

CAPÍTULO 4.

SIGNIFICADO DEL PROCESO DE LA MUERTE EN LOS ENFERMEROS DE UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Mónica Liliana López Torres

Enfermera

Especialista en Administración en Salud

Magíster en Enfermería

Investigadora Grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la salud GERCUS

INTRODUCCIÓN

La muerte es el destino inevitable de todo ser humano, que constituye la culminación del proceso vital. Aunque incierta sobre cuándo y cómo ha de producirse, marca el cómo vivimos la muerte del otro (1), y cuando es cercana tiene un mayor impacto en quien la presencia y desencadena un proceso reflexivo en torno a su propia muerte (2).

En las unidades de cuidado intensivo, el fenómeno de la muerte es una situación con la cual el personal de salud convive a diario y, por ende, enfermería está inmersa en este contexto. Hablar de la muerte en enfermería, como lo plantea Galindo (3), “es un fenómeno que infunde mucho temor y respeto y se expresa en un ambiente de misterio y con un lenguaje arcano difícilmente descifrable”. Esta afirmación es confirmada por Carmona *et al.* (4), quienes indican en su investigación que: “la mayoría de estos profesionales eligen esta

profesión para beneficiar a las personas que solicitan ayuda, pero, cuando esa ayuda tiene que ver con la experiencia de muerte y duelo, hay algo que limita la capacidad de ayuda”, aun sabiendo que es el profesional de enfermería quien desempeña una función primordial en la asistencia de los pacientes que están a punto de morir y de las familias que están sufriendo por este fenómeno.

El concepto y definición de la muerte ha variado a lo largo del tiempo, de acuerdo con la cultura, religión y pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal haya llegado a su fin (5). En los últimos tiempos, la muerte ha salido de los domicilios para producirse en los hospitales, es decir, se pasó de la muerte familiar a la muerte prohibida y oculta; hasta hace poco se moría en casa, rodeado de familiares, pero en la actualidad se lleva a la persona que va a morir a los hospitales: “La muerte tenía así una representación que atañía a cada cual de forma inmediata. Cuando fallecía alguien, la familia rodeaba al moribundo, le acompañaba hasta sus últimos momentos, la población entera participaba en su entierro convocado por el doblar de campanas, se le conducía al cementerio, que antes se encontraba dentro de las ciudades. La muerte, al igual que la enfermedad, estaba constantemente presente en la vida del hombre” (6).

Toda persona que ingresa a la unidad de cuidados intensivos como paciente se considera que tiene un alto riesgo de morir y es por eso que estas unidades se crearon para salvar la vida de las personas amenazadas por enfermedades agudas y graves, gracias a la concentración de tecnología de soporte vital y de personal altamente cualificado. Así, mientras que inicialmente se atendían traumatismos y arritmias secundarias a infartos de miocardio, actualmente son más frecuentes las sepsis en pacientes inmunodeprimidos y las reagudizaciones de las enfermedades crónicas respiratorias y cardíacas (7).

Por otro lado, la unidad de cuidado intensivo ofrece al paciente terminal la posibilidad de manejo del dolor y la agitación mediante la administración de analgesia y sedación, muy útiles en este contexto. Sin embargo, la presencia del fenómeno de la muerte proporciona cierta intranquilidad, en especial cuando el paciente cambia de pronóstico, es decir, cuando el paciente se encuentra en inminencia de muerte. Teniendo en cuenta el significado de este evento en la vida del profesional de enfermería, esta situación hace que él busque refugio en cumplir únicamente con sus funciones: "La carga de trabajo que en ocasiones soportan los profesionales de cuidados críticos así como el gran deterioro y dependencia de medidas de soporte con el que con frecuencia llegan los pacientes a la muerte son obstáculos en nuestro esfuerzo para procurarles unas condiciones adecuadas. Además, la frecuencia con la que vemos morir enfermos puede llegar a "endurecernos" en cierta manera, e incluso, puede llevar a trivializar este desenlace" (8).

También se observa que en todas las expresiones manifestadas por los médicos y enfermeras subyacen sentimientos de frustración, fracaso, culpa, dolor, incompetencia y negación de la muerte. Para los miembros del equipo de salud no se trata solamente de identificar las causas y explicar la situación de enfermedad o el porqué de la muerte, sino de tener una visión más amplia de lo complejo del ser humano y sus circunstancias, que les permita comprenderse y comprender lo que está ocurriendo y así poder apoyar las decisiones, expresas o no, de la persona con respecto a su salud (4).

En Colombia se evidencia que existe un vacío en el conocimiento, porque varios estudios hablan sobre actitudes, percepciones y sentimientos ante la agonía y muerte, pero no sobre su significado. En este país no se encontraron estudios sobre el significado que le asignan los profesionales de enfermería al proceso de la muerte que permita llenar este vacío de conocimiento.

Esto hace que el profesional se interrogue el porqué no se está preparado para este suceso, aunque se sabe que es deber del

profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica (9).

La pregunta de investigación que se planteó para esta investigación fue: ¿Cuál es el significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de la muerte de un paciente en la unidad de cuidado intensivo adulto?

1. METODOLOGÍA

Esta investigación es cualitativa, tipo descriptivo interpretativo, que busca conocer la realidad sobre el significado de las experiencias de un grupo de profesionales de enfermería ante la muerte, fenómeno que estuvo sometido al análisis y visto desde su realidad, teniendo en cuenta su contexto, las relaciones dentro de un sistema o cultura y comprendiendo su dinámica, sin imponer el punto de vista de la autora como investigadora o su propia perspectiva frente a las interpretaciones de los participantes (10,11). La recolección de datos y el análisis de la información, se desarrollaron a la vez. Este proceso hace que el investigador esté tomando la decisión del muestreo teórico y los mejores caminos para obtenerlos (12).

Como el tipo de muestreo fue teórico, el tamaño de la muestra dependía de la calidad de la información, por eso uno de los principios que fue guía para el muestreo es la saturación de los datos y se hizo por **pertinencia** (tiene que ver con la identificación de los participantes que le pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación); **adecuación** (significa contar con la información suficiente para desarrollar una completa y rica descripción del fenómeno) y **conveniencia** (se refiere a la elección del lugar, las entrevistas se llevaron a cabo en la oficina de juntas que queda fuera de la unidad de cuidado intensivo, con el fin de no ser interrumpidos durante la entrevista; también se tuvo en cuenta la disponibilidad de tiempo del participante), como lo indica Sandoval (13).

El tiempo del estudio estuvo determinado por la saturación de la información, este se desarrolló en dos años, en una unidad de cuidado intensivo adulto del único hospital de III nivel de complejidad en el departamento de Boyacá. Los participantes del estudio fueron los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto del Hospital de Tunja, en total fueron seis participantes: cinco mujeres y un hombre. La procedencia de la mayoría de estos participantes es de los departamentos de Boyacá, Santander y Cundinamarca; el estado civil que más predomina en este grupo es soltero, y el rango de edad de este grupo está entre los 20 y 50 años. El total de experiencia, desde el momento de graduación hasta el momento de la entrevista, oscila entre dos a treinta y un años. La experiencia laboral en la unidad de cuidado intensivo es de ocho meses hasta veinticinco años.

El rol de la investigadora tomado fue el de aprendiz, buscando entender e interpretar qué estaba sucediendo con el fenómeno de estudio, como lo indica Infante (14).

La técnica de recolección que se utilizó en esta investigación fue la de entrevista individual a profundidad, la observación y las notas de campo. Las entrevistas fueron grabadas y se iniciaron con la pregunta general: *¿Quiere compartir conmigo cómo ha sido la experiencia cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la unidad?* A lo largo de entrevista, para completar la información, se plantearon otras preguntas como: *¿Qué piensa cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la UCI? ¿Qué siente cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la UCI? ¿Qué hace cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la UCI? ¿Cómo le afecta la muerte de un paciente en la UCI? y ¿Cómo vive el proceso de la muerte de los pacientes?*

Se hicieron, en promedio, tres entrevistas por cada participante, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Lo que se observó en los profesionales de enfermería fueron las actitudes, acciones, movimientos y sentimientos que expresaron durante

la entrevista. Las notas de campo se utilizaron como medio de apoyo para registrar todas las impresiones, observaciones y la interpretación de las mismas.

También para la recolección de datos se tuvieron en cuenta el tiempo y el lugar de la entrevista, la cual duró aproximadamente una hora, tiempo suficiente para ello, realizándose en un lugar diferente a la Unidad de Cuidado Intensivo, dentro de las instalaciones del Hospital, con el fin de no ser interrumpidos durante el proceso de recolección de los datos.

Para el análisis de la información en esta investigación se utilizó el modelo de análisis cualitativo de Harry F. Wolcott, mencionado por Fuentes Vergara (15), el cual sugirió una variedad de estrategias para la exploración e interpretación de los datos cualitativos. Las tres estrategias sugeridas para la transformación de los datos cualitativos son la *descripción*, el *análisis* y la *interpretación*, cada una de estas se fundamenta en la estrategia anterior y están presentes simultáneamente durante el proceso de reducción de información y en la elaboración de los narrativos de un estudio cualitativo (15).

Una vez que se ha grabado la entrevista a profundidad, se lee cuidadosamente y se van señalando los descriptores, que son fragmentos de la información que corresponden a lo que el informante manifiesta, a estos fragmentos se les asignan códigos (interpretación conceptual que le hace el investigador al efectuar un primer análisis), frente a cada código se construyen los memos, que son registros de los análisis realizados a los descriptores y sus códigos, los cuales contienen pensamientos, interpretaciones, preguntas, análisis y/o instrucciones, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Formato para registrar la codificación de las entrevistas.

REFERENCIA NUMÉRICA	DESCRIPTOR	CÓDIGO SUSTANTIVO	MEMO	OBSERVACIÓN

La codificación de los descriptores, se realizó de la siguiente forma: por ejemplo, el descriptor *C3E1P1* significa: C3 participante tres; E1 entrevista número uno; P1 párrafo uno de la transcripción.

Se identificaron códigos similares, se agruparon y se representaron en una denominación con significado del contenido, que se denominó **Categoría** a la cual se le hizo su respectiva descripción, teniendo en cuenta los memos, el contexto y la confrontación con la literatura. Después de hacer el análisis de la información, emerge el tema central, unas categorías y unas subcategorías (ver figura 1).



Figura 1. Significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de muerte de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.

Los resultados de esta investigación giran en torno al tema principal: “el contacto con la muerte enseña a verla de manera diferente” y cuatro categorías: la edad marca la diferencia, estar ahí en la partida, reflexión sobre lo sucedido y lo que no quiero llegar a

ser. Se concluye: las condiciones del paciente son el punto de partida para brindar un cuidado humanizado e integral, el cual hace que surja en el profesional el deseo de despedirse y reflexionar sobre la muerte y cómo le afecta.

2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo se clasifica dentro del riesgo mínimo según Resolución 8430 de 1993, para la investigación en salud en Colombia. Según el artículo 11, dado que las actividades de recolección de la información no incluyen intervenciones terapéuticas y se solicitó consentimiento informado firmado para participar en esta investigación. Así mismo, la autora declara que no hay conflicto de interés y que la información recolectada es utilizada con fines estrictamente académicos y bajo el respeto de los derechos de autor.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TEMA CENTRAL: EL CONTACTO CON LA MUERTE ENSEÑA A VERLA DE MANERA DIFERENTE

El hecho de dar cuidado en una unidad de cuidado intensivo hace que se esté todo el tiempo en contacto con la muerte, que se aprenda a ver y a sobrellevar de muchas formas, haciendo que con el tiempo se considere como un proceso natural de la vida y que depende de cada uno la forma como lo enfrente.

En esta investigación surgen elementos muy importantes alrededor del cuidado y la muerte: con el paso del tiempo y en la medida que los profesionales se ven enfrentados a la muerte, ellos han observado cambios en sus sentimientos, en sus comportamientos y en sus actitudes, hacia ellos mismos, hacia los pacientes, los familiares y su equipo de salud. De la misma manera, están ofreciendo un cuidado más holístico en este proceso, que incluye la presencia de la enfermera, el planteamiento de la dimensión espiritual, y dejan ver

su preocupación por ofrecer al paciente las mejores condiciones para que tenga una muerte digna.

A continuación, se describe cada una de las categorías surgidas en esta investigación y contenidas en el tema: "el contacto con la muerte enseña a verla de manera diferente".

3.1 Primera categoría: "La edad marca la diferencia"

La muerte está condicionada por múltiples factores, entre ellos la edad, pues como lo indica Aguinaga cuando cita a Bratt *et al.*, existen varias edades del ser humano, entre las que se encuentran: la edad biológica, que se refiere a los cambios biológicos inherentes a un individuo en el tiempo, que acaban en la muerte. La edad social, que se refiere a los roles, hábitos y capacidad de las personas para comportarse en una sociedad específica cuando se compara con otros que tienen la misma edad. Y la edad psicológica, que se relaciona con las respuestas adaptativas que presenta una persona para cambiar las demandas ambientales (16).

Las reacciones anteriores varían de acuerdo con la edad, las condiciones socioculturales del paciente, si se trata de un padecimiento agudo o crónico, las molestias, dolor y sufrimiento que produce el mismo y, desde luego, el cuidado y apoyo recibido del equipo de salud, familiares y amigos (17). Desde el punto de vista ético, como lo señala Aranda (18), el profesional de enfermería debe llegar a la conclusión de que cuidar, en el más amplio y rico sentido de la palabra, es un atributo que hace la diferencia en el momento de la muerte de un paciente, pues reconoce en él su dignidad y su diferencia.

Subcategoría 1: "Cuando muere una persona joven"

Estos profesionales de enfermería indican que la muerte de las personas jóvenes genera en ellos otra clase de sentimientos, produce sensaciones más duras y fuertes en el momento del fallecimiento, que

algunas veces se manifiestan con el llanto, situación que sucede porque no se espera que muera, por ejemplo, cuando hacen paro cardiaco y/o respiratorio, pues son considerados como personas vitales para el sostenimiento de la sociedad venidera y porque tienen una vida por delante, la cual no han vivido por lo que no han desarrollado su proceso evolutivo. Además, esta muerte les afecta aun más cuando están al tanto de la historia anterior del paciente, han podido tener contacto con la familia y han conocido cómo era esa persona dentro de su grupo familiar:

“Pues me afecta más saber que era una persona que tenía futuro, que tenía la vida, que le faltaban realizar proyectos”. C1E2P5

“Con los pacientes jóvenes, uno tiene otra clase de sentimientos, porque son personas que eran vitales para la sociedad y si conoce uno, lo que te digo, si conoce la historia anterior y ha podido tener contacto con la familia, respecto a cómo era esa persona dentro de su grupo familiar, pues eso le afecta a uno más”. C3E1P1

“En las ocasiones que he tenido jóvenes que han fallecido en mi turno... sí me ha afectado mucho más fuerte... no he podido dejar de llorar, entonces, ya se me salen lagrimas y me afecta durante varios días, ¿sí? Estoy triste, me dan ganas de llorar”. C4E1P6

También a estos profesionales de enfermería les afecta mucho más la muerte de las personas jóvenes cuando saben que son cabeza de familia, pues se cuestionan por el qué será la vida de esos niños que quedan solos, desamparados, que van a sufrir, a llorar y que no tienen a nadie y argumentan que se ponen en la piel de esos niños:

“Es como si yo me pusiera en el pellejo de esos niños que quedan solos, desamparados, que van a sufrir, a llorar, que no tienen a nadie, qué va a ser de sus vidas”. C3E1P12

Asimismo, la muerte de un paciente joven los lleva a pensar en su propia muerte y en los proyectos personales y familiares que en esos momentos dejaría de realizar si le llegara a suceder este evento:

“Me afecta porque me pongo a pensar en que de pronto también puede ser uno. Entonces yo me pongo a pensar si a mí me pasara

eso, en dónde quedan todos los planes de vida y proyectos que tengo con mi familia, entonces es bastante pesado". C1E2P6

Además, la muerte de un paciente joven es difícil de afrontar, porque se asocia la situación del paciente y la familia con personas que estos profesionales tienen como amigos y con su propia familia, especialmente con sus hermanos cuando tienen la misma edad:

"Porque de pronto uno no es capaz de diferenciar las personas que uno conoce y uno lo asocia, lo asocia con esas personas, por ejemplo con mis hermanos, otras personas jóvenes que yo conozco y ver el dolor de la familia y uno saber que de pronto es una persona que le va hacer falta a la sociedad, pues eso es duro, uno trata de aumentar el esfuerzo, quizás por la edad". C5E2P1

Sin embargo, ellos argumentan que antes del momento de la muerte de un paciente joven, se agotan al máximo todos los refuerzos y recursos terapéuticos: tratamiento, cuidados de enfermería, cumplimiento de protocolos, todo ello para salvar la vida de este paciente, excepto cuando son pacientes terminales o en edad avanzada:

"En el momento previo a la muerte, uno agota todos los recursos. Uno quisiera poder hacer y uno ingenia cosas. Mueve el cielo y la tierra por ayudar a esa persona, sobre todo cuando es joven, repito". C5E1P5

La corta edad de la persona que fallece hace más doloroso el duelo, pues se acepta con mayor resignación la muerte a edades avanzadas, ya que se supone que las personas han podido llevar a cabo su proyecto de vida. En los casos en que una persona joven fallece, el ciclo biológico natural se invierte, el profundo dolor, el desconcierto inicial, sensación de despojo e injusticia son las primeras emociones, se produce una ruptura epistemológica donde el sistema de creencias del individuo se siente profundamente modificado.

Subcategoría 2: “Cuando muere una persona adulta mayor”

Para este grupo de profesionales de enfermería el significado de la muerte de un paciente de edad avanzada se acepta y se percibe como algo natural, por lo que la afectación es menor que la muerte de un paciente joven; sin embargo, esta afectación depende de algunas circunstancias como la patología que cursa, la actividad física que ellos realizaban antes de su hospitalización, si son pacientes que están postrados en cama, el apoyo familiar con el que cuentan, la percepción de cansancio en las personas cuidadoras, siendo todo esto una condición que genera en los profesionales sentimientos de compasión, hasta llegar al punto de pedirle a Dios que se lo lleve, que no lo deje sufrir más:

“Pero cuando uno tiene un abuelo, que considero yo que ya ha vivido todas sus etapas, ya digamos, ya está culminando su vida prácticamente, no es que no le duela, sino que uno se sienta a pensar que él ya vivió, que tiene una serie de enfermedades que lo que hacen es agrandarle más el sufrimiento tanto a él, como a la misma familia”. C6E2P2

Además, este grupo de profesionales de enfermería argumenta que los pacientes de mayor edad tienen una hospitalización larga en la unidad; este paciente presenta mayor sufrimiento y la familia alcanza a hacer el duelo con anticipación, es decir, se prepara para el momento de la muerte de su ser querido:

“Porque son personas que hacen un desacomodamiento físico, deterioro neurológico y que con mucha dificultad se recuperan. Entonces, pues una persona que es ya mayor tiene más sufrimiento y la familia como que ya ha hecho ese duelo con anticipación, antes de que la persona fallezca, uno nota eso en la experiencia”. C5E2P2

3.2 Segunda categoría: “Estar ahí en la partida”

El interés y motivación de enfermería es brindar un cuidado integral a la persona al final de la vida y se remonta a los orígenes de la profesión. Florence Nightingale cuidaba de los soldados heridos

en la guerra de Crimea proporcionándoles medidas de confort y los acompañaba al bien morir incluso durante la noche, por eso se le conoce como la dama de la lámpara (19).

Si se tiene en cuenta lo anterior y después de analizar la información suministrada por los participantes, surge esta categoría: "estar ahí en la partida", la cual se convierte en una característica de este grupo de profesionales de enfermería: el estar presente en la agonía, inminencia de muerte y en la propia muerte de un paciente, es decir, quieren hacer la presencia auténtica de enfermería como lo señalan los patrones de conocimiento personal y estético (20); pues como lo exteriorizan ellos, hay que brindar bienestar, es decir, evitar el sufrimiento, aliviar el dolor y, de esta forma, ofrecer un cuidado con atención total teniendo en cuenta la dimensión espiritual. Por eso, es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica como lo indica la Ley 911 (23). Además de esto, tiene que estar preparado para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano (paciente y familia) en los difíciles momentos de todo el proceso de la muerte (21).

La necesidad de estar y sentirse acompañado es de gran significado para las personas que se encuentran cursando con el proceso de muerte, porque el sentirse acompañado por alguien les permite atenuar el miedo y satisfacer algunas otras necesidades de orden físico (22).

Subcategoría 1: "Brindarle bienestar"

Este grupo de profesionales de enfermería considera que brindar bienestar es evitar el sufrimiento físico y psicológico, el cual es relacionado con el dolor y lo que puede llegar a sentir el paciente: por la separación de la familia y el tratamiento invasivo que tiene la estancia en la unidad de cuidado intensivo cuando el paciente no

tiene buen pronóstico. Además considera que la muerte debería ser sin sufrimiento sin ningún tipo de sufrimiento:

“Pienso que la muerte debería ser sin sufrimiento, que debería para las personas en general y para uno llegar sin ningún tipo de sufrimiento físico ni psicológico”. C3E1P3

“Sufrimiento es dolor, es separación de los familiares de su entorno familiar. Sufrimiento es invasión de cosas: tubos, chuzadas, tomarles exámenes, ¿sí? Hacerle cantidad de cosas invasivas a la persona, cuando ya no tiene opción, por ejemplo. Entonces eso no debería existir”. C3E1P4

Además consideran que otra clase de sufrimiento que se presenta en la unidad de cuidado intensivo es el aislamiento al que están sometidos los pacientes que ingresan a la misma, pues no se les permite que la familia esté permanentemente con ellos, generando así un dolor en el alma que puede llegar a sentir esta persona, siendo manifestado de diferentes maneras como ansiedad y mutismo; a las personas no les interesa comunicarse, algunas lloran:

“Sí, hay otra clase de sufrimiento que es el aislamiento al que a veces se someten los pacientes a donde no se les permite... que la familia no esté permanente con ellos, no se les permite, eso es un sufrimiento para ellos... uno ve que la gente, que los pacientes sí sienten ese sufrimiento porque entran en mutismo, no hay comunicación y lloran algunos”. C3E2P5yP6

También estos profesionales indican que cuando un paciente está en agonía, tratan de administrarle algún calmante o sedante para que no sufra, porque piensan que siente dolor y de esta manera le brindan bienestar:

“Pues me da tristeza y trato de que se le administre algún calmante, algún sedante para que no sufran esa agonía, porque pienso que siente dolor, que siente, se trata de darle un bienestar”. C3E2P17

Así mismo, estos profesionales indican que otra forma de brindar bienestar es ayudando a arreglar el cuerpo del paciente cuando ya ha muerto y su muerte ha sido de manera gradual:

“A veces lo ayudo a arreglarlo, pero como una forma de despedirlo y lo hago con calma, lo hago con suavidad, o sea, ayudo a quitar las venopunciones suavemente, le quito el catéter”. C4E1P12

Del mismo modo, para estos profesionales de enfermería brindar una atención total es permitir que el paciente pueda morir dignamente, es decir: permitirle que la familia lo esté acompañando todo el tiempo, que la persona no sufra dolor, asfixia, frío, hambre y que se le preste una atención total por parte del personal de enfermería, que se le haga todo hasta el último momento como un paciente que tiene buen pronóstico:

“Pues la atención total es que se le bañe, se le peine, se le hagan todos los cuidados de la piel, como si fuera un paciente cualquiera que se espera que sí va salir, ¿sí? Así sea que se espere que va morir, que se le haga todo”. C3E2P19

“Que estuviera el familiar al lado, que se le permita a la familia estar con su familiar y que no sufra dolor el paciente, que no sufra de asfixia, que no sufra frío y que no sufra falta de comida, digamos alimentación, entonces eso es lo digno de la muerte en una unidad, y con la atención total hasta el último momento del personal de enfermería”. C3E2P18

Subcategoría 2: “La despedida”

Esta subcategoría surge porque estos profesionales señalaron que una de las acciones que hacen cuando se muere un paciente en la unidad es hacer una “despedida”, la cual consiste en hablarle, cogerle la mano, quedarse ahí al lado y dejar entrar a la familia. Estas acciones se hacen como muestra de respeto hacia el paciente y contribuyen a que la persona que se está muriendo se sienta acompañada. Esta despedida, por parte del profesional de enfermería, se hace de manera individual y personal, cuando se tiene el tiempo disponible para hacerlo, puesto que muchos de ellos manifestaron que se sienten incómodos cuando alguien del grupo de salud los ve despedirse del paciente, pero si están miembros de la familia cerca del paciente prefieren que ellos hagan esa despedida:

“Yo creo que uno despide, es su recuerdo de él o algo así... Como que no es hacia el paciente, porque uno sabe que ya no está ahí. Es respeto, respeto por el cuerpo del paciente y por lo que fue el paciente y porque uno tuvo una relación con el paciente. Pero una forma como de decirle a uno bueno, esto es lo último que voy hacer de especial con usted y ya, ya se va. Es como eso”. C4E1P14

Otro significado que tiene la despedida cuando el paciente está en inminencia de muerte es de **acompañamiento**, es por eso que estos profesionales realizan este acompañamiento al paciente a través de diferentes acciones como coger la mano, deja entrar la familia si esta se encuentra en este momento, hablarle al oído o simplemente se queda cerca de él, pero no lo toca. Para realizar algunas de estas acciones los profesionales prefieren privacidad, es decir, estar solos para realizarlo sin el auxiliar de enfermería a cargo del paciente y sin el médico. También indican que deben estar sin estrés, sin ninguna sobrecarga de trabajo y no tener interrupciones como llamadas. Si no se presentan estas condiciones prefieren no hacerlo:

“A veces le cojo la mano, y a veces le hablo al oído, cuando se puede. Cuando no estoy sola, sino está el familiar, dejo entrar al familiar para que esté ahí, cuando se ha podido y básicamente eso, o me quedo cerca y no lo toco”. C4E2P15

“Pues, a veces cuando se van muy gradual, cuando no es fulminante. Cuando se van gradual, pues yo espero que se vayan. Generalmente me quedó ahí. No me quedo haciendo como, como haciendo un rito no, sino me quedo ahí esperando. Si se demora mucho en irse el paciente, si eso es, voy hago algo y regreso, estoy pendiente, pendiente, pendiente”. C4E1P12

Otra de las acciones que llevan a cabo estos profesionales es hablar con el paciente en la agonía y en la inminencia de muerte y lo hacen con el fin de que ellos pidan perdón y se vayan tranquilos, en paz, y utilizan frases como: “vaya tranquilo, no tenga miedo” y esto lo hace porque este profesional considera que van a un lugar mucho mejor:

“Pues le hablo, le hablo precisamente en ese momento... que se va, de poderle decir que se vaya tranquilo, de poderle hablar, de que no

tenga miedo ¿sí? Considero que van a un lugar mucho mejor que en el que estaban". C6E1P7

"Hablar con ellos, el contacto físico para mí es muy importante, yo estoy hablando y le estoy tocando la mano, tocando el hombro, yo digo, lo último que uno desearía es morir uno en soledad, al menos digo yo, no se va a sentir solo, que se está yendo solo. Entonces, el contacto físico para mí es muy importante, así que generalmente le tomo la mano o le cojo el hombro y hablo con él. Eso". C6E2P36

"Y de que hablo con él: del perdón, del amor, de ese proceso de dejar un cuerpo, de ir a otro lado, de irse a descansar definitivamente y es algo que siempre, siempre lo he hecho. Es algo que desde que comencé mi profesión, siempre lo he hecho, con la mayoría de mis pacientes". C6E2P40

La experiencia de coger la mano en la despedida para este grupo de profesionales tiene varios significados como señal de acompañamiento, apoyo y vínculo entre Dios, el paciente y el profesional:

"Coger la mano, es el hecho de que va sentir como el contacto con uno, con una persona que no se va sentir que esta allá tirado en una cama, sin que ni siquiera a nadie le importe lo que está viviendo él en ese momento ¿sí? Es como decirle: "yo estoy aquí, a mí me importa". Es eso". C6E2P37

"A mí me gusta cogerles la mano, como para que sintieran que cuando se morían no se estaban muriendo solos, porque había alguien que los estaba acompañando". C2E1P9

"Es un acompañamiento, por más que jamás en la vida lo haya visto, pero no más con el hecho de que yo lo toque con cariño y le diga: "váyase en paz o le haga la oración", igual se va sentir acompañado. No se va sentir igual de acompañado que si yo hubiese tenido un proceso de interacción con él, pero sí se va sentir acompañado, por más que sea la primera vez que yo lo veo, se va sentir acompañado". C2E2P10

"Coger la mano es como un símbolo de apoyo, de decir: "mire usted no está solo, estoy aquí presente, no está solo". C2E1P10

"Es como un vínculo con el paciente, y con Dios, como que estamos conectados los tres en ese momento". C5E2P34

Para estos profesionales de enfermería, la compañía de la familia en el momento de la despedida es importante, puesto que consideran que los pacientes escuchan, por lo que escuchan a sus seres queridos

decirles “que lo aman” y de esta manera se van en paz. Por lo que creen que es la mejor forma de morir. A pesar de que los profesionales consideran una situación difícil de afrontar el hecho de llamar a la familia para despedirse de su familiar, los profesionales quedan más tranquilos al saber que la familia alcanza a llegar a despedirse, manifestar los sentimientos y acompañar al paciente para que no muera en soledad, sin embargo, una de las preocupaciones en ese momento de los profesionales es que la familia vea a su ser querido lo mejor posible, antes de desconectarle la terapia invasiva:

“Uno al principio, cuando se está entrenando en UCI, uno piensa que no va poder, que la mente no va poder soportar eso, sí?, por ejemplo, un paciente no tiene pronóstico, llame a la familia para que se despidan, eso siempre me ha parecido muy duro y todavía me parece muy duro”. C5E1P24

“Entonces me parece bien que esa persona sepa que la aman. Yo creo que para una persona muy viejita que manifiesta deseos de morir ya, de descansar, para ellos tiene que ser muy agradable escuchar que alguien les diga: ‘que los ama y que se vaya en paz’, eso me parece bonito”. C5E1P25

“Ahora, quedo como más tranquila que la familia alcance a llegar, que vengan a despedirse y a acompañarlo, entonces la familia llega y pues manifiesta sus sentimientos y acompaña al paciente y uno queda más tranquilo que el paciente no se quede en ese momento”. C5E2P27

“El acompañamiento es que esté el familiar más querido, que lo pueda tocar, que le pueda hablar, que le pueda masajear, que pueda estar con él en los últimos momentos”. C3E1P18

“Irse en paz es saber que está acompañado en los últimos momentos de su vida, que lo van a recordar, que lo quieren, que no tiene deudas con nadie, ni rencores, que las personas más allegadas lo perdonan por alguna cosa que hubiera hecho y que le están diciendo: “tranquilo, descanse, váyase”. C5E1P26

Sin embargo, para uno de los profesionales, el apoyo y su colaboración en la despedida para la familia consiste en enfocarla con respecto al duelo que están viviendo y enfatiza en indicarle la importancia de expresar los sentimientos a esa persona que va a morir, pues como lo expresa, siempre se espera hasta el último momento para exteriorizar los sentimientos. Cuando este profesional hace este cuidado busca que no lo afecte:

"Trato de que no me afecte eso, pero sí procuro colaborarle a la familia para que le hablen a esa persona que está ahí, que le expresen sus sentimientos, para que ellos tampoco se queden con ese, como con ese taco en la garganta, sin decir lo que no pudieron expresarle cuando estuvo vivo, porque desgraciadamente nos pasa así, dejamos de expresar nuestros sentimientos cuando están vivos, cuando nos pueden escuchar, cuando nos pueden decir y encontramos, ya a último momento, cuando esa persona se nos está yendo para decirle muchas cosas ¿sí? Pero igual, pues trato de enfocar a la familia con respecto al duelo, eso sí". C6E1P10

No obstante, en algunas ocasiones es difícil hacer la despedida, sobre todo cuando el profesional de enfermería se siente identificado con el paciente en cuanto a su situación y no acepta que él se va a morir:

"Yo le hablaba, yo lo tocaba, él tenía su muerte cerebral y yo le decía: "No, mire, Giovany, tiene que salir adelante". Yo le tocaba su carita, sus manitos y yo lo miraba tan frío y en ese momento yo quería calentarlo, le poníamos la cobija térmica y yo no aceptaba que él se iba a morir". C2E1P19

También la despedida se hace como una forma de hacer conciencia, de dejar partir a la persona:

"Uno va haciéndose a la idea o uno se va convenciendo a uno mismo de que ya hay alguien que no va a estar. De que ya hay alguien que ya se va a ir y que toca empezar a dejarlo ir, no solamente en lo físico, sino que ya tiene uno que empezar a dejarlo ir en el corazón. Y saber que lo va a extrañar y que le va a afectar a uno". C4E1P2

Subcategoría 3: Comunicación espiritual

En cuanto a esta subcategoría, la comunicación espiritual está influenciada por el conjunto de creencias y actitudes características de la vida espiritual que tiene cada uno de los profesionales de enfermería.

Cuando este grupo de profesionales tiene en cuenta la comunicación espiritual hace referencia a las acciones que realizan

cuando se ven enfrentados a la muerte de un paciente, como orar, darle la bendición al paciente y darse la bendición, encomendárselo a Dios y guardar la esperanza.

3.3 Tercera categoría: “Reflexión sobre lo sucedido”

El profesional de enfermería que trabaja cerca de la muerte cuida al moribundo y atiende a la familia de este; sin embargo, cuando se dispone a dar cuidado, tiene dos caminos para recorrer durante su jornada, que requieren el mismo gasto energético y emocional: el camino de la queja, el lamento y la postergación; o el camino del entusiasmo, el esfuerzo, la dedicación y acción. En otras palabras, debe escoger entre sufrir la amargura durante su turno y por ende en la vida, o vivir bien el turno y disfrutar el goce de lo cotidiano: el cuidado.

Teniendo en cuenta lo anterior, este grupo de profesionales de enfermería no se aparta de esta realidad y surge esta categoría como reflexión de lo que piensan, después de haber enfrentado la muerte de un paciente. Ellos indican que después de este evento los pensamientos se dirigen hacia cómo se presentó: si se dieron las condiciones para una muerte digna y concluyen en lo observado y en la experiencia: que la unidad de cuidado intensivo no es el lugar indicado para morir. También estos profesionales reflexionan sobre la nueva situación de la familia que deja el paciente y cómo esto les afecta. Pero a pesar de las dos situaciones anteriores, indican que el vivir a diario con la muerte los ha llevado a concebirla como un proceso natural de los seres vivos y esta connotación hace ver la muerte y la vida de manera diferente.

Subcategoría 1. “La UCI no es el lugar indicado para morir”

A esta conclusión llegó este grupo de profesionales de enfermería, quienes tienen muy claros dos aspectos: primero, que los pacientes que ingresan a la unidad tienen un alto riesgo de morir, al cual se enfrentan todos los días, y segundo, que la unidad de cuidado

intensivo no es el lugar indicado para morir, pues no se brindan las condiciones para tener una muerte digna, por lo que se presentan varias situaciones que los llevan a esta conclusión.

“La muerte en cuidado intensivo por lo mismo que los pacientes siempre que ingresan acá, se ven enfrentados a la muerte, eso es una realidad”. C5E1P1

Existen también otras razones que los llevan a pensar que la unidad no es el lugar adecuado para morir: se dan cuenta de que existen diferentes formas de morir. Una de ellas, la que se vive en una unidad de cuidado intensivo: solo, inmovilizado, con personas extrañas, todo un personal de salud ocupado que, cuando llega la muerte a un paciente, esta se ve reflejada en la soledad y el frío. Y la otra forma es la que se vive en otro lugar diferente, acompañado con los seres queridos.

“[...] a mí me parece que si dicen: “paciente sin pronóstico”, deberían decirle: “su merced, lléveselo para la casa...”, pero muérase en su casa, no acá en la soledad y el frío de la madrugada, por ejemplo, cuando los auxiliares o los enfermeros o los médicos están ocupados y ya se murió, desconéctelo, se murió, no me parece... Entonces, por qué no se lo llevaban a morir a la casa, en compañía de la gente que quería. No estar con visita de una hora y no puede ver a nadie más y sin cariño...”. C5E1P27

“Creo que no es la manera adecuada de morir. Yo creo que la muerte, si uno tuviera que morir, yo preferiría morirme frente a mis seres queridos, mi familia, mis amigos. Pero acá en la unidad, uno muere totalmente solo. Abandonado, creo que no es la forma correcta de terminar sus días”. C1E1P34

Indican también que la persona que ingresa a la unidad no está con la familia y no se respeta su voluntad, pues han observado que a los pacientes de mayor edad cuando toman la decisión de que los dejen morir, esta voluntad no es tenida en cuenta:

“Yo digo que lo mejor sería como estar rodeado de la familia... por ejemplo pacientes que ya llevan mucho tiempo que se le ha hecho, vuelve y sale y vuelve y entra, ¿sí? Y que ya están cansados y ellos le dicen a uno: “yo ya estoy cansado, yo ya me quiero morir, déjenme

morir”, yo digo que deberían respetarle esa parte, porque aquí no se respeta”. C6E1P13

“[...] rodeado de los seres que uno quiere o que lo quieren a uno, mejor. Sí, yo pienso que rodeado con las personas más cercanas y que siempre lo quieren a uno: hijos, esposo, esposa, padres, hermanos, todo. Y ojalá sin dolor me imagino... Solo eso: en compañía de la familia y sin dolor”. C4E1P26

Además, señalan que en lo observado, las personas que laboran en las unidades se vuelven como máquinas a las que solo les interesa cumplir funciones: que el monitor y el cuerpo funcionen bien, es decir, que se encuentre con signos vitales estables. Aunque también indican que no siempre es así, puesto que en algunas oportunidades tratan al paciente consciente con sus angustias, problemas y pensamientos:

“Porque acá todos venimos a cumplir las funciones, a mantener unos signos estables bien, a mantener el monitor estable. Pero, pues, eso es en lo que uno se fija, en un monitor, para nosotros eso representa la vida, pero no quiere decir que no podamos de pronto, en un momento, mirar el paciente, preguntarle: qué angustias tiene, qué problemas y qué está pensando..., uno no tiene tiempo de dedicarle a la persona, uno solo le dedica al cuerpo, a que el cuerpo funcione. Entonces, sí, sí es triste estar en la UCI, no es lugar para morir”. C5E1P28

Estos profesionales mantienen la filosofía de que cuando un paciente tiene una enfermedad terminal y si ya los métodos tradicionales de medicina no le pueden ofrecer algo más, debería tener una muerte digna, considerada como estar en la casa, rodeado de la gente que más lo quiere, sin sufrimiento, sin dolor y sin cosas extrañas. También que no sufran asfixia, hambre, frío, que estén cómodas, sin estarle provocando dolor con procedimientos invasivos una hora antes de fallecer y, según las creencias, con un guía espiritual:

“No, no, no en las unidades que tenemos acá. “El paciente, pues la persona debería estar con su familia, rodeado de su familia, a la hora que sea... con buena analgesia, si la persona tiene una creencia con alguien que esté ahí, guiándolo en su parte espiritual, sobre todo con su familia, con sus seres queridos. Sin causarle dolor horas antes: le están tomando gases, lo están pinchando o lo estamos pinchando, estamos haciendo, a veces les duele al movilizarlo”. C4E1P25

"Yo soy de la filosofía de que un paciente terminal debería morir en su casa, ¿sí? Si ya no tiene opción, si ya la medicina no le puede ofrecer nada, le deberían permitir dar salida a su familiar a la casa y que tenga una muerte digna allá en su casa". C3E1P18

Ellos piensan que deben existir unas condiciones para morir dignamente, como son brindar comodidad a una persona para terminar sus últimos momentos, con una oración, tranquilidad y en compañía de los seres queridos:

"Morir dignamente para mí, es estar acompañado de la familia, de los seres queridos que uno tiene. Que le brinden a uno todas las opciones y le den a uno la comodidad de una manera adecuada de terminar sus últimos momentos, con una oración, tranquilidad y en compañía de los seres queridos". C1E3P23

Terminan señalando que morir en el hospital es inhumano, porque la filosofía que se maneja en la parte médica es biológica y no se piensa en la dignidad de la persona y en los deseos por seguir viviendo. Por lo que la persona muere en medio de extraños:

"Primero, morir en el hospital es inhumano, porque los médicos y el personal de salud se fijan solamente en las condiciones fisiológicas del paciente, no en la dignidad, ellos acceden a realizar todos los procedimientos sin detenerse a pensar en un segundo ¿será que el paciente quiere continuar con esto?... Ellos no ven a la persona de una manera integrar biopsicosocial, sino solo biológica. No piensan en lo que estará sintiendo el paciente... además, de manera personal, a mí me gustaría que en el momento de mi muerte tuviera la opción de morir al lado de mis seres queridos, no allá en medio de extraños". C2E3P7

Por lo anterior, es importante tener en cuenta lo que señala Sanz (23), quien dice que para conseguir una muerte en paz se deben cumplir las siguientes premisas: a) seleccionar el lugar que nos permita, según las circunstancias de cada persona y cada familia, la mayor comodidad y paz; b) conseguir tanta atención de bienestar como sea necesaria para aliviar los síntomas, y c) hacer que el proceso no se prolongue innecesariamente. También señala que es necesario tener los siguientes componentes para tener una muerte en paz: dejar

buenos recuerdos, estar unido con la familia y el personal de salud en una comunicación permanente, evitar el sufrimiento con un buen alivio de los síntomas, no sentirse abandonado, es decir, mantener el control de la situación, la privacidad, la dignidad y el apoyo, estar preparado espiritualmente, despedirse y morir acompañado, callada y tranquilamente (23).

Subcategoría 2. “La nueva situación de la familia”

Esta subcategoría surge porque una de las preocupaciones que presentan estos profesionales de enfermería es “qué va a pasar con la familia después de que saben que falleció el paciente”, y como lo indican en las diferentes entrevistas, para ellos es importante que la familia se despidiera del paciente. Además, esta subcategoría va muy relacionada con las características que tiene el paciente como la edad, la naturaleza de la muerte si es inesperada o esperada y lo que él representa para sus seres queridos.

Para los profesionales encuestados, la situación familiar les genera sentimientos de tristeza, pero principalmente de incertidumbre, pues consideran que esta es la más afectada en este proceso de la muerte; el profesional, en ese momento, tiene una reacción que puede ser de sufrimiento, tristeza, desesperación, incertidumbre por lo que va a pasar con ellos (la familia) sin esa persona, debido a que no hay nadie que los oriente y les brinde apoyo:

“Pues, lo primero que siempre pienso es en la reacción de la familia y el sentimiento de la familia, que es lo que más me acoge a mí”.
C1E1P1

“Es importante, porque la familia independientemente después de la muerte, es la que más queda afectada, son las personas que van a sufrir, en esos momentos van a estar con mucha tristeza, mucha desesperación y de pronto en el momento no hay nadie que los oriente, no hay quien les diga una palabra, entonces, es muy triste saber que no hay ninguna persona que se acerque al familiar y le dé unas palabras de apoyo o algún tipo de explicación”. C1E2P40

Además, se evidenció lo que dice Bravo (24): "La muerte es una experiencia de desprendimiento tanto para el que muere como para los que quedamos vivos", y con respecto a esto, en enfermería existen dos vertientes: por una parte, argumentan que en la unidad no hay preocupación por esta situación y que, por otra parte, no queda tiempo para hacer alguna intervención, todo ello lleva a la falta de acompañamiento a la familia:

"Siento pesar por la familia. Uno de familiar no asume una muerte como: "va estar mejor", uno asume la muerte como que "el afectado voy a ser yo y la tristeza va a ser para mí"; entonces siento pesar porque la familia no puede manejar eso y uno tampoco acá en la UCI no se preocupa mucho por manejar eso y no le queda tiempo".
C5E2P14

El otro punto de vista se refiere a que sí existe el apoyo a la familia ante la inminencia de muerte y este consiste en enfocar a la familia con respecto al duelo y la importancia de expresar los sentimientos a esa persona que va a morir, pues indican que el ser humano siempre espera hasta el último momento para exteriorizar los sentimientos. Cabe aclarar que cuando este profesional realiza esta acción busca que no le afecte:

"Trato de que no me afecte eso, pero sí trato de colaborarle a la familia, de que le hablen a esa persona que está ahí, que le expresen sus sentimientos, pues para que ellos tampoco se queden con ese, como con ese taco en la garganta, sin decir que no, que no pudo expresarle cuando estuvo vivo, porque desgraciadamente nos pasa así, dejamos de expresar nuestros sentimientos cuando están vivos, cuando nos pueden escuchar, cuando nos pueden decir y encontramos ya a último momento cuando esa persona se nos está yendo que decirle muchas cosas ¿sí? Pero igual, pues, trato de enfocar a la familia, con respecto al duelo, eso sí". C6E1P10

Subcategoría 3. "Ver la muerte de manera diferente"

Como lo indica Bravo, "La muerte es una separación. Morir no es solo perder el cuerpo, es algo más profundo y doloroso, que implica siempre la posibilidad de un aprendizaje" (24). Realmente

este aprendizaje se encontró al analizar la información que recoge esta subcategoría, puesto que todos los profesionales indican que el enfrentarse a la muerte de un paciente es un aprendizaje que se va adquiriendo en el transcurso de la vida profesional y el hecho de estar trabajando en la unidad de cuidado intensivo hace que todo el tiempo se esté en contacto con la muerte, y es por eso que la muerte se aprende a llevar y esto hace que con el tiempo se considere como un proceso natural de la vida y que depende de cada uno la visión y la forma como lo enfrenta. Pues estos profesionales consideran que dependiendo de la visión positiva que se tenga sobre este evento no le va a afectar en su vida, a diferencia de los profesionales que no saben cómo afrontar la muerte, pues siempre que se les muera un paciente, se van a sentir conmovidos:

“[...] eso como que lo aprende uno por el camino a trancazos... Tú tienes que aprender a las buenas o a las malas a llevar este proceso y depende de ti cómo lo lleves, para bien o para mal definitivamente, ¿sí? Porque hay las dos contrapartes: si lo llevas para bien sin que te afecte tu vida o lo llevas para mal para que todo el tiempo te afecte tu vida recordando cosas que ya pasaron, de pacientes que ya no están con nosotros, pero que se encariñaron con uno y uno pasa a esa parte en la que todo te afecta...”. C6E1P14

Igualmente, los profesionales en su totalidad indican que con el paso del tiempo cambian los sentimientos hacia la muerte y esto es por el estar enfrentados a la muerte de un paciente muchas veces. Para que este cambio se produzca en el profesional de enfermería, este tiene que pasar por lo que yo denomino el *ciclo de afectación*, el cual se originó del análisis de la información.

El ciclo de afectación

Este ciclo consta de tres etapas:

Etapa 1: “Al comienzo el enfrentarse a la muerte de un paciente es difícil y está acompañado por un sentimiento fuerte”. Cuando estos profesionales hablan sobre la primera experiencia que tuvieron ante la muerte de un paciente, argumentan que es una situación difícil,

porque no saben cómo enfrentarla, pues no se está acostumbrado a que se mueran las personas, como ellos mismos lo indican: "lo coge a uno como fuera de base"; además recuerdan y afirman que cuando entra a la unidad el profesional es muy sensible frente a este hecho. También refieren que los sentimientos que surgen en este evento son como el miedo o terror que algunas veces son inculcados en la casa, sobre todo cuando muere una persona conocida; además el ver el dolor, el sufrimiento y el aislamiento que tiene que pasar el paciente en la unidad de cuidado intensivo, lejos de la familia, es algo que también les afecta y algunos lo manifiestan por medio del llanto. La actitud que más predomina en esta etapa es la de salir corriendo o huir:

"Al principio, cuando se morían a mí me daba muy duro, yo lloraba, porque... yo comparaba y yo decía: puede ser mi hermano, puede ser mi papá, puede ser... o sea, cuando uno entra a la unidad, uno entra muy sensible, porque uno no está acostumbrado a que se muera la gente". C2E1P7

"Al comienzo, pues duro, duro porque no sabías cómo enfrentarlo, cómo se enfrentaba la muerte de una persona, pues puede que no sea familiar tuyo ni nada, pero igual es muy duro tener uno que enfrentarse a la muerte de una persona...". C6E1P1

"Cuando la persona muere, al principio cuando moría, uno no era consciente de que esa persona tenía esto, tenía lo otro, que su calidad de vida iba a ser pésima, si sobrevivía. Pero o que si lo estábamos teniendo ahí vivo a la fuerza, y que igual se iba a morir; no, uno no lo pensaba, porque lo tenía más con el corazón, que con la razón". C2E2P9

"Cuando yo empezaba a ver que se moría una persona, pues, me parecía trágico, triste, deprimente, o sea como que no me cabía en la cabeza como una persona se le iba a uno de las manos...". C2E2P9

"De la primera vez que se murió el paciente. Pues salí corriendo a buscar a mi profesora." C3E2P9

"[...] el miedo ese de la primera vez... como se dijera: es diferente porque ese miedo de antes nunca uno lo había vivido, por eso me dio, digamos de salir corriendo de tal, de ahí". C3E2P15

Etapa 2: "Después se toma una actitud crítica". A medida que el profesional de enfermería tiene más contacto con la muerte, ya comienza a pensar y a tener en cuenta la situación del paciente y la

evolución con respecto al tratamiento cuestionando el actuar, es decir, si se está haciendo el bien dependiendo del pronóstico y se considera cómo va a ser la calidad de vida después de la hospitalización, llegando a concluir si se está realizando encarnizamiento terapéutico. En esta etapa, el sentimiento que se tenía en la fase anterior se vuelve más de pensamiento y de razón, algo más consiente, el cual le permite tomar la decisión de actuar o no actuar, lo que se refleja en preguntas como: ¿estará bien que lo toque o que no lo toque? ¿Le conviene o no morir a ese paciente? También, se atreve a comparar situaciones tanto del paciente como de la familia, sin embargo, al recordar algunos momentos, todavía se le llenan los ojos de lágrimas al relatar algunas experiencias, sobre todo las que más le han afectado:

“Ya con el tiempo uno lo va pensando y va como metiéndole más el aspecto lógico, de si es mejor que muera o es mejor que viva, eso fue lo que cambió, pasó de ser sentimiento a ser algo más abstracto a ser algo más de pensar, sirve o no sirve, sirve trabajarle o le estamos haciendo un mal al trabajarlo”. C2E2P9

“... pero con el tiempo uno ya empieza a ser consciente”. C2E2P9

“...ya cuando uno mira la situación clínica de los pacientes, uno se va más hacia el paciente, a decir: “le convenía morir, le convenía seguir el tratamiento, que era lo que le convenía a él”, entonces ya ahí es cuando uno se viene acostumbrar a la muerte”. C2E1P7

Etapa 3: “Se transforman los sentimientos y la forma de ver la muerte con el paso del tiempo”. La última etapa lleva al profesional a transformar los sentimientos y la forma de ver la muerte, lo que termina cambiando su visión frente a ella. Es por eso que en esta etapa, con el tiempo se considera que la muerte es lo último a lo que uno se enfrenta en la vida y es el proceso que se aprende a llevar también con el paciente. En esa medida, se van venciendo los temores y se va adquiriendo más confianza personal, por lo que se atreve a coger la mano, mirar a los ojos y buscar que la persona en inminencia de muerte no se sienta sola y de esta manera, logra concientizarse de lo que es mejor para el paciente:

“Pero llega un momento en que no es que no le importe a uno, sino como que ya tú sabes que es un proceso, que es la última puerta definitivamente que uno en esta vida tiene que atravesar y es a lo

último que se tiene que enfrentar uno en la vida, que es la muerte ¿sí? Digamos que lleva uno y que uno aprende de todos modos a llevar ese proceso también con el paciente". C6E1P1

Ver la muerte de manera diferente lleva al profesional de enfermería a concluir que es una situación muy difícil de afrontar, pero que cambia con los años, dependiendo de las vivencias y experiencias, lo cual hace que el sentimiento cambie o se transforme, como lo argumenta uno de ellos:

"No, no cambia, se transforma, que es diferente. Se transforma porque puede que en el momento en que yo, por ejemplo, empiece a oír las experiencias de muerte con mis pacientes, el primer momento sea de miedo, de temor, porque en la casa siempre le dicen a uno: "se murió tal persona, qué miedo"... enfrentarse uno a la muerte no es fácil, y la primera vez que te toca te mueres del miedo, porque tú no sabes qué hacer, comenzando porque no más el hecho de ir a tocar a una persona que ya está muerta, no es fácil, no es fácil, ya está fría, esta tiesa, le salen olores por todos lados y no es fácil". C6E1P8

"Sí se transforma, sí se transforma, dependiendo de sus vivencias, de sus experiencias..., si usted en la primera vez tuvo una experiencia mala, créame que el resto va ser muy difícil que usted asuma una actitud positiva con respecto a la muerte, ¿sí? Pero todo se transforma y todo depende del ojo con que lo mire usted definitivamente". C6E1P8

También el cambio se refleja en acciones a las que antes no se les veía la importancia y ahora son realizadas, como acompañar al médico a hablar con la familia e intervenir en la conversación con preguntas acerca de la muerte, pues esto los ayuda a enfrentarla; esta acción es realizada por el profesional como pauta para indicar que ya no le tiene tanto miedo a la muerte como antes:

"Pues antes de pronto veía a la muerte como algo de temor, de miedo, como algo así feo y ya pues, ahorita en este momento uno sigue cambiando mucho, o sea, la muerte siempre será algo no muy agradable al ser humano, pero, por lo menos ya, antes sí me enfrentaba algo de la muerte, yo por lo menos, cuando ese paciente se murió ni siquiera acompañé al médico para hablar con la familia, ni después me interesé por saber del caso ni nada, no supe nada más de eso, no quise saber porque igual era un pueblo pequeño".

“Pero ahora como que ya uno puede adentrarse un poquito más, puede hablar con la familia acerca de la muerte, ayudarlos a enfrentarla un poco más; no hacerle el quite, sino intervenir un poquito más, no tenerle tanto miedo, tanto temor e igual, igual no deja de producir como expectativa de qué va a pasar o qué va a suceder y mucho”. C4E1P19

Este cambio que ha ocurrido en estos profesionales, como lo indican Lazarus *et al.*, pertenece a un proceso de afrontamiento, que “significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros, con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno” (25).

Es por eso que hasta el concepto de muerte que cada uno tiene también ha cambiado:

“Sí, han variado muchísimo porque ya yo veo la muerte, ya la afronto como un proceso natural, como el fin de la vida, es parte de la vida. (Mientras habla mueve mucho las manos). Entonces ya lo asumo como que sucedió y no se puede evitar, a pesar de lo que se hubiera hecho por evitarlo”. C5E1P17

“Pues que uno sale de la universidad viendo que los riesgos de muchas patologías es la muerte... cuando fui estudiante nunca experimenté la muerte de un paciente y entonces mi primera experiencia como enfermera era traer muchas vidas al mundo, entonces era mucha felicidad y uno pasar a la UCI adulto, adonde llegan muchos pacientes y fallecen, entonces, pues es un golpe muy duro. Uno no piensa que la muerte sea tan en serio y más que yo tampoco en mi vida familiar he experimentado muchas muertes, entonces fue duro”. C5E2P20

“Sí cambia, yo digo que también depende de la visión que uno tenga sobre la muerte ¿sí? Si para mí la muerte es una tragedia y es la muerte total de la persona y es una pérdida, es diferente a que si la muerte para mí es un paso para el cielo”. C2E1P23

Sin embargo, un profesional considera que la muerte le trae a uno unos sentimientos claros de tristeza, los cuales no cambian a pesar de haber tenido varias experiencias frente este evento:

“No, yo creo que la muerte le trae a uno unos sentimientos claros de sensibilidad, como de tristeza, no sé cómo expresarlo, pero creo que esos sentimientos para mí no han cambiado, yo sigo siendo la persona sensible ante el dolor de las personas. O sea no ha cambiado con el tiempo”. C3E2P11

3.4 Cuarta categoría: “Lo que quiero evitar y no quiero llegar a ser”

Esta categoría surge de la preocupación que manifiesta este grupo de profesionales de enfermería por dejar de ser enfermeros humanos, es decir, el llegar a volverse máquinas y perder la esencia del cuidado: entender a quien se le brinda cuidado.

Como lo indica Montoya (26) en su investigación, muchos de los profesionales han construido a lo largo de los años “escudos” para acostumbrarse a la muerte y que no les afecte en el plano personal. Muchos de estos “escudos” están basados en la no implicación emocional, aunque algunos profesionales prefieren afirmar que han “asumido” la muerte o la ven como algo natural.

También cuando se habla de acostumbrarse a la muerte, Moss, citado por Montoya (26), argumenta que muchos profesionales deben hacer frente a una gran carga emocional derivada de las constantes pérdidas humanas que se producen en el trabajo. Es por eso que dotan de significado a la muerte de los pacientes y contemplan el fallecimiento como un descanso, el fin de un sufrimiento, elaborando estrategias para considerar el proceso de morir como normal, lo que lleva al profesional a acostumbrarse a esta etapa de la vida (27). Es por esta razón que la búsqueda de la humanización en el cuidado se les ha convertido a estos profesionales en una lucha cotidiana y, a la vez, en una preocupación, debido a que en parte los factores laborales no permiten que la humanización se visualice, llegando a

considerarse como máquinas humanas, las cuales están pendientes de un monitor y dejan de lado al ser humano que es la razón de la esencia del cuidado.

Subcategoría 1. “Acostumbrarse a la muerte”

Acostumbrarse a la muerte, para este grupo de profesionales, tiene diferentes significados. Uno de ellos ha surgido de la observación y los recuerdos que han tenido al llevar mucho tiempo trabajando en la unidad y uno de esos recuerdos es el trato irrespetuoso en el momento de la muerte. Se observa que al manejar muchos momentos de muerte se olvida que el paciente era una persona con sentimientos:

“Pues yo siempre había escuchado que cuando las personas llevan mucho tiempo trabajando en salud y con pacientes se les olvida como tratar. Tratan la enfermedad pero se les olvida que hay un ser humano, se les olvida que es un persona que tiene sentimientos”. C1E2P21

“Acostumbrarse a la muerte es vivir un caso tras otro y como desgraciadamente la mayoría de las veces son personas ajenas a uno las que están con nosotros, entonces uno no le da como la importancia a ese proceso”. C1E2P28

Estos profesionales de enfermería consideran que en las unidades de cuidados intensivos se ha perdido la parte humana al acostumbrarse al estrés y a la dinámica que maneja la unidad, haciendo que se pierdan algunas cosas, como el cuidado humano:

“En las unidades de cuidados intensivos se vive a la carrera, se vive mucho estrés por la misma complejidad de los pacientes, pero lo que te digo, de la costumbre se pierden algunas cosas y se pierde la parte humana. Entonces, a mí me parece que no solo es esta unidad de cuidados intensivos sino en la mayoría que se ha perdido como esa parte, esa parte humana, ¿no? Esa partecita interna que tenemos todos y que nos gustaría que nos hicieran a nosotros como a nuestra familia o a alguno familiares”. C1E2P37

Uno de los profesionales de enfermería señala que no es conveniente el hecho de acostumbrarse a la muerte y lo indica como

un error, como un sentimiento inhumano que no debería existir en el personal de enfermería, porque la base de enfermería es la esencia del cuidado con humanidad. Entonces, acostumbrarse a la muerte de una persona es, en pocas palabras, como si se perdiera la esencia de la vida; sin embargo, en algunas circunstancias, a partir de las condiciones de vida que tiene el paciente, se piensa y se dice que "sería mejor que el paciente se muriera", entonces, el paciente se muere y se siente como tranquilidad de decir: "ya paró su sufrimiento":

"Me parece tenaz... como que eso no está bien hecho, eso es un error. Porque ¿cómo se va acostumbrar uno a que se muera una persona? Cuando esa persona es el mundo para otras personas, es el todo. Entonces, me parece un sentimiento inhumano, incluso me parece que hasta eso no debería existir en el personal de enfermería, porque se supone que nuestra base es la esencia del cuidado con humanidad, entonces que uno se acostumbre a la muerte de una persona, es como si uno estuviera tratando con animales. No es comparable un animal con una persona, pero es más o menos eso, es como si se perdiera la esencia de la vida". C2E2P8

"Acostumbrarse a la muerte es que uno mira, si el paciente estaba muy mal, si es mejor que muriera a que se le siguiera haciendo, o sea, si realmente iba a tener malas condiciones más adelante, uno dice: 'fue mejor que el paciente se muriera', entonces, el paciente se muere y uno siente como tranquilidad de decir: 'ya paró su sufrimiento'". C2E1P8

La rutina es otro de los significados que lleva a acostumbrarse a la muerte, como lo indican estos profesionales de enfermería. Las personas que laboran en las unidades de cuidado intensivo se vuelven como máquinas a las que solo les interesa cumplir funciones, que el monitor y el cuerpo funcionen bien, verificar que los signos vitales se encuentren en estables condiciones y demás quehaceres del turno, pero no se piensa en lo que el paciente está sintiendo:

"Porque acá todos venimos a cumplir las funciones, a mantener bien unos signos estables, a mantener el monitor estable. Pero pues, eso es lo en que uno se fija, en un monitor, para nosotros eso representa la vida... uno no tiene tiempo de dedicarle a la persona, uno solo le dedica al cuerpo, a que el cuerpo funcione". C5E1P28

"Sí, porque acá estamos pegados a los signos vitales, que no se vayan a desacoplar del ventilador y que todo esté dentro de parámetros

normales y vivimos en función de eso y como las máquinas, pues no sentimos ni se nos ocurre pensar que es lo que está sintiendo el paciente muchas veces, por eso”. C5E2 P31

“[...] generalmente uno pierde mucho el contacto con el paciente que está sedado o con el paciente que está inconsciente, porque simplemente se mecaniza uno administrando medicamentos y ni siquiera un: “hola, adiós, ni hasta luego”, ni siquiera ir a tocarlo y decirle ‘fulanita cómo está, cómo se siente’ ¿sí?”. C6E2 P4

Aunque también indican que no siempre es así, puesto que hay algunas oportunidades en las que se trata al paciente consciente con sus angustias, problemas y pensamientos:

“[...] pero no quiere decir que podamos de pronto en un momento mirar al paciente, qué angustias tiene, qué problemas y qué está pensando. Un paciente que esté consiente y no sé, un paciente que esté sedado, qué tanto puede pensar en sus problemas y sus cosas, yo creería que sí puede pensar...”. C5E1P28

Sin embargo, el ambiente laboral influye para actuar libremente cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente, puesto que consideran a la UCI como un entorno de trabajo pesado, porque se maneja mucha comunicación y tensiones, además indican que se tiene mucho estrés y que su trabajo se convierte en una rutina por tantas actividades que deben realizar, razón por la que no queda tiempo suficiente para hacer las actividades de cuidado directo como lo es mirar al paciente a los ojos y comunicarse con él por medio de expresiones como: ¿Quiere que se le traiga un cura? ¿Qué quiere? Esto con el fin de brindar buen descanso, tranquilidad y paz. También señalan que cuando fallece una persona todo el personal de salud está ocupado y cuando la muerte ocurre en la madrugada, la soledad y el frío se refleja en el cuidado:

“Uno quisiera decirle cosas como ‘¡luche, mire salga adelante!’ Si uno se lo dice en el periodo antes de que muera, pero uno, pues, a veces por el tiempo, por el mismo estrés que lleva como si..., o sea, como acá en la UCI, entonces uno a veces lo pasa, lo pasa, no lo hace... también a veces uno quisiera decirle: ‘¿qué quiere? ¿Quiere que le traiga un cura? ¿Qué quiere? Para que descanse bien, para que descanse en paz’. Pero uno llega y hace su rutina de enfermería,

que tantas actividades que a uno no le queda tiempo de ir a dirigirse al paciente y a mirar al más crítico, porque uno sabe que ya se va a morir, entonces a uno no le queda tiempo de decirle todas esas cosas...". C2E2P3

"Váyase para su casa y dure vivo tres días, pero muérase en su casa, no acá en la soledad y el frío de la madrugada, por ejemplo, cuando los auxiliares o los enfermeros o los médicos están ocupados y ya se murió, desconéctelo, se murió, no me parece... porque acá todos somos maquinas". C5E1P27

Subcategoría 2. "Volverse indiferente"

Volverse indiferente ante el cuidado de las personas es no despertar interés o afecto, como lo señala la Real Academia de la Lengua (28), por eso para este grupo de profesionales de enfermería, esta indiferencia se relaciona con las características del paciente:

"Muchas veces uno se vuelve indiferente, aunque dependiendo de la situación de la persona. Porque si es un viejito, que tiene cáncer, que en su vida cotidiana no puede comer bien, no hace sus necesidades por sí solo, yo digo, por qué alargarle el sufrimiento a esa persona, es mejor que muera... eso uno lo asume, pues en el cielo va a estar mejor y va a descansar, entonces es más relacionado con eso. Pero, en cambio, si es una persona joven, uno dice: 'no, una persona joven, no se puede'. Una persona joven, con hijos, su familia, sus papás, es como toda la situación como tal de la persona individual". C2E1P12

También estos profesionales de enfermería refieren que la relación de los demás miembros del equipo de salud con el paciente y la familia es de manera indiferente e impersonal, es decir, que no se aplica a nadie en particular (29), situación que se da al observar la forma como son arreglados, como los alistan, es como si se fuera limpiando una mesa lo que se percibe, como si la gente y el paciente no tuvieran sentimientos, como si no les afectara nada. Además, consideran que este trato impersonal se está dando porque a las personas que están llegando a trabajar en la unidad les falta preparación para la sensibilización humana y emocional, por lo que piensan que no se está haciendo una buena selección del personal. Además, se llega a la reflexión de que la rutina en el cuidado hace

que este se vuelva mecanizado, situación que lleva a las personas a un trato más impersonal:

“Si, yo veo, yo observo, yo observo a la gente como si no tuviera sentimientos, digamos en el aspecto de la forma como los arreglan, los alistan, es como si fuera limpiando una mesa o si... pues percibo eso, no creo que sientan delicadeza de las personas que hacen esa actividad”. C3E1P13

“Como si fuera un objeto o alguna cosa... pero llega un momento cuando la muerte se vuelve tan impersonal, se murió, otro más en la lista, eso me da duro, me da duro en cuanto a eso. Lo he visto mucho con los médicos”. C6E1P16

“Como muy impersonal. Recuerda que antes dejábamos... si está el familiar llamémoslo, esperemos que venga, entrémoslo, que lo visite, fulana póngale una sillita, dele un vasito de agua, acompáñelo, ¿sí? Ahora, en esta UCI tan grande, donde los cuartos son tan separados, a veces uno ni se da cuenta”. C3E1P11

“Por un lado, porque a la gente que está llegando, no la están preparando, les falta mucha preparación, que digo yo, emocional, sensibilización humana, es como si fueran maquinas, y no sé, no se está eligiendo muy bien al personal de enfermería, no se le está haciendo una buena selección del personal, a mi modo de ver. Yo noto como que no les afecta nada”. C3E1P14

Además, estos profesionales señalan que han observado que la mayoría de los profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de cuidado intensivo prefieren callar las experiencias que han tenido de cómo enfrentar la muerte de un paciente, porque les es muy difícil y cuando se habla sobre este tema se hace de manera impersonal, es decir, se habla como si se tratara de un objeto o una cosa, no como si se estuvieran refiriendo a una persona:

“Muchas veces nos callamos muchas cosas: las experiencias que nosotros tenemos de las muertes que hemos tenido, de cómo enfrentarlas, creo que la mayoría prefiere callarse, es lo que he visto yo, ¿sí? De hablar así como libremente de que ‘ah no, pues, que el paciente, pero tal cosa’, es muy difícil, uno no se lo hace impersonal ¿sí? Un muerto más.” C6E1P15

Subcategoría 3. “Volverse insensible e inhumano”

Antes de analizar esta subcategoría es importante aclarar los términos *insensible* e *inhumano*. *Insensible* hace referencia a que no sienten las cosas que causan dolor y pena, está privado de sentido por dolencia (30), e *inhumano* es la falta de sensibilidad, compasión de las desgracias de nuestros semejantes (31).

Cada vez es más frecuente escuchar quejas de los familiares y de los mismos pacientes acerca de la atención en enfermería. Es como escuchar un eco: “las enfermeras con el tiempo se vuelven insensibles ante el dolor, la enfermedad y la muerte”. “El acercamiento a la muerte genera emociones y sentimientos de difícil manejo. La enfermera puede verse involucrada en un conflicto moral cuando se compromete con la voluntad del enfermo. Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía indigna, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. El hecho de involucrarse con el moribundo, fuerza a la enfermera a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte. Es necesario contar con un grupo de apoyo que le permita a ella ventilar esos sentimientos” (32).

Existen muchas circunstancias en las unidades de cuidado intensivo que afectan la autonomía de los profesionales de enfermería y que interfieren con la expresión de sus sentimientos y con la comprensión de los pacientes: lugares inadecuados, que no guardan un silencio respetuoso, espacios visualmente fríos, poco acogedores, que contribuyen a una comunicación poco profunda y confiable, actuaciones precipitadas, falta de tiempo, poca dedicación y contacto emocional con el paciente moribundo, situaciones estas que los aíslan de su realidad y los llevan a sentirse desprotegidos (33).

Los profesionales de enfermería reflexionan sobre el trato que se le está brindando al ser humano, se trata a la persona como un objeto, entonces llegan a la conclusión de que la esencia de la vida se está perdiendo porque no se ve a la persona como es, es por eso que

no quieren llegar a ser inhumanos e insensibles. Y definen que ser inhumano es asumir la muerte como una persona más, como una costumbre e insensible: es no ponerse en el lugar del otro:

“Hago referencia a que ya no se tiene ese sentido de lo que es la persona como tal”. C2E3P1

“De manera personal, yo dije: -Dios mío, jamás en la vida quiero llegar a ser tan inhumana y tan insensible como él-, y fue lo único que yo pensé”. C2E1P17

“En ese momento, pues, por la actitud de él, como asumió la muerte del señor: ‘ah, se murió, toca que se acostumbre’, entonces yo dije: eso no es ser humano, porque igual, el que se estaba muriendo era una persona, joven, entonces eso es ser inhumano”. C2E1P18

“Insensible, porque es como no ponerse en el sitio de él y ahora la familia qué va a decir, qué va a pensar, qué va a sentir, cómo le vamos a decir”. C2E1P18

“Lo único que digo yo es que cuando yo deje de sentir lo que siento, o sea o me sienta tan mecanizada de las cosas, que me saquen de esto, porque es de humanidad... yo siempre he dicho: ‘nosotros no estamos manejando máquinas’”. C6E1P16

“Digo yo: “¿Estamos trabajando entonces con máquinas?” Y no es eso. Esto es amor a lo que hago y trabajamos con seres humanos, trabajamos con sentimientos, trabajamos con amor, entonces uno no puede poner una barrera de emociones ¿sí? Decir yo no voy a sentir, yo no me voy a involucrar... no entiendo, cómo podemos entonces ayudar a ese paciente que está ahí, si no nos involucramos”. C6E2P18

4. CONCLUSIONES

En esta investigación surgen elementos muy importantes alrededor del cuidado y la muerte: Con el paso del tiempo y en la medida que los profesionales se ven enfrentados a la muerte, ellos han observado cambios en sus sentimientos, en sus comportamientos y en sus actitudes, hacia ellos mismos, hacia los pacientes, los familiares y su equipo de salud. De la misma manera, están ofreciendo un cuidado más holístico en este proceso, que incluye la presencia de la enfermera, el abordaje de la dimensión espiritual, y dejan ver su preocupación por ofrecer al paciente las mejores condiciones para que tenga una muerte digna.

Las condiciones del paciente son el punto de partida para brindar un cuidado humanizado e integral, el cual hace que surja en el profesional el deseo de despedirse y reflexionar sobre la muerte y cómo le afecta.

Para los profesionales de enfermería, la edad de los pacientes en proceso de muerte tiene un gran significado, ya que *marca la diferencia* en los sentimientos, en las acciones y en las actitudes.

Estar ahí en la partida, significa para ellos *hacer presencia* en el proceso de la muerte y está representado en el ritual de la "despedida", que se hace como muestra de respeto hacia el paciente y contribuye a que la persona que se está muriendo se sienta acompañada.

Llama la atención que en este grupo de profesionales, independiente de la edad que tenga cada uno, la espiritualidad es un componente que permite alcanzar la paz interior y buscar la manera de acompañar a la persona en su último momento de vida manifestándose en acciones como encomendárselo a Dios por medio de una oración y compartir la bendición, acciones que ayudan a guardar y preservar la esperanza, tanto para el profesional, como para el paciente y la familia.

Las experiencias y vivencias ante la muerte de un paciente en la UCI llevan a los profesionales a cambiar o a transformar los sentimientos y la forma de ver la muerte, lo que termina cambiando su visión frente a ella, llegando con el tiempo a considerarla como un proceso natural de la vida y que dependiendo de la forma como lo enfrenta, le puede o no afectar su vida.

A pesar que los profesionales de enfermería trabajan en la unidad de cuidado intensivo, ellos refieren que este no es un lugar indicado para morir; muchos de ellos argumentan que el aislamiento y la soledad son los dos acompañantes durante el proceso de los pacientes que mueren allí, debido a que no se permite la presencia constante de la familia.

5. REFERENCIAS

1. Comité para la Defensa de la Vida. La Eutanasia. [En línea] 2007. [Acceso 28 de julio de 2007]. Disponible en: <http://www.conferenciaepiscopal.es/documentos/Conferencia/comisiones/ceas/familia/eutanasia.htm>.
2. Oviedo Soto S.J., Parra Falcón F.M. Reflexiones, ensayos la muerte y el duelo. *Enferm Global -Esp-*. 2009; 1-8.
3. Galindo G. Êthos vital y dignidad humana. Colección Bioética. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008; 103.
4. Carmona Z., Bracho C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Rev. de Salud Pública*. 2008; 12(2):14-23.
5. Olive L. Ética y diversidad cultural. México: UNAM, FCE; 1993.
6. Gómez Sancho, R. El médico ante la muerte de su enfermo. En *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid: Arán; 1999.
7. Fernández Fernández R., Baigorri González F., Artigas Raventós A. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Med. Intensiv*. 2005; 29(6): 338-41.
8. Godoy García J.E. Miscelánea Cartas al Director: Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI. Aportación de Enfermería. *Rev. Index Enferm*. [En línea] 2008. [Acceso 17 de mayo de 2011]; 17 (4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400017&script=sci_arttext
9. Ley 911 de 2004, Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Ley Deontológica de Enfermería, Título III, capítulo I; artículo 9. (2004).
10. Polit D.F., Hungler B.P. Investigación científica en ciencias de la salud. 6.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
11. Souza A.M.A. Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos. En Mercado F.J., Gastaldo D., Calderón C., Editores. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 2002.
12. Prado M.L., Quelopana del Valle A.M., Compean Ortiz L.G., Resendiz González E. Investigación cualitativa en enfermería. En *Contexto y bases conceptuales*. 9ª Ed. El diseño en la investigación cualitativa. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX Salud y Sociedad; 2000.

13. Sandoval C. Investigación cualitativa. En Programa especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá: ICFES; 1996.
14. Infante P. La entrevista en profundidad según J. Spradley. The Ethnographic Interview, James P. Spradley, Holt, Rinehart and Winston. USA.1979. [en línea] 2001. [Acceso 29 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/investigacion/genetica/cg03.htm>
15. Fuentes Vergara C. El modelo de análisis cualitativo de Harry F. Wolcott. INEVA en acción. Boletín informativo: Investigación y evaluación educativa, Universidad de Puerto Rico. [En línea] 2008. [Acceso 20 de marzo de 2011]; 4(3): pp.12-14. Disponible en: <http://ineva.uprrp.edu/boletin/v0004n0003.pdf>
16. Aguinaga Benítez O.W. Enfermería, muerte y duelo. Un texto de reflexión académica. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010.
17. Campillo S.C. La angustia vital. Gaceta Médica Mexicana. 1994, 130-162.
18. Aranda Otero D.A. La ética del cuidado. Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda. [En línea] 2007. [Acceso 5 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Articul%20del%20cuidado.htm>
19. Prieto de Romano G. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Cuidado de enfermería en el final de la vida. En Panel Dilemas éticos al final de la vida. Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería. Chía, Cundinamarca, 2005.
20. Boykin A., Schoenhofer S. La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica. En Marriner Tomey A., Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
21. FUDEN. Cuidados de enfermería en el enfermo terminal. [En línea] [Acceso 9 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf
22. López Campos S.P. Experiencia de cuidado en casa por personas crónicamente enfermas en fase de muerte inminente. Avances en Enferm. 2001; XIX (1).
23. Sanz-Ortiz J. ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades Anticipadas Med Clin (Barc). Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Santander. Cantabria. España. [En línea] 2006. [Acceso 20 de abril de 2012]; 126(16): 620-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v126n16a13087720pdf001.pdf>

24. Bravo Mariño M. Cómo afrontar la pérdida de un ser querido. *Revista Digital Universitaria*. [En línea] 2007. [Acceso 22 de abril de 2012]; 8(1): 1-12. Disponible en: www.tanatologia.entornomedico.net o http://www.revista.unam.mx/vol.8/num1/art06/ene_art06.pdf. pág.3
25. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
26. Montoya Juárez R. Aquellos que nos verán morir: significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. *Index Enferm*. [En línea] 2006 junio. [Acceso 23 de mayo 2012]; 15(52-53): 25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100006&lng=es.
27. Moss M.S., Moss S.Z., Rubinstein R.L., Black H.K. The metaphor of “family” in staff communication about dying and death. *J Gerontol B-Psychol*. 2003; 58B(5): 290-296.
28. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua española*. 22ª ed. Madrid. 2012. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=indiferente
29. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua española*. 22ª ed. Madrid. 2012. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=impersonal.
30. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua española*. 22ª ed. Madrid. 2012. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=insensible
31. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua española*. 22ª ed. Madrid. 2012. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=inhumano
32. Ferreira CI. Enfermería y cuidados. Una mirada a la luz de la bioética. *Actual Enferm*. [En línea] 2006, ago. [Acceso 2 de mayo de 2012]; 8(1): 23-25. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9106-enfermeria.htm>
33. Uribe, C. La enfermera ante el paciente moribundo. *Actual Enferm*. [En línea] 2002. [Acceso 10 de mayo de 2012]; 5-(3). Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5302-enfermera.htm>