asistencial. Comunicación llena de dificultades y limitaciones que pueden ser aminoradas teniendo en cuenta las recomendaciones que nos proporciona la literatura consultada referente a la manera de comunicar, basadas en afecto, cercanía y asertividad (Roe 2012, O'Malley et al. 2014, Scott 2013, Foresman 2007).

Por otra parte, las respuestas arquitectónicas de la organización sanitaria son una amenaza para el desarrollo de una muerte digna. La falta de espacio, la distribución de las camas, el nivel de ocupación de la unidad, los mínimos recursos existentes para proporcionar confort e intimidad al paciente y familia y la falta de tiempo del profesional debido a la saturación del servicio (Tudela & Mòdol 2015) son inconvenientes identificados en diferentes estudios que dificultan a los profesionales ofrecer una relación terapéutica adecuada (Gálvez et al. 2011, Fernández et al. 2013).

Asimismo, la satisfacción del paciente y la familia está ligada a la relación más o menos existente con el profesional (Bailey et al. 2011). Otros autores manifiestan que pertenecer a una cultura que prioriza la atención biomédica y la técnica limita a los profesionales para cuidar a la persona y a su familia en situación de muerte y consideran esencial mejorar la postura humanista ante ésta (Mota et al. 2011, Sabatke et al. 2012, Bailey et al. 2011).

Autores como Dell'Acqua et al. (2011) exponen que el contacto con el sufrimiento de la familia en duelo genera una ansiedad al

profesional que se traduce en una variedad de actitudes relacionadas con el inmenso dolor que supone la pérdida. Aunque las enfermeras son conscientes de que es necesario cuidar, les genera una dificultad para hacerlo, que se incrementa si se trata de situaciones trágicas, en las cuales se potencia el distanciamiento entre el profesional y familia, como medida de autoprotección (Sabatke et al., 2012).

Son muchos los estudios que comparten la opinión del escaso conocimiento que tienen los profesionales en situaciones de duelo y que reconocen la importancia y necesidad de que se realicen cursos de formación para disminuir el sufrimiento de éstos (Castanedo et al., 2010; Sabatke et al., 2012; Zalenski et al., 2006) y mejorar la atención a las familias (Allen, 2009).

Conflicto de intereses:

Ningún conflicto de interés ha sido declarado por los autores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Allen, M. (2009). A child dies in the emergency department: Development of a program to support bereaved families and staff. *Clinical Nurse Specialist*, 23(2), 96.

Bailey, C., Murphy, R., i Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3364-3372.

Castanedo, I. M., Suárez, C., i Vivar, C. (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enfermería Docente*, 91, 16-18.

Charmaz K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Dell'Acqua, M. C. Q., Tome, L. Y., i Popim, R. C. (2011). Enfermagem cuidando de paciente adulto e família no processo de morte em sala de emergência. *Cienc Cuid Saude*, 10(4), 650-657. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v10i4.18307>

Fernández, M., García, M. P., Pérez, N., i Cruz, F. (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. *Anales de psicología*, 29(1), 1-8.

Foresman, J. (2007). Grief telling: death of a child in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 33(5), 505-508.

Gálvez, M., Fernández, C., Muñumel, G., Ríos, F., Fernández, L., i Águila, B. del (2011). Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. *Index de Enfermería*, 20(4), 233-237.

O'Malley, P., Barata, I., Snow, S., American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, i Emergency Nurses Association Pediatric Committee. (2014). Death of a child in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(4), 83-101.

Sabatke, C., Montezeli, J., Venturi, K., i Ferreira, A. (2012). Experience the death of victims of trauma in ready study. Online Brazilian Journal of Nursing, 11(1).

Scott, T. (2013). Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives: Tricia Scott outlines five simple exercises practitioners can complete to reflect on the support they give to people whose loved ones have died suddenly. Emergency Nurse, 21(8), 36-39.

Tudela, P., i Mòdol, J. M. (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias, 27:113-120.

Zalenski, R., Gillum, R. F., Quest, T. E., i Griffith, J. L. (2006). Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death. Academic Emergency Medicine, 13(12), 1333-1338