



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander

Colombia

Pérez Vega, María Elena; Cibanal, Luis Juan  
IMPACTO PSICOSOCIAL EN ENFERMERAS QUE BRINDAN CUIDADOS EN FASE  
TERMINAL

Revista CUIDARTE, vol. 7, núm. 1, 2016, pp. 1210-1218

Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359543375009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## IMPACTO PSICOSOCIAL EN ENFERMERAS QUE BRINDAN CUIDADOS EN FASE TERMINAL

### IMPACTO PSICOSSOCIAL EM ENFERMEIRAS QUE OFERECEM CUIDADOS EM FASE TERMINAL

#### PSYCHOSOCIAL IMPACT ON NURSES PROVIDING CARE IN TERMINAL PHASE

*María Elena Pérez Vega<sup>1</sup>, Luis Juan Cibanal<sup>2</sup>*

#### Histórico

##### Recibido:

25 de Mayo de 2015

##### Aceptado:

30 de Octubre de 2015

<sup>1</sup> Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Facultad de Enfermería de Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Autor para Correspondencia: Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas Centro Universitario Tampico-Madero. Boulevard Adolfo López Mateos, S/N Tampico, Tam. 89400. México. Tel. 52 (833)227-06-63. E-mail: [mperez@uat.edu.mx](mailto:mperez@uat.edu.mx)

<sup>2</sup> Doctor en Psicología. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante, España.

#### RESUMEN

**Introducción:** La vivencia y significación del proceso de morir dependen de construcción sociocultural, cosmovisión de la vida, conocimientos y experiencias personales. En México, como en otros países, la muerte es algo contradictorio, temido, evadido y venerado. El personal de enfermería está inmerso en esta cultura y desde ahí ejerce su profesión, pretendiendo contribuir en la promoción, mantenimiento, recuperación de la salud y asistencia de enfermos terminales. Existen múltiples investigaciones sobre actuación y actitudes ante la muerte en enfermería, pero vacíos sobre impacto emocional ante el desempeño del cuidado. **Objetivo:** Caracterizar cualitativamente el impacto psicosocial en enfermeras que prestan cuidados paliativos hospitalarios a pacientes en etapa final de la vida. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo, método fenomenológico, técnica entrevista en profundidad, como informantes 4 licenciadas en enfermería, análisis semiótico centrado en narrativas. **Resultados:** Conceptualización: ser humano, muerte, fase terminal, enfermería-enfermera; hallazgos: autopercepción como seres escindidos entre lo personal y lo profesional; significación de muerte como pérdida-ganancia; contexto hospitalario desfavorable a bien morir; impacto psicosocial y factores que lo intensifican; carencia de formación y apoyo. **Discusión:** Concordancia con investigaciones previas en conceptualización y significación de muerte, el aporte radica en describir el impacto psicosocial y sus razones. **Conclusiones:** Impacto psicosocial asociado a múltiples factores: afrontamiento cultural de la muerte, divergencias entre actuación personal y profesional, contexto hospitalario, enfoque tanatológico ausente. Urgente generar líneas de acción que retomen estos hallazgos, lo que repercutiría en menor impacto psicosocial del personal de enfermería y ello en mejoras en desempeño hospitalario, calidad de atención y condición de pacientes.

**Palabras clave:** Impacto Psicosocial, Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida, Investigación Cualitativa. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>

#### RESUMO

**Introdução:** A experiência e significado do processo de morrer dependem da construção sociocultural cosmovisão da vida, conhecimento e experiências pessoais. No México, como em outros países, a morte é algo contraditório, temido, evadido e reverenciado. A equipe de enfermagem está imersa nessa cultura e espaço onde pratica sua profissão, pretendendo contribuir para a promoção, manutenção, recuperação da saúde e assistência de doentes terminais. Existem muitas pesquisas sobre o desempenho e atitudes em relação à morte em enfermagem, mas vazios sobre o impacto emocional para o desempenho do cuidado. **Objetivo:** Caracterizar qualitativamente o impacto psicosocial em enfermeiros que prestam cuidados paliativos hospitalários a pacientes em fase final da vida. **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo, método fenomenológico, técnica entrevista em profundidade, como informantes quatro enfermeiras, análise semiótica focado em narrativas. **Resultados:** Conceituação: ser humano, morte, fase terminal, enfermagem-enfermeira; achados: auto-percepção como seres divididos entre o pessoal e o profissional; significado de morte como perda-ganho; contexto hospitalário desfavorável para o bom morrer; impacto psicosocial e fatores que o intensificam; falta de treinamento e suporte. **Discussão:** Resultados parecidos com outras pesquisas prévias em conceituação e significado da morte, o aporte radica em descrever o impacto psicosocial e suas razões. **Conclusões:** Impacto psicosocial associado a vários fatores: lidar com a cultura da morte, diferenças entre o desempenho pessoal e profissional, ambiente hospitalar, o foco na tanatologia ausente. Urgente gerar linhas de ação para retomar esses achados, afetando em menos impacto psicosocial no pessoal de enfermagem e melhorias no desempenho hospitalar, qualidade da atenção e condição dos pacientes.

**Palavras chave:** Impacto Psicossocial, Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Pesquisa Qualitativa. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>

#### ABSTRACT

**Introduction:** The experience and significance of the process of dying depend on sociocultural construction worldview of life, knowledge and personal experiences. In Mexico, as in other countries, death is something contradictory, feared and revered evaded. The nursing staff is immersed in this culture and from there his practice, aiming to contribute to the promotion, maintenance, recovery of health and hospice care. There are many research on performance and attitudes to death in nursing, but empty of emotional impact to the performance of care. **Objective:** To characterize qualitatively psychosocial impact on nurses who provide palliative care hospital patients in the end stage of life. **Materials and Methods:** A qualitative study, phenomenological method, in-depth interview technique, as informants four registered nurses, semiotic analysis focused on narratives. **Results:** Conceptualization: human, death, terminal phase, nurse-nursing; findings: self-perception as being split between the personal and the professional; significance of death as loss-gain; unfavorable hospital setting to die well; psychosocial impact and factors that intensify it; lack of training and support. **Discussion:** Conceptualization and significance of death reviewed in previous investigations, describing the psychosocial impact and its causes. **Conclusions:** Psychosocial impact related to multiple factors: address the social stigma of death, the divergence between taking professional vs. personal actions, what pertains to the hospital and a lack of a thanatological approach. Urgently develop a plan that accounts for these findings. This plan would result in less psychosocial impact on nurses and consequently improve hospital performance and improve quality of care and patient conditions.

**Key words:** Psychosocial Impact, Hospice and Palliative Care Nursing, Qualitative Research. (Source: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>

Cómo citar este artículo: Pérez ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. Rev Cuid. 2016; 7(1): 1210-8. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>

© 2016 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

## INTRODUCCIÓN

Cada etapa de la vida, entre ellas la de morir, puede ser vista a partir de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales y ser entendida más que como un acontecimiento como un proceso <sup>(1,2)</sup> y la manera en cómo éste es afrontado depende de una construcción social que varía de una cultura a otra <sup>(3-5)</sup>.

La manera como en cada cultura se entiende la muerte, guarda relación con la cosmovisión de la vida, lo natural, lo espiritual y lo divino <sup>(3,6)</sup>. En la sociedad occidental la muerte es un tema tabú y como tal se evade, se disimula y se niega hasta el final <sup>(3)</sup>. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella <sup>(7)</sup>.

En México, la manera de ver la muerte proviene de una cultura que fusiona lo prehispánico y español <sup>(8)</sup>, se llora y teme y a la vez se le conmemora y trivializa, pero siempre suscita emociones intensas aun cuando se le termina aceptando como algo natural y como una forma de transitar a otro plano de existencia en otra dimensión <sup>(9,10)</sup>.

El transitar por la fase terminal de la vida, en una cultura mexicana que teme y evade a la muerte, tiene implicaciones psicosociales no solo para el paciente que la vive y su familia, si no también en la enfermera que brinda cuidados paliativos. Así, diferentes investigaciones han documentado que para ella la agonía de su paciente le supone enfrentarse, de forma más o menos consciente, a su propia muerte y la de sus seres queridos: la muerte de sus pacientes la enfrenta a una serie de contradicciones filosóficas, existenciales y normativas y a grandes carencias en su formación de tipo tanatológica <sup>(11-14)</sup>.

En esta investigación se partió del enfoque teórico explicativo del cuidado de Ernestina Wiedenbach <sup>(15,16)</sup>, para entender que los objetivos de la enfermería son la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, pero también la asistencia a los enfermos terminales, y que la participación de enfermería influye positiva o negativamente en cómo los pacientes y sus familias viven este proceso terminal <sup>(7,11,17,18)</sup>.

Y aun cuando existen varias investigaciones que abordan la participación del cuidado enfermero en esta etapa final de la vida, entre otras las de Cordero, Jiménez y Marrero <sup>(7)</sup>, Collel <sup>(19)</sup>, Sanz <sup>(20)</sup>, Busquet y Pujol <sup>(21)</sup> y Cardeal y García <sup>(22)</sup>, hay vacíos de conocimiento con respecto al contexto mexicano, y particularmente en lo referente al impacto psicosocial que viven las enfermeras, indagado

a partir de su propia subjetividad y significación, por lo que esto constituyó el objeto de estudio, abordado desde una aproximación cualitativa fenomenológica <sup>(23-25)</sup>.

Este proyecto es parte de una investigación amplia, que aborda el tema de cómo la enfermera significa y afronta la muerte. En este trabajo en particular, el objetivo fue caracterizar cualitativamente el impacto psicosocial en enfermeras que prestan cuidados paliativos hospitalarios a pacientes en la etapa final de la vida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño fue de tipo cualitativo <sup>(23)</sup>, con enfoque fenomenológico <sup>(26)</sup>, tomando en cuenta que éste se centra en la manera en que las personas construyen y significan los fenómenos que viven y el mundo en torno a ellos, para así crear una perspectiva del mundo desde su experiencia. Se basa en la creencia de que las personas experimentan su mundo basándose en sus propias interpretaciones de sus experiencias.

La población estudiada fueron cuatro licenciadas en Enfermería asignadas a los servicios de Terapia Intensiva, Medicina Interna, Cirugía y Urgencias Adultos, de un hospital de segundo nivel de atención de la ciudad y puerto de Tampico, Tamaulipas en México, que atendían o atendieron; es decir, que en el momento en que se realizó la investigación estaban a cargo de pacientes en fase terminal, o que en un periodo anterior reciente habían estado a cargo de este tipo de pacientes. El número de informantes resulta pertinente y suficiente considerando la naturaleza, principios y objetivo de la metodológica seguida, la cual no pretende la generalización estadística y se asume que las informantes son sujetos que dan cuenta de su individualidad, pero a su vez, al ser parte de un contexto sociocultural lo representan también <sup>(23,25)</sup>. Por ello, los hallazgos aquí reportados pueden ser extrapolables, como ya otros autores lo han señalado, a otros contextos socioculturales similares <sup>(24,27)</sup>.

El procedimiento de recolección de información consistió en: 1. Autorización de directivos institucionales; 2. Entrevistas a jefas de servicios para identificar informantes; 3. Convocatoria vía telefónica; 4. Pre-entrevista: presentación del proyecto, solicitud del consentimiento informado y aplicación de cédula de datos sociodemográficos; 5. Entrevista individual en profundidad mediante guía semiestructurada las cuales fueron audio-grabadas digitalmente.

El análisis fue de tipo cualitativo porque permite

interpretar la perspectiva subjetiva, en este caso, la vivencia de las enfermeras, y generar elementos que permitan una explicación sociocultural <sup>(25)</sup>. Empleando la modalidad de análisis de contenido de tipo semiótico centrado en las narrativas <sup>(28-30)</sup>. El proceso siguió las recomendaciones generales en este tipo de análisis <sup>(23)</sup>, y consistió en: transcripción de audio grabaciones, lectura y relectura de versiones estenográficas de las entrevistas; análisis estructural; ubicación de unidades de sentido (fragmentos, palabras, frases o párrafos con información significativa); codificación (asignación de claves a cada unidad de sentido); establecimiento de categorías temáticas (conceptos generales que sirven para agrupar y clasificar un cierto número de unidades de sentido por áreas temáticas generales); selección de evidencia textual (fragmentos de texto para ejemplificar); elaboración de esquemas matriciales y establecimiento de interpretaciones.

### Aspectos éticos

Éticamente este estudio se realizó conforme a principios internacionales <sup>(31,32)</sup> y acatando la Ley General de Salud en México y su Reglamento <sup>(33,34)</sup> en materia de investigación con seres humanos. El proyecto se consideró, al no tener intervención experimental, un proyecto sin riesgo. Se recabó consentimiento informado y autorización administrativa del personal directivo institucional y las jefaturas de los servicios incluidos, así como el consentimiento informado por escrito de las informantes, respetando confidencialidad y anonimato y salvaguardando principios éticos de beneficencia, autonomía y justicia <sup>(31-34)</sup>.

## RESULTADOS

### Conceptos que dan sustento y significado a la experiencia

Mediante el análisis semiótico de las narrativas se encontraron elementos discursivos que dan cuenta de cómo las enfermeras conciben y significan al ser humano, a la muerte, a la fase terminal de la vida y al paciente que la vive, así como a la enfermería (profesión) y a la enfermera (como sujeto). Todo lo cual hace referencia a una cosmovisión y una representación social de la vida y la muerte, desde donde se experimenta y se da significado al impacto psicosocial resultado de los servicios hospitalarios de cuidados paliativos prestado a pacientes que se encuentran al final de la vida.

El ser humano es asumido como una entidad dual y antagónica cuerpo-espíritu, el cuerpo como algo

material y finito, el espíritu como algo intangible que trasciende en la eternidad, creación y propiedad divina. Se le concibe como un ente mortal, creación y propiedad de Dios de quien depende su destino en cuanto a su muerte y forma de morir.

*“Ningún ser humano tiene la vida comprada y la muerte es lo único seguro que tenemos” “[la muerte] es la parte inevitable de la humanidad” “Termina la etapa física...la etapa espiritual yo creo que trasciende, va más allá...”*

La muerte se entiende como algo inherente a la vida y a los seres humanos, como el único evento vital sobre el que se tiene la certeza de que ocurrirá, inevitable, irrevocable, totalizante, inexplicable, inimaginable, temible, generalmente indeseada y dolorosa y determinada por Dios.

*“Una etapa de la vida misma” “es la parte inevitable que la humanidad tiene que vivir” “siempre causa recelo” “algo que no quieres” “doloroso” “tremendo, muy muy tremendo” “irrevocable” “que abarca todo” “algo que no puedes explicar” “ni siquiera la imagino” “Aquí es donde influye Dios y dice: –hasta aquí llega la vida- y pasamos a otro nivel”*

Se considera la fase terminal como un proceso que acompaña a las enfermedades crónicas y que guarda relación con la etapa de transición substitutiva de la muerte por la vida y se considera que alargar esta etapa es antinatural y contradice la voluntad de Dios:

*“Morirse poco a poco” “estar terminando” “a veces persisten las maniobras y yo pienso que esto va contra la naturaleza y contra todo” “...Dios sabe lo que hace”*

Se visualiza al paciente en fase terminal como un ser a quien se le está agotando la vida:

*“Alguien a quien se le están agotando sus recursos” “que ya no tiene sus capacidades completas para continuar con su vida”*

La enfermera es autodefinida a partir de su sentido del deber ser profesional ligado a su misión humanista y de servicio; se prefigura como un ente vinculante (a manera de puente o conector) entre: a) la vida y la muerte, ya que se mueve en ambos planos existenciales y lucha por preservar la vida pero también ayuda a bien morir; b) entre la artificialidad hospitalaria y la naturaleza humana, considerando el entorno, la normatividad, los procedimientos y la tecnología hospitalaria como

ligado a lo artificial o no natural y a la muerte como parte de lo natural e inherente a la esencia humana; c) entre el paciente en fase terminal y sus familiares, considerándose agentes facilitadores de sus relaciones interpersonales y sus procesos de afrontamiento de la fase terminal; d) entre el paciente en fase terminal y Dios, ya que asumen que deben jugar en esta etapa un rol espiritual que facilite el acercamiento del paciente en fase terminal con un Ser Superior:

*“Nosotras las enfermeras vamos de una mano con la muerte y otra mano con la vida” “Nuestra profesión nos lleva a los extremos, desde la satisfacción de la vida hasta la tristeza de la muerte” “Somos una profesión con sentido humanitario... seres humanos trabajando con seres humanos” “Siempre he estado en contra de que se hagan cosas artificiales que van en contra de la naturaleza”*

### Enfermeras seres escindidos entre su yo persona y su yo profesional

Las informantes dejan ver en sus narrativas la percepción de vivir en permanente confrontación existencial y de que son un ser escindido, es decir dividido y confrontado entre polos opuestos de dilemas éticos de manera de pensar y actuar, como se muestra en la (Tabla 1) y en los ejemplos textuales.

**Tabla 1. Polo X vs Y en dilemas éticos en enfermeras**

Categoría Temática	Polo X	Polo Y
Enfermería	Ser profesional	Ser humana
Muerte de pacientes	Algo terrible no deseado	Algo que la hace más humana y da sensibilidad y templanza
Sensibilidad	No sentir o controlar sentimientos y con distanciamiento emotivo	Ser sensible, involucramiento emocional y empatía con dolor del paciente y su familia
Servicios Otorgados	Vida: Intentar alargar la vida e incluso revivir	Muerte: Dejar morir
Dolor	Evitarlo: Como parte de ayuda a bien morir	Aceptarlo: Como voluntad Divina y como algo purificador de fallas y pecados que ayuda a transitar hacia el cielo

**Fuente:** Entrevistas en profundidad realizadas en esta investigación

*“Es un sentimiento que pasa con cada paciente que se me muere, me da un sentimiento muy profundo aunque no quieras involucrarte” “Te duele porque sabes que se va a morir a pausas, te duele, y piensas que se va a morir y es tu paciente y lo sientes, pero también intentas ubicarte profesionalmente” “Como persona y como enfermera es bien difícil, tienes que separar y decir -a tu casa no puedes llevar eso-, pero no se te olvida, porque de verdad no se te olvida” “La enfermera debe guardar cierta fortaleza, si te pones a llorar con el paciente no acabas, se ponen todos a llorar... marco límites y fortaleza, claro que sí sales del cuarto con un nudo en la garganta, ya no puedo hacer nada como enfermera, pero como persona te mata la depresión” “Se siente horrible, los familiares se van, recogen sus cosas y se van, van y recogen el cuerpo y se van, recogen todo y se van, llega otro paciente, apenas quitaste ese cuerpo y llega otro, inmediatamente se está ocupando el lugar, uno está bajando y otro va subiendo” “Tienes que saber ubicarte como enfermera”, “Debes separar tu trabajo profesional y el ser tú”.*

*“Yo procuro evitarles el dolor...” “A los pacientes hay que hablarles de Dios, ellos se tranquilizan” “Tratar que comprendan pacientes y familiares que Dios sabe por qué hace las cosas” “Creo que el dolor purifica, prepara para llegar al cielo”*

*“No me gusta que se haga nada para alargarles la vida, va contra la naturaleza” “Me sentía impotente, muy impotente y lloraba, y decía: ¿por qué si yo soy enfermera no puedo hacer nada?” “Es un proceso muy difícil, muy emocional, en los últimos momentos que yo estoy con esos pacientes me invaden muchos sentimientos de impotencia por no poder ayudarlos, por querer salvarlos, de querer volverlos a la vida”*

### La pérdida de “los que se quedan”

“Los que se quedan” es una frase que hace referencia a las personas cercanas psicosocialmente a quien muere, que es “quien se va”, que son familiares y personal de Enfermería. Se asume que el personal de enfermería, a diferencia del personal médico, se involucra no sólo con la fase terminal sino con la muerte misma y por tanto experimenta su impacto. La medicina y el personal médico se perciben como de menor involucramiento con el paciente en fase terminal y se concibe que en esta fase ya hay poco, o nada, qué hacer médicamente. Entonces se visualiza al médico como ajeno al proceso, limitando su actuar a poner indicaciones, a practicar maniobras y a declarar la muerte.



*“Cuando médicamente ya no hay nada qué hacer, hay mucho qué hacer por parte de enfermería” “El medico pone sus indicaciones y se va” “Cuando el paciente muere el médico ya no interviene con el paciente ni los familiares, la enfermera si”*

En la (Tabla 2) se muestran las subcategorías temáticas que dejan ver la vivencia de pérdida de las personas que se quedan. Es decir, que sobreviven y son afectadas por la muerte de pacientes que transitaron una fase terminal y los casos donde la muerte no se concibe como una pérdida sino como una ganancia o liberación.

**Tabla 2. Pérdida o ganancia por la muerte**

Categoría	Subcategoría	Ejemplos Textuales
Pérdidas	“Los que se quedan”	“Pierden a un ser querido” “La separación es para siempre” “La muerte siempre la sientes como una pérdida, es una pérdida” “Significa pérdida, significa ausencia, significa vacío”
Ganancias o liberación	Cuando paciente es muy anciano	“Lo ves como natural, como algo que así debe ser cuando es una persona muy grande que ya vivió, que está al final de su vida” “Es diferente cuando es un niño o un joven” “En ocasiones ellos ya están cansados ya quieren acabar”
	Cuando etapa terminal ha sido muy larga y/o muy dolorosa	“Cuando lleva el paciente mucho tiempo sufriendo, la familia y hasta tú, como enfermera, deseas que esto acabe” “Cuando hay mucho dolor la muerte más que verse como pérdida, la ves como liberación”

**Fuente:** Entrevistas en profundidad realizadas en esta investigación

Los eventos de este proceso de terminación de la vida, se presentan en la (Tabla 3). Resaltando que los hallazgos permiten dar cuenta que se tiene la idea de que quien muere es alguien que se va, que se despiden y de quien hay que despedirse y a quien se le recordará y que la experiencia de separación y pérdida que se ve como algo que se sufre y ocasiona un duelo.

**Tabla 3. Eventos del proceso de la fase terminal**

Subcategoría	Temáticas
Irse	Proceso: saber, dudas y rechazo, aceptación, preparación, entregarse a Dios y morir
Despedida	El paciente de sus familiares y en ocasiones de la enfermera
	Los familiares del paciente vivo aún
	Los familiares del cuerpo
	Ellos se llevan: dolor de la separación, actitudes y palabras de la enfermera
	El proceso deja en familiares y enfermeras: dolor, pérdida, vacío, enseñanzas, experiencia, marcas en el alma
Duelo	Por muerte del paciente
	Por la transferencia * ante la muerte de un paciente, de otros duelos personales vividos
	Duelo es visto personal y profesionalmente como fuente de templeza
	Duelo se origina por ser profesionales sensibles pero a su vez se van sensibilizando
Recuerdo	Mantiene vivos a seres queridos
	De pacientes para la enfermera: los primeros, los significativos, los que más impacto emocional provocaron, los inmediatos a la vivencia personal de muerte de familiares

*\*Transferencia es un concepto psicológico que se refiere al acto inconsciente mediante el cual un sujeto revive, en vínculos o acontecimientos nuevos, antiguos sentimientos experimentados*  
**Fuente:** Entrevistas en profundidad realizadas en esta investigación

### Contexto hospitalario desfavorable al bien morir

El contexto hospitalario, se percibe como desfavorable al derecho humano de bien morir por: carencia de espacios específicos y adecuados para pacientes y familiares; normas rígidas; perspectiva de prestación de servicios sin enfoque tanatológico; empleo de recursos y maniobras de resucitación o alargamiento de la fase terminal como rutina, sin considerar principios morales y consentimiento del paciente y sus familiares; sobre carga de trabajo para el personal de enfermería. Resultando contrario a las condiciones vistas como deseables para esta fase terminal, como serían: confort, supresión al máximo posible del dolor, ambiente tranquilo, apoyo espiritual y religioso, acompañamiento de/y a familiares, servicios de tanatología para apoyar vivencia del proceso a pacientes, familiares y enfermeras.

La valoración desfavorable del contexto hospitalario se incrementa para el servicio de terapia intensiva, por: normas más rígidas, menor acompañamiento familiar, mayor uso de tecnología y maniobras médicas de alargamiento del proceso y resucitación; menores condiciones de comunicación, menor acceso al recurso de apoyo espiritual y religioso, mayor intranquilidad; y para el servicio de urgencias por: mayor carencia de espacios adecuados de estancia, menor privacidad, mayor uso de maniobras de resucitación y menor acompañamiento familiar.

### Vivencias del impacto psicosocial en la enfermera

La fase terminal y la muerte generan un torrente de sentimientos fuertemente dolorosos que impactan emocionalmente a la enfermera.

*“Sientes feo. Bueno, horrible” “Siento feo aquí, en el pecho”*

Los años de antigüedad laboral y de experiencia profesional no disminuyen el impacto psicosocial, al contrario pueden incrementarlo.

*“Todas sentimos, aun las que tienen experiencia de años, es imposible no sentir feo, nadie se desliga de sentir feo, estamos con un nudo en la garganta, nos salimos, les decimos a las compañeras, es que quiero llorar” “Yo siento que a mí me impacta más porque yo ya lo viví, el impacto es más fuerte... a veces me salgo porque yo a veces ya no aguanto, la verdad no aguanto el sentimiento”*

Un factor que contribuye al impacto psicosocial, es el tener que afrontar la incertidumbre, es decir, la imposibilidad de anticipación de los sucesos.

*“Tú sales tu turno y te vas y al otro día regresas pensando: ¿estará el paciente que dejé ayer?” “Tú sabes que se van a morir, pero no sabes cuándo, ni cuál primero, ni cómo. Y además quisieras que no fuera en tu turno, que no se te mueran a ti”*

El impacto psicosocial, según las narrativas, varía a partir de varios factores y éstos se muestran en la (Tabla 4).

Tabla 4. Variación en el impacto psicosocial

Categoría	Subcategoría	Ejemplos Textuales
Factores que inciden en variaciones del impacto psicosocial	Quien muere	“Si se trata de un ser querido” “Cuando es alguien que dejará cosas que apenas iniciaba o a niños”
	Edad de quien muere	“La muerte siempre es difícil, pero si es de un niño o alguien muy joven es terrible” “Cuando es una persona muy anciana dices: – bueno, ya vivió–”
	Las condiciones de muerte	“Cuando el proceso es lento, es moriré a pausas” “Siempre es difícil pero más cuando tú ves que sufre mucho por el dolor”
	Experiencias personales previas	“Cuando a ti ya se te ha muerto un familiar”
	Cantidad de pacientes atendidos que “se te hayan muerto”	“Que se te hayan muerto muchos pacientes te da miedo”
	Primera muerte afrontada o subsecuentes	“La primera vez fue horrible, ha sido lo más horrible que pude haber experimentado en mi vida, fue un bebé que murió. Tenía mucho miedo, me acuerdo, fui a dejarlo al anfiteatro y salí corriendo...” “De los primeros pacientes que se me murieron yo lloré, lloré mucho” “Si ya te ha pasado es peor”
	Aceptación o rechazo de la muerte por parte del paciente y/o familiares	“Si el paciente no la acepta, entonces no te queda más que darte de topes contra la pared”

Fuente: Entrevistas en profundidad realizadas en esta investigación

### Formación, experiencia y apoyo para afrontamiento de la muerte

Se plantea que el quehacer de enfermería, en esta

fase terminal de la vida es ayudar a bien morir, lo que significa acciones de dos tipos: unas de rutinas o procedimientos de cuidados paliativos y otros de apoyo espiritual a pacientes y familiares. Refieren que se les

capacita técnicamente para desempeñar las primeras, pero no para desempeñar la parte moral y espiritual, para la cuales, la propia experiencia vivencial las forma.

La experiencia vivenciada en el entorno personal con la muerte de familiares y/o seres queridos, por una parte, provee de sensibilidad y humanismo al ejercicio profesional, pero, por otra vuelve más difícil el control de las emociones porque se transfieren a cada paciente los propios duelos.

Y se plantea como queja (insatisfacción, y a la vez como una demanda, algo que se desea o se exige que ocurra) el inexistente pero necesario, apoyo de tanatología para los pacientes en fase terminal de la vida, sus familias y para el personal de enfermería que les presta cuidados paliativos.

## DISCUSIÓN

Tal como se ha referido, cada sociedad tiene su propia cultura referente a la muerte <sup>(4)</sup>. En la cultura occidental, entre la cual se encuentra el contexto mexicano estudiado, la muerte es afrontada bajo una perspectiva de negación, rechazo y temor, al mismo tiempo que de aceptación ligándole a la Divinidad <sup>(3-8, 9,12)</sup>, lo que coincide en lo general con los hallazgos de este estudio.

En la narrativa de las informantes se encontró que existe una fuerte confrontación emocional en las enfermeras entre lo que piensan y sienten, y lo que les han enseñado que son los límites y el distanciamiento emotivo deseable y normado para las profesionales de la enfermería en el ámbito hospitalario, como algunos autores sostienen <sup>(11,12,35,36)</sup>. Pero aquí se profundizó más en lo subjetivo y dilemas éticos, que en lo normativo institucional, como se hizo en investigaciones precedentes. Esta confrontación sea institucional, profesional, o personal, origina una angustia existencial profunda, un torrente de emociones contenidas y un caos en los parámetros para el comportamiento cotidiano.

Tal como varios autores plantean <sup>(7,35-39)</sup>, mucho de este impacto psicosocial de las enfermeras que prestan cuidados paliativos a pacientes en la fase terminal de la vida, está mediado por las carencias en la formación sobre técnicas de afrontamiento, la cual no se les brinda a nivel curricular, ni por la institución donde prestan sus servicios. La competencia o capacidad profesional se entiende como la posibilidad de hacer lo debido, sin embargo, según lo expresado por las informantes entrevistadas, en su entendimiento de su deber ser, se evidencia una fuerte noción de ambigüedad y

contradicción, que pone en confrontación permanente polos de acción y valor: “sentir” vs “no sentir” y atención corporal vs atención espiritual. La enfermera se siente profesionalmente capacitada para la atención corporal, pero, para esta fase terminal ella prioriza la atención espiritual para la cual no se siente preparada, pero que en lo personal la considera como un “deber” humanitario de la enfermería, y de ella como ser humano. Para atender lo espiritual refieren no poseer formación, ni recursos, ni mucho tiempo como enfermeras, lo que coincide con resultados de otras investigaciones <sup>(37-40)</sup>, en el sentido de que las enfermeras tienen más confianza en lo referente a los aspectos físicos del cuidado y se muestran menos confiadas para proporcionar atención espiritual.

Se evidencia en este estudio que muchas actitudes de distanciamiento de la enfermera ante el paciente en fase terminal pueden deberse a: la respuesta personal de acatamiento al supuesto deber ser profesional, que plantea el control de sentimientos y la no vinculación emocional; a la carga de trabajo y el poco tiempo disponible; pero sobre todo, a mecanismos psico-afectivos de defensa ante los sentimientos de un duelo prolongado y permanente, o a efectos patológicos de este duelo profesional cotidiano, como sería la depresión. Lo que coincide con algunas investigaciones <sup>(7,20,39)</sup> que señalan que las emociones ligadas a sentimientos de impotencia y miedo a la propia muerte, pueden actuar como desencadenantes de mecanismos defensivos de negación ante el paciente en fase terminal, y que en mucho se debe a carencias en la capacitación profesional.

## CONCLUSIONES

El impacto psicosocial en las enfermeras que brindan cuidados paliativos a pacientes en la etapa terminal de la vida, está íntimamente vinculado a un imaginario sociocultural y profesionalmente construido de la muerte y la Enfermería.

En la narrativa sobre su percepción, y significación de este impacto psicosocial, se plantea un dilema que polariza el sentir frente al no sentir, el ser enfermera o ser persona; pero resulta importante traer a estas conclusiones la afirmación de una de ellas, que en parte resuelve este dilema: “las enfermeras somos personas atendiendo personas” lo que parece una afirmación obvia, pero que no lo es en los contenidos y principios académicos de la formación escolarizada a la que ellas hacen referencia y que trasciende a su decisión de ser o no congruentes con su definición de sí mismas, su ideología y compromiso vocacional, tal como lo señalaron: “es que antes que enfermera, soy persona”



“el día que yo ya no sienta, que no me mueva ver llorar a un niño cuando lo inyecto, que no me mueva ver a alguien sufrir, que no me mueva ver a alguien que está muriendo, ese día dejo de ser enfermera”

Y en base a los hallazgos, es que, como parte de las conclusiones, se establecen las siguientes recomendaciones:

1. Que se promueva la realización de un mayor número de investigaciones cualitativas en diversos contextos que den cuenta del afrontamiento subjetivo de la muerte en el personal de enfermería, y en especial sobre el impacto psicosocial sufrido

por el personal de enfermería ya que ello impacta en la salud laboral y en la calidad de los servicios.

2. Que se incorporen los hallazgos de investigaciones como la presente, en la toma de decisiones en la planeación, operación y evaluación de la formación de recursos humanos en salud, la capacitación continua, el desempeño hospitalario y la mejora del ambiente laboral.
3. Que los centros hospitalarios provean servicios de apoyo tanatológico a las personas que están involucradas con la etapa terminal de la vida, prioritariamente pacientes y familiares y personal de enfermería.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. **Blanco-Picabia A.** “Hablando de la muerte (Pero, ¿de qué muerte?)”. En: Pelechado V. Psicología, mitopsicología y postpsicología. Valencia: Promolibro; 1993.p. 230-47.
2. **Kastenbaum R, Costa T.** Psychological perspectives on death. *Annual Review of psychology* 1977; 28: 225-49. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.ps.28.020177.001301>
3. **Escobar G, García G.** La muerte: fantasma de mil rostros. Disponible en: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/Documentos/Promocion/Vol4-5/LA%20MUERTE%20FANTASMA1.pdf> [Consultado Marzo 12- 2006].
4. **Flores-Guerrero R.** Salud, enfermedad y muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Rev Mad.* 2004; 10: 1-8.
5. **Morin E.** El hombre y la muerte. Barcelona: Kairós; 1974.
6. **De la Rosa M.** El concepto de la vida y la muerte del japonés. *Revista Zendo Digital* [En línea] 2005 [Consultado Febrero 16 -2006]. Disponible en: <http://www.zendodigital.luzserena.net>
7. **Cordero Y, Jiménez A, Marrero R.** Actitud ante la muerte del personal de enfermería del turno de 7 a.m. a 1 p.m. y su relación con la atención al paciente moribundo y sus familiares”. *Hospital Universitario de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”.* 2003. [Consultado Enero 25, 2006] Disponible en: [http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be\\_alex.exe](http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe)
8. **De Matos M.** No para siempre en la tierra. *Revista Casa del Tiempo* [En línea] 1992 [Consultado Febrero 20, 2006]. Disponible en: <http://www.difusioncultural.uam.mx/revista/nov2001/mattos.pdf>
9. **Allué M.** La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal. *Jano, Medicina y Humanidades.* 1985; 653:57-70.
10. **Amezcuca M.** La muerte y sus representaciones en México: perspectivas de enfermeras y maestras. *Index de Enfermería.* 2002; 11(39): 24-8.
11. **Yague A, García M.** Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. *Rev de Enfermería. Publicación de la Escuela Universitaria de Enfermeras de Albacete* [En línea] 2000 [Consultado Enero 25, 2006]. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>
12. **Bregel F.** Hablando de la muerte en el aula. *Revista Educare.* 2004; 21(11).
13. **McLeod RD, Parkin C, Pullon S, Robertson G.** Early clinical exposure to people who are dying: Learning to care at the end of life. *Med Educ* 2003; 37(1): 51-8. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01412.x>
14. **Barnard D, Quill T, Hafferty FW, Arnold R, Plumb J, Bulger R, et al.** Preparing the ground contribution of the pre-clinical years to medical education for care near the end of life. *Working Group on the Pre-clinical Years of the National Consensus Conference on Medical Education for Care Near the End of Life. Acad Med.* 1999 May;74(5):499-505. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199905000-00014>
15. **Wiedenbach E.** Clinical nursing. A helping art. New York: Springer, 1964.
16. **Wright L.** Ernestine Wiedenbach’s Helping Art of Clinical Nursing. 2006. [Consultado Marzo 3, 2006]. Disponible en: <http://healthsel.clayton.edu/eichelberger/ernestine.wiedenbach.htm>

17. **Fulgeira J.** Algunas consideraciones psicológicas sobre la muerte y el morir. *Revista Rol de Enfermería* 1979; 12:37-40.
18. **Niemeyer RA.** Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós Iberica, 1997.
19. **Collel R.** Actitud ante la muerte: diferencias entre estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. Tesis doctoral. Universidad de Lleida. 2005; [Consultado Febrero 1, 20013]. [En línea]. Disponible en: <http://www.uab.es/uabdivulga/cast/tesis/2005/actitudmuerte0905.htm>
20. **Sanz J.** Actitudes del enfermero/a ante el paciente terminal. *Enfermería Científica* 2000; 220-221: 17-20.
21. **Busquet X, Pujol T.** Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Medicina Paliativa*. 2004; 8(3): 116-9.
22. **Cardeal J, García RA.** Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13(2): 151-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>
23. **Villaseñor FM, Valadez FI.** Metodología cualitativa y participativa en salud pública. En: Malagón-Londoño y Moncayo M [editores]. *Salud Pública: Perspectivas*. 2da ed. Bogotá: Médica Panamericana; 2011. p. 225-43.
24. **Valles M.** Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional, Madrid: Síntesis Sociológica; 1997.
25. **Mercado MF, Villaseñor FM, Lizardi GA.** Situación actual de la investigación cualitativa en salud. En: *Revista Universidad de Guadalajara*, 2000; 17:19-30.
26. **Palacios CD, Corral LI.** Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva* 2010; 21(2):68-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.003>
27. **Grbich, C.** *Qualitative research in health: an introduction*, Sydney: National Library of Australia; 1999.
28. **Abril G.** Análisis Semiótico del discurso. En: Delgado J y Gutiérrez J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Psicología; 1995. p. 427- 64.
29. **Greimas A.** *La semiótica del texto*, Barcelona: Paidós; 1993.
30. **Barthes R.** *La aventura semiológica*, Barcelona: Paidós, 1993.
31. **Villaseñor FM.** Bioética y salud pública. En: Malagón-Londoño y Moncayo M. *Salud Pública: Perspectivas*. 2da ed. Bogotá: Editorial Medica Panamericana; 2011: 114-28.
32. **Declaración de Helsinki de la AMM.** Principios éticos para las investigaciones médicas con seres humanos. 64ª Asamblea General Fortaleza, Brasil, 2013. [Consultado Enero 15, 2014] Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion\\_Helsinki\\_Brasil.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf)
33. **Secretaría de Salud.** Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma 2013. [Consultado Abril 20, 2014] Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividadnacional/8. NAL LEY GENERAL DE SALUD.pdf>
34. **Secretaría de Salud.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de los Estados Unidos Mexicanos, 1984. [Consultado Abril 20, 2014] Disponible en: <http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividadnacional/10. NAL. Reglamento de Investigacion.pdf>
35. **Hernández NE, Moreno CM, Barragán JA.** Necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Rev Cuid*. 2014; 5(2): 748-56. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87>
36. **Britto S, Ramos R, Santos É, Veloso O, Silva A, Mariz R.** Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. *Rev Cuid*. 2015; 6(2): 1062-9. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.170>
37. **Shimizu E, Ticiari CD, Merchan HE.** Placer y sufrimiento en trabajadores de enfermería de una unidad de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(3):565-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300016>
38. **Vargas D, Vieira DA.** Depression prevalence in intensive car unit nursing workers: a study at hospitals a north-western city of São Paulo State. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(5):1114-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500008>
39. **Mialdea M, Sanz J, Sanz A.** Situación difícil para el profesional de atención primaria en el cuidado al enfermo terminal. *Psicooncología* 2009; 6(1):53-63.
40. **García SV, Rivas RE.** Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo y aspectos bioéticos. *Ciencia y Enfermería*. 2013; 19(2): 111-24.