



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar del paciente moribundo[☆]



M.A. Lopera-Betancur

Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Recibido el 28 de octubre de 2014; aceptado el 7 de abril de 2015
Disponible en Internet el 23 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Educación en enfermería;
Cuidado terminal;
Cuidados paliativos al final de la vida;
Investigación cualitativa;
Colombia

Resumen

Objetivo: Comprender el significado que las enfermeras otorgan a la educación para el cuidado del paciente en proceso de fallecer.

Metodología: Estudio cualitativo con enfoque etnográfico, 23 participantes, realizado en Medellín, Colombia de diciembre de 2012 a noviembre de 2013. Se usaron herramientas etnográficas. Se obtuvo saturación teórica con 23 entrevistas.

Resultados: La educación de las enfermeras para afrontar la muerte y el cuidado del paciente moribundo y sus familiares fue incompleta e insuficiente.

Conclusión: La formación de las enfermeras en esta área podría resultar en la humanización del cuidado, porque les brinda herramientas para actuar de manera reflexiva y les permite afrontar la muerte. El cuidado del paciente moribundo significa para las enfermeras una obligación que deben asumir con pocas herramientas obtenidas durante su educación.

Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

[☆] Este artículo es parte de la tesis doctoral autofinanciada «Significado de la muerte de los pacientes para las enfermeras» asesorada por la PHD María Mercedes Arias.

Correo electrónico: lopera9701@gmail.com

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEYWORDS

Education, Nursing;
Terminal care;
Hospice care;
Qualitative research;
Colombia

PALAVRAS-CHAVE

Educação em
enfermagem;
Assistência terminal;
Cuidados paliativos
na terminalidade da
vida;
Pesquisa qualitativa;
Colômbia

The importance attributed by nurses to training in the care of terminal patients**Abstract**

Objective: To understand the importance which nurses attribute to education on the care of terminal patients.

Methodology: Qualitative study with an ethnographic focus, with 23 participants, carried out in Medellín, Colombia from December 2012 to November 2013. Ethnographic tools were used. Theoretical saturation was reached with 23 interviews.

Results: The education which nurses receive to face the care of the dying patient, as well as the situation of his/her family, was incomplete and insufficient.

Conclusion: The training of nurses in this area could further humanize the care process since these tools allow them to act reflexively while facing death. The care of terminal patients is an obligation that the nurses must handle with limited educational preparation.

All Rights Reserved © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

Significado atribuído pelas enfermeiras para o cuidado do paciente terminal**Resumo**

Objetivos: O objetivo é compreender o significado que as enfermeiras concedem à educação no cuidado do paciente em processo terminal.

Metodologia: estudo qualitativo com abordagem etnográfica, 23 participantes, realizado em Medellín, Colômbia, de dezembro de 2012 até novembro de 2013. Usaram-se ferramentas etnográficas. Obteve-se saturação teórica com 23 entrevistas.

Resultados: A educação das enfermeiras para confrontar a morte e o cuidado do paciente terminal e dos familiares foi incompleta e insuficiente.

Conclusão: A formação das enfermeiras nesta área poderia resultar na humanização do cuidado, porque oferece-lhes ferramentas para agir de forma reflexiva e permite-lhes confrontar a morte. O cuidado do paciente terminal significa para as enfermeiras uma obrigação que devem assumir com as poucas ferramentas obtidas durante a educação.

Direitos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

Introducción

Es importante partir del hecho de que la responsabilidad primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados¹, el cuidado en todo el ciclo vital es su razón de ser y su ideal moral². Para Watson³, este se basa en un conjunto de valores altruistas universales, incluida la bondad, la empatía, el compromiso y el amor a uno mismo y a los otros, en esta medida, «las enfermeras buscan continuamente las mejores acciones de cuidado»⁴, para los sujetos de cuidado, con lo que buscan tener competencia ética clínica centrada en la posibilidad de tener una práctica asistencial reflexiva y responsable; en este sentido, según Watson³ las enfermeras necesitan herramientas para ejercer un cuidado profesional con ciencia, ética y estética. Desde esta perspectiva, el ser de la enfermera es el cuidado reflexivo y responsable, y su quehacer se lleva a cabo mediante la interacción.

La enfermería tiene complejidades científicas, artísticas, humanísticas, éticas y técnicas, por ello ofrece vías para todas las dimensiones del profesional². Según Carrillo Algarra et al.⁵, «el paciente necesita de la atención de una enfermera que al formarse competentemente estará en

la capacidad de brindarle una respuesta emocional, fisiológica y oportuna a sus necesidades», para hacerlo necesita conocimientos⁶, pero también para afrontar las situaciones del cuidado.

Este artículo parte del concepto de educación como la incorporación ordenada de bienes culturales con vistas a su comprensión y transformación, de esta manera está relacionada con todas las cuestiones que afectan a la vida humana como vida en sociedad⁷, por tanto, va más allá de la formación en competencias, para incluir la interacción.

El problema que aborda este trabajo considera una serie de características de las acciones de enfermería^a identificadas en la exploración bibliográfica, en la observación y en la experiencia laboral de la investigadora y que hablan de un comportamiento de huida, ansiedad o indiferencia hacia los pacientes y familiares, ya que en el modelo médico occidental la muerte es considerada como un absoluto fracaso⁸; también según Chocarro⁹ por la falta de formación profesional al respecto de cuidados paliativos.

^a Se refiere al hombre o mujer que ejerce la enfermería de manera profesional.

No obstante, algunos estudios evidencian la escasa formación de las enfermeras para afrontar la muerte de los pacientes y las consecuencias de esa falta de preparación y formación¹⁰. Un aspecto del problema en la formación para el cuidado lo aborda Benner¹¹, quien refiere que si esta se reduce a la técnica, las enfermeras pueden en un momento dado desconectarse de la experiencia humana del paciente. Por otra parte, la educación reducida a la formación de habilidades puede tener el problema de no contemplar las implicaciones personales que tiene para la enfermera el cuidado del paciente en proceso de fallecer; después de todo, en la relación de cuidado hay por lo menos dos personas involucradas, y ambas viven la experiencia de la muerte, así sea la del otro. Asimismo, la formación de las enfermeras ha estado dirigida al cuidado del paciente recuperable y no al del moribundo, situación que puede traducirse en cuidados deficientes¹².

La hipótesis que subyace en este artículo es que la educación puede ayudar a las enfermeras a brindar cuidados con calidad al paciente en proceso de fallecer y a sus familiares, y a afrontar la muerte¹³.

El objetivo es comprender el significado que las enfermeras atribuyen a la educación para el cuidado del paciente en proceso de fallecer. Se pretende aportar conocimientos respecto a la formación de las enfermeras para las instituciones formadoras. Además, puede servir para que las instituciones de asistencia elaboren programas de educación continua y seguimiento de la calidad de la atención, así como de la salud mental de las enfermeras que cuidan a pacientes en proceso de fallecer.

Metodología

Este estudio cualitativo forma parte de la tesis doctoral: «Significado de la muerte de los pacientes para las enfermeras». El abordaje cualitativo se hizo tomando en cuenta la subjetividad que conlleva el tema y el carácter cultural del mismo. Se consideró pertinente aplicar lo que plantea la etnografía particularista¹⁴, estrategia metodológica que permite levantar el punto de vista de los sujetos en un tema, lugar y grupo social específicos. Se realizó en Medellín, Colombia entre diciembre de 2012 y noviembre de 2013. Como criterio para la elección de los participantes deberían ser enfermeras que hubieran cuidado por lo menos una vez a un paciente en proceso de fallecer. Participaron 23 personas con las siguientes características: 19 mujeres y 4 hombres, 8 con formación de posgrado en diferentes áreas como auditoría de la calidad, cuidado al adulto y al niño en estado crítico y dos de ellas en oncología y cuidado paliativo, egresadas de diferentes universidades del país tanto públicas como privadas; sus edades están entre los 25 y los 50 años de edad y tienen entre uno y 25 años de experiencia asistencial en áreas tan variadas como cuidado domiciliario y hospitales de primer, segundo, tercero y cuarto nivel de atención, tanto públicos como privados, en áreas de urgencias, hospitalización, cirugía y cuidados intensivos de adultos, neonatos y niños; dos de ellas tienen experiencia en unidades de cuidado paliativo. Estas personas concedieron una entrevista para hablar acerca de la muerte de los pacientes y de las situaciones que suceden típicamente en el hospital cuando un paciente está próximo a morir, y también permitieron la

observación durante su proceso de cuidado con los pacientes en proceso de fallecer.

La información se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas que, según Hammersley y Atkinson¹⁵, buscan captar «el punto de vista» de las enfermeras acerca de su educación para el cuidado del paciente en proceso de fallecer y sus familiares; se realizó una sesión por participante, los datos se recolectaron hasta lograr saturación teórica. No había un cuestionario o lista de preguntas predeterminadas; la primera entrevista partió de la pregunta ¿cuénteme qué pasa cuando muere una paciente?, las siguientes preguntas dependían del desarrollo de la misma y del análisis del material recabado con anterioridad, y en estas surgieron temas como el deber del cuidado, la falta de herramientas para afrontar la experiencia del cuidado y la sensación de vulnerabilidad ante esta falta de formación. Las entrevistas se realizaron fuera del hospital y del horario laboral. Igualmente, se cumplieron 100 h de observación participante, la cual era considerada importante como ayuda para la comprensión, pues evita mediaciones¹⁶; esta se realizó en una institución hospitalaria de cuarto nivel de la ciudad de Medellín en diferentes áreas y horas, las observaciones se hicieron en secciones de 15 min a 6 h y se anotó todo lo que pudiera ser de interés para cumplir los objetivos. Sin embargo, el área de mayor tiempo de observación fue urgencias por ser un espacio con mayor probabilidad de encontrar a pacientes en proceso de fallecer. La observación buscaba dar cuenta de algunos aspectos como el entorno de la atención, el lenguaje verbal y no verbal de la enfermera, sus acciones e interacción con los familiares y el equipo de atención. Se llevó un diario donde se registraron notas necesarias que sirvieron para guiar la búsqueda de información en el campo.

Los resultados surgen de un proceso de análisis de los datos mediante procedimiento inductivo, fruto del método para el mismo descrito por Strauss y Corbin¹⁷; se hizo una lectura general y posteriormente se seleccionaron códigos que se cortaron y agruparon para formar categorías, subcategorías y núcleos temáticos. El análisis se hizo manualmente y paralelo a la obtención de los datos.

Para garantizar el rigor se siguieron las recomendaciones de Castillo y Vásquez¹⁸: primero, el criterio de credibilidad, para ello se presentaron los resultados a algunos participantes. Del mismo modo, fue revisado por enfermeras de la asistencia que han cuidado a pacientes en proceso de fallecer y pares académicos, con la intención de buscar explicaciones alternativas para los datos; para velar por la auditabilidad y la transferibilidad se detalló la ruta metodológica; los datos se examinaron como un todo en los resultados. Se describe lo típico de las respuestas de los participantes. El rigor se respetó desde el inicio del proceso.

Durante la investigación se cuidaron los aspectos éticos y las disposiciones consignadas en la resolución 8430 de 1993 para investigaciones de bajo riesgo¹⁹, como el respeto por los participantes, por los datos del estudio y la autonomía de la persona. Para proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes, los datos se analizaron de manera global; en el momento de citar algún testimonio se hizo de manera impersonal, se utilizaron como seudónimos nombres de personajes de la literatura universal, que en ocasiones ellos mismos eligieron. Se tuvo consentimiento informado antes de la entrevista y observaciones. Esta investigación recibió

el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia con acta N.º CEI-FE 2012-3.

Resultados

El cuidado del paciente en proceso de fallecer significó para las enfermeras una obligación, como se aprecia desde el inicio del análisis con el código vivo «*tiene*» o «*toca*» usado por algunos participantes; a esta obligación se refiere este fragmento de entrevista: «*a enfermería le toca ver morir a muchos pacientes*» (Dulcinea: pág. 7, 30 años, posgrado cuidado crítico). También los cuidados de estos pacientes son básicos y dependen de enfermería; en ese sentido, deben cumplirlos, como dice la participante: «*yo creo que el momento de la muerte es netamente de enfermería, pues hablando del personal de salud obviamente ahí está la familia, pero eso es de enfermería*» (Dulcinea: pág. 5).

Educación para la muerte

Esta tiene dos características, la formación y la preparación, y ambas apoyan el cuidado; la formación dota a la enfermera de conocimientos y habilidades para cuidar como se aprecia en este testimonio: «*formación es tener las herramientas para saber qué hacer*» (Aureliano: pág. 1, 48 años, urgencias, pregrado universidad pública). Asimismo, dijo una de las enfermeras, es indispensable conocer las necesidades del otro para cuidarlo: «*se deben conocer las necesidades del paciente para ayudarlo a tener una muerte digna y sobre todo tranquila y no dolorosa para el cuerpo*» (Manuela: pág. 4, 34 años, urgencias, pregrado universidad pública). Este «*conocer*» se refiere a los cambios que sufre el paciente, a las medidas farmacológicas y no farmacológicas para ofrecer alivio y comodidad, a las formas de ayudarlo a él y a los familiares en la elaboración del duelo; el conocimiento les permite tener habilidades comunicativas y liderar procesos en beneficio del paciente, especialmente cuando la atención no depende totalmente de enfermería, sino de un grupo interdisciplinario, tal como se ve en este relato: «*y uno es con ganas de decirle al médico que se pellizque, eso es otra cosa, entonces yo pienso que a uno sí le deberían dar unas herramientas para conversar con el otro*» (AnaKarenina: pág. 11, 36 años, oncología, posgrado cuidados paliativos). La preparación, por su parte, le ayuda a la enfermera a comprender la muerte como ineludible de todos los seres vivos en una perspectiva existencial, parte del principio ontológico de la finitud, para que no la miren como enemiga con la que se debe emprender una batalla. La consciencia de esta hará que las enfermeras se sientan cómodas al instaurar un plan de cuidados en pacientes sin posibilidad de curación. El siguiente fragmento hace alusión a la importancia de la finitud humana: «*a uno no lo preparan para saber que uno se va a morir*» (Aureliano: pág. 1). Ahora bien, los participantes le dieron un significado de incompleta e insuficiente a la formación que recibieron y consideraron que la preparación, en los términos vistos, estuvo ausente. En la formación de pregrado y posgrado, según ellos, recibieron una teoría desarticulada de la práctica laboral, de esta brecha mencionó una participante: «*creo que lo que le enseñan a uno en la facultad no es lo que uno vive aquí*» (Elena: pág. 2, 25 años, hospital primer nivel, pregrado universidad pública).

La formación también se refiere a que el currículo hace énfasis en el duelo de los pacientes y sus familiares, pero deja de lado su complejidad y la persona como ser integral: «*me acuerdo que cuando estaba estudiando sí nos hablaban por allá del duelo de las familias y eso es todo lo que nos hablaron*» (Celestina: pág. 8, 30 años, cuidados intensivos, posgrado cuidado crítico). No obstante el énfasis que, según los participantes, se le dio al duelo no adquirieron las herramientas para intervenirlos: «*cómo se maneja la familia, el duelo en cada caso particular, cómo manejar a esos que gritan, hasta cuando lo amenazan a uno, cuando le dicen a uno vea por culpa suya se murió, eso no se lo enseñan a uno*» (AnaKarenina: pág.11).

En cuanto al insuficiente tiempo que el currículo destinó al cuidado del paciente en proceso de fallecer, que impidió alcanzar las competencias necesarias, una participante comentó: «*no, es muy por encima, muy mala la preparación que le hacen a uno, uno porque la lógica le dice que todo el mundo se muere y porque la experiencia le enseña, pero no porque le digan que eso pasa*» (Elizabeth: pág.1, 39 años, cirugía, pregrado universidad privada). De igual forma, hicieron referencia a la escasa madurez de los estudiantes, que por su edad aún no piensan en la muerte y su futura responsabilidad profesional de cuidar hasta el final. De ello da cuenta este relato: «*dan el seminario, pero yo pienso que uno en el pregrado es inmaduro*» (Julieta: pág.4, 39 años, cuidados intensivos, posgrado en cuidado crítico).

Por otro lado, la preparación la consideraron ausente; este significado tiene 3 componentes: no se preparó para aceptar la muerte, para enfrentar las emociones sin perder la sensibilidad, ni para cuidar integralmente a la persona. El primero muestra una ausencia de preparación para ver la muerte en una perspectiva existencial ineludible: «*es algo duro que a uno en la vida no lo preparan para recibirla*» (Aureliano: pág.1), el segundo se refiere a que las enfermeras no fueron preparadas para expresar las emociones que pueden tener al convivir con la muerte de los pacientes en el trabajo asistencial: «*pero no te enseñan como enfermera, que a vos también te va a doler, que vos te apegas a los pacientes*» (Mafalda: pág. 8, 33 años, cuidados intensivos neonatal, posgrado cuidado crítico neonatal). Los participantes consideraron que la educación puede ayudar a conservar la sensibilidad ante quien muere «*pienso que falta mucha sensibilidad, porque no estamos preparados*» (Elena: pág. 2); el tercero se ilustra con el siguiente fragmento «*A uno nadie lo prepara para eso*» (Escarlet: pág. 4, 45 años, urgencias niños y adultos, posgrado en auditoría y calidad), pues lo que se encuentra en la práctica es tan grande y complejo que se hace importante tener preparación.

Frente a la obligación de asumir el cuidado con la educación que recibieron, algunas enfermeras construyeron significados de abandono, desamparo, sufrimiento, esconder las emociones, vulnerabilidad en la salud mental, desgaste y miedo de provocar o acelerar la muerte.

En cuanto al abandono, dijeron que se ven obligadas a hacer lo que pueden para cuidar al paciente, y para afrontar su muerte. Este es un testimonio: «*no, que yo me acuerde no, nadie nos prepara para eso, a nadie le importa lo que pase con nosotros con ese tema, no, que hagamos lo que podamos, lo que creamos que debe ser y ya*» (Celestina: pág.19). El significado de desamparo habla de sentirse solos, sin un apoyo para resolver sus propias angustias y sin que

nadie repare en su suerte: «*Pero hace falta que sepan qué es lo que de verdad pasa en el corazón de uno como enfermera con la muerte de los pacientes*» (Celestina: pág. 19).

El significado de sufrimiento ocurre porque las enfermeras sienten la obligación de ofrecer cuidado a los pacientes y a los familiares en su dolor emocional sin las herramientas necesarias; esto evidenció la impotencia y el poco control que tenían ante la muerte y el sufrimiento, como dijo esta participante: «*yo pienso que uno debería tener una formación teórico-práctica en lo que es la muerte, cuando uno está estudiando cuidado paliativo le da muy duro y sufre mucho, porque ve la angustia de las familias y tiene la sensación de impotencia*» (AnaKarenina: pág. 6). La vulnerabilidad frente a su propia salud mental estuvo relacionada con la depresión o estrés; en este sentido, expresaron que de haber tenido preparación tendrían cimientos para afrontar mejor las situaciones que luego encontraron frente al dolor y la muerte: «*la universidad debe dar la solidez mental y si uno no tiene la solidez mental quién quita que por eso tantos suicidios, tanta depresión, tantos problemas que hay ahora con las enfermeras, porque no es fácil estar en medio de la muerte*» (Dulcinea: pág. 6).

El significado de desgaste frecuente se presenta cuando tienen que enfrentar una situación difícil y no pueden hablar de sus emociones y significados por ser un tema tabú, por lo menos culturalmente; a este aspecto se refiere una participante: «*en la universidad no hablaron lo que uno vive, de lo que nosotros vivimos a diario, del dolor, de tener que convivir con la muerte todo el tiempo, del desgaste que eso le da a uno*» (Celestina: pág. 18). La falta de conocimientos para el cuidado o en farmacología por ejemplo, también puede llevar a las enfermeras a tener miedo de acelerar la muerte del paciente: «*de cometer un error que pueda llevarlos a la muerte*» (AnaKarenina: pág. 1), por lo tanto, quedar con el sentido de culpa por creer que no hizo suficiente, o porque no sabía qué hacer.

En contraste con estos significados algunas enfermeras dicen que manifestar sus emociones no es profesional y toman la opción de ocultarlas tras una cara de fortaleza, como se nota en este relato: «*dolorosísimo y saber que tenías que estar fuerte y mostrarle a ellos otra cara, de fortaleza, porque es la cara de las enfermeras*» (Celestina: pág. 10).

Discusión

Para los participantes el cuidado de la persona en proceso de fallecer es considerado una obligación, según Arroyo²⁰, por su visión humanística que les permite valorar la dignidad humana y ayudar en todas las etapas de la vida. De acuerdo con Fernández²¹, es importante que la enfermera desarrolle la habilidad de pensar dentro de un marco de referencia propio de la disciplina, así como considerar a la persona que requiere de cuidado como un ser integral y no como un objeto en el que se ejecutan determinadas tareas, con el fin de reflexionar la dignidad y el valor como ser humano del otro.

Tengamos en cuenta que la educación incluye la formación y la preparación, dos conceptos complementarios en la pretensión de una educación holística, en tanto la formación provee a la enfermera de conocimiento y habilidad

técnica, y la preparación le da las herramientas para afrontar la muerte. La enfermera necesita ambos para afrontar el cuidado del paciente que está en proceso de morir, puesto que como profesionales que cuidan, necesitan habilidad y conocimiento, además de prudencia y sabiduría para actuar y cuidar al moribundo sin perder la sensibilidad, por lo tanto, la educación debe estimular su racionalidad para que puedan decidir lo mejor para el paciente, lo cual coincide con los planteamientos de Kant quien opina que la persona no solo debe ser hábil, sino que deberá tener el criterio para elegir y decidir lo mejor entre las acciones que podría hacer²². Por su parte, Benner et al.²³ asegura que los estudiantes requieren aprendizaje cognitivo, práctico y ético, este último se refiere a la responsabilidad, preocupación y compromiso, y los tres deben ser integrados completamente. Por otro lado, es importante enfatizar en que «para un cuidado de enfermería con responsabilidad y respeto a la dignidad humana es necesario buscar el bien, con base en el conocimiento científico-técnico, la habilidad y la compasión, la prudencia, la actitud de servicio y la simpatía»²⁴.

La formación también se refiere a aprender cómo desempeñar bien una función, es fuente de habilidades técnicas y reflexivas para saber qué hacer, y analizar críticamente cómo se brindan los cuidados es inherente a esta responsabilidad. Ahora bien, la preparación busca que la persona no olvide los sentimientos y sepa cómo enfrentarlos; se recibe en la familia y el sistema educativo, desde el básico al profesional²⁵, lo ideal es un proceso razonado y equilibrado entre formación y preparación.

Por otra parte, según los participantes de este estudio, su formación carece de integración entre la teoría y la práctica, y ello les impide su acercamiento al paciente moribundo, lo que concuerda con Benner et al.²³, quien opina que es conveniente integrar la enseñanza clínica y lo dicho en el aula, para acercar a los estudiantes al cuidado de un paciente en proceso de fallecer. Como si fuera poco, su formación no tiene carácter de holística ni les dio, según las enfermeras participantes, las herramientas necesarias para el análisis crítico y para transformar la realidad que encuentran en su práctica profesional; lo cual concuerda con las opiniones de Guedes y Oliviera²⁶. Según este estudio la formación es insuficiente en el tiempo que se dedicó al cuidado del paciente en proceso de morir, y por tanto, las competencias adquiridas no fueron suficientes para cuidar de él y de sus familiares ante la inminencia de la muerte, lo que coincide con el estudio de Mialdea et al.²⁷.

La falta de preparación que emergió en este estudio coincide con los resultados de Frías²⁸, quien afirma que las enfermeras no están preparadas emocionalmente para enfrentar la muerte, ni lidiar con sus propios sentimientos. Lo anterior hace que las enfermeras no se sientan preparadas para cuidar, en toda su complejidad, de personas que viven y mueren conforme a su historia y sus creencias, lejos de estándares y protocolos. Este carácter individual y cultural de la muerte, unido a la incertidumbre con la que se muestra a los humanos, podría hacer imposible que los estudiantes sepan por anticipado cómo se presenta cada caso, cómo van a actuar y qué van a sentir, esto implica que enfermería reconozca la singularidad y autonomía de la persona hasta el final de su vida.

Ahora bien, verse obligadas a cuidar con las pocas herramientas recibidas en su educación hace que las enfermeras

sientan abandono, desamparo, sufrimiento, que deben ocultar las emociones, sientan vulnerada su salud mental y perciban desgaste y miedo de provocar o acelerar la muerte de sus pacientes.

Los participantes sienten abandono ante las dudas frente a su manera de actuar; la falta de dirección claramente definida para el cuidado del paciente en proceso de fallecer fue identificada como un impedimento para dar un cuidado de calidad²⁹. No obstante, diferentes grupos académicos y la Organización Mundial de la Salud han definido guías para el cuidado de los pacientes en proceso de fallecer y sus familiares. Para la Organización Mundial de la Salud los cuidados paliativos «dan alivio al dolor y a otros síntomas desagradables, afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal y no buscan adelantarla ni posponerla, integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al paciente, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte y a enfrentar la enfermedad y el duelo, utilizan un enfoque de equipo para atender las necesidades de los pacientes y sus familias»³⁰, lo cual refleja que, más que falta de acuerdos, hay desconocimiento de los mismos por las profesionales que no laboran en áreas especializadas como cuidados paliativos.

El significado de sufrimiento se lo dan los participantes al hecho de no sentirse preparados para presenciar la muerte sin sufrir la situación del paciente y sus familiares. Culturalmente, la muerte es una situación que se reviste de solemnidad, respeto y tristeza al mismo tiempo, por más que el fallecido no sea familiar de quien lo presencia; además, puede despertar sentimientos de solidaridad ante el sufrimiento del otro. Frías²⁸ encontró que el cuidado de enfermería se ofrece «aun a costa de sufrimiento». A pesar de esto, creen que deben ocultar sus emociones, posiblemente porque la formación de los profesionales de la salud ha estado dirigida a combatir la muerte. Paradójicamente, enfermería es una ciencia humanística, que tiene como una de sus «parcelas más bonitas el acercamiento al ser humano desde el respeto, la profesionalidad y el afecto»³¹. Este aspecto podría representar un cierto choque cultural entre las profesiones de la salud, a la cual pertenece enfermería, que buscan objetividad y neutralidad, que evitan u ocultan sus emociones, con la creencia cultural de solidaridad hacia quien sufre con la muerte y el valor que otorga enfermería a estas manifestaciones del arte del cuidado, las cuales constituyen una elaboración cultural. Es entonces cuando el sufrimiento de las enfermeras, ante la muerte, queda como un significado íntimo, casi inconfesable, ante el temor de no ser profesional, situación que podría mitigarse con una preparación que propicie la solidez mental.

El cuarto significado es la vulnerabilidad de la salud mental y el desgaste, que concuerda con los hallazgos de Vega et al.³². La muerte permanece escondida en los diálogos, incluso entre los profesionales de la salud, en la medida que su llamado desde la universidad es a conservar la vida. Por lo tanto, sienten que deben cargar solos con sus emociones y significados, lo que finalmente produce un cansancio que supera el físico por sus múltiples tareas, y que se va acumulando hasta sobrepasar la capacidad personal de respuesta. Esto se mitigaría con la incorporación en los currículos de enfermería de algunas bases de tanatología, la cual ayuda a encontrar sentido al proceso de la muerte³³;

a su vez, Vázquez-Soto³⁴ expresa la necesidad que tienen las enfermeras de formación profesional, acompañamiento y orientación, proporcionados por las instituciones en donde trabajan. Estos significados están relacionados con la falta de preparación y el miedo de provocar o acelerar la muerte por no conocer las técnicas de cuidados paliativos y el manejo de analgésicos y sedantes, aspectos que podrían estar ligados a las limitaciones en la formación.

Conclusiones

El significado que las enfermeras otorgan a la educación para el cuidado del paciente en proceso de fallecer es que esta debería estar constituida por formación y preparación; las enfermeras encontraron que esta fue insuficiente e incompleta en su componente de formación y ausente en su componente preparación.

El cuidado de los pacientes en proceso de fallecer significa para las enfermeras una obligación que deben asumir con las pocas herramientas obtenidas durante su educación; ante esto construyen significados de abandono, desamparo, sufrimiento, necesidad de ocultar las emociones, vulnerabilidad en su salud mental, desgaste y miedo que podrían afectar la calidad y humanización del cuidado y su salud mental.

Por otro lado, el desarrollo educativo para el cuidado del paciente en proceso de fallecer es complejo porque entiende a los estudiantes y pacientes en forma multidimensional, pero, a la vez, como un ser único con los significados de su propia vida y muerte. Este va desde el hogar y la cultura, pasa por la universidad y no termina.

El avance educativo no solo forma en competencias técnicas y científicas, sino que deberá incluir las éticas y estéticas.

Es imperativo incluir el cuidado del paciente en proceso de fallecer en el currículo de enfermería y en la educación continua en las instituciones de salud, lo mismo que abrir espacios para hablar de la muerte de una manera natural.

Financiamiento

Ninguna.

Conflicto de intereses

La investigadora no tiene conflictos de intereses con el estudio.

Agradecimientos

A María Mercedes Arias por sus valiosos aportes y asesoría.

Referencias

1. Consejo internacional de enfermería CIE. Código deontológico de enfermería Ginebra: ICN, 2012 [consultado 25 May 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1hQqRjN>
2. Watson J. *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. Boston: Jones and Bartlett Publisher; 1999.

3. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2007;16:129–35 [consultado 11 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1bP7Vua>
4. Lopes Magalhães AV, Lyra da Silva RC. Los conceptos de muerte y morir en enfermería y las relaciones con el ethos del cuidado. *Enferm glob* [Internet]. 2009 [consultado 30 May 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/1GK2OaC>
5. Carrillo Algarra A, García Serrano L, Cárdenas Orjuela C, et al. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería global* [Internet]. 2013;32:346–60 [consultado 26 Ene 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1FFUeOB>
6. Vargas-Daza E, Pacheco-Rodríguez A, Arellano-Martínez M, et al. Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2008;16:37–44 [consultado 20 Ene 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/1OXjK0D>
7. Ferrater Mora J. *Diccionario de filosofía*. 5.ª ed. Buenos Aires: Montecasino; 1965.
8. Sevilla-Casado M, Ferré-Grau C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de atención sociosanitaria: datos y significados. *Gerokomos*. 2013;24:109–14.
9. Chocarro L. Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso. [Tesis de Doctorado]. Madrid: Universidad Complutense; 2010 [consultado 24 Ene 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/1GeP334>
10. Maza-Cabrera M, Zavala-Gutiérrez M, Merino-Escobar JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Cienc enferm* [Internet]. 2009;15:39–48 [consultado 21 Jul 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1NBc6FL>
11. Benner P. Formation in professional education: An examination of the relationship between theories of meaning and theories of the self. *J Med Philos* [Internet]. 2011;36:342–53 [consultado 20 Feb 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1yy7OYI>
12. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2007;20:499–503 [consultado 27 Feb 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1CKntF3>
13. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2011;21 [consultado 20 Feb 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1MwK08c>
14. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J, editor. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 185–217.
15. Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography: Principle in practice*. 3rd ed. New York: Routledge; 2007.
16. Guber R. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma; 2001.
17. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002.
18. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med* [Internet]. 2003;34:164–7 [consultado 20 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1OXokfk>
19. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, Bogotá: Colombia [consultado 30 Ene 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/1bPcDlo>
20. Arroyo G. Humanismo en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2000;8:61–3 [consultado 15 Feb 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1GK6Xev>
21. Fernández AR. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. *Invest Educ Enferm*. 2010;28:267–74 [consultado 18 Jun 2011]. Disponible en: <http://bit.ly/1BKNZ0R>
22. Kant I. *Pedagogía*. 3.ª ed. Madrid: Akal; 2003.
23. Benner P, Sutphen M, Leonard-Kahn V, et al. Formation and everyday ethical comporment. *Am J Crit Care* [Internet]. 2008;17:473–6 [consultado Feb 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1DqQtXQ>
24. Molina M. La ética en el arte de cuidar. *Invest Educ Enferm*. 2002;20:118–30.
25. Santos-Guerra M. Una pretensión problemática: educar para los valores y preparar para la vida. *Rev Educ* [Internet]. 2010;351:23–47 [consultado 10 Feb 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/19HDswo>
26. Guedes E, Oliveira D. Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Index Enferm* [Internet]. 2013;22:25–9 [consultado 20 Dic 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/1NBch3Q>
27. Mialdea M, Sanz J, Sanz Á. Situaciones difíciles para el profesional de atención primaria en el cuidado al enfermo terminal. *Psicooncología* [Internet]. 2008;6 [consultado Ene 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1BKP6O2>
28. Frias C. O cuidar da pessoa em fim de vida como experiencia formadora. *Av Enferm* [Internet]. 2012;30:13–22 [consultado 10 Feb 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1GeXvzc>
29. Ruland C, Moore S. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook* [Internet]. 1998;46:169–75 [consultado 28 Oct 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/1NBchRo>
30. World Health Organization. *Palliative care. Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5*. Ginebra: WHO; 2007 [consultado 14 Nov 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1xxtadF>
31. Rodríguez A. Humanización del cuidado. Cartas al editor. *Enferm Clin* [Internet]. 2010;20:209–10 [consultado 15 Feb 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/1OXwJj4>
32. Vega P, González R, Palma C, et al. Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichan*. 2013;13:81–91.
33. Bravo Mariño M. ¿Qué es la tanatología? *Rev Digit Univ* [Internet] 10 de agosto de 2006. 2006;7:1–10 [acceso 8 Feb 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1xxuuNL>
34. Vásquez-Soto C. Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. [Tesis Maestría en enfermería]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012.