

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DE LAS
ENFERMERAS SOBRE EL PROCESO DE MUERTE

POR

LIC. MARIA GUTIERREZ LOPEZ

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRIA EN METODOLOGIA DE LAS CIENCIAS

JUNIO 2004

TM
Z712
EFL
2004
.687



1020149133

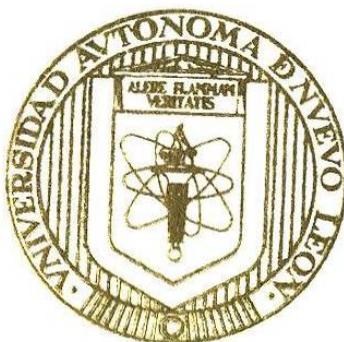
Rec Sep 14 2004

~~Handwritten mark~~

Handwritten mark

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DE LAS
ENFERMERAS SOBRE EL PROCESO DE MUERTE

POR

LIC. MARIA GUTIERREZ LOPEZ

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRIA EN METODOLOGIA DE LAS CIENCIAS

JUNIO 2004

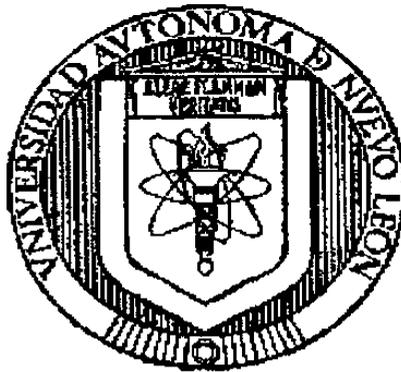
980 775

TH
Z 7105
FFL
2004
.E87



FONDO
TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS
SOBRE EL PROCESO DE MUERTE**

Por

LIC. MARÍA GUTIÉRREZ LÓPEZ

**ASESOR DE TESIS
MSP DORA ELIA SILVA LUNA**

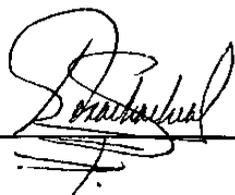
**Como requisito para obtener el grado de MAESTRIA
EN METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS**

Junio, 2004

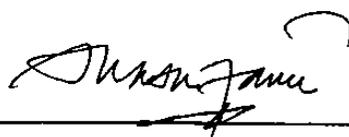
**EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS
SOBRE EL PROCESO DE MUERTE**

Aprobación de tesis :

MSP DORA ELIA SILVA LUNA



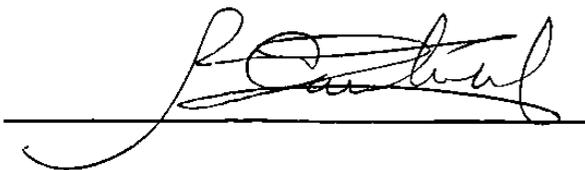
DR. JOSÉ MARÍA INFANTE BONFIGLIO



DR. FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ MARTÍNEZ



MTRO. ROGELIO CANTÚ MENDOZA



DEDICATORIA

A MIS PADRES,

MIGUEL (+) y FELICITAS (+) En quien se inspiro este trabajo,
recordando la confianza, respeto y comprensión que siempre
tuvieron hacia el personal de enfermería.

A MIS HERMANOS,

Por su invaluable apoyo, su entusiasmo y estimulo constante
durante la elaboración de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a mis asesores,

MSP DORA ELIA SILVA LUNA

MCE FRANCISCO ROCHA ROMERO,

Por que con sus conocimientos, entusiasmo y entrega hicieron posible el inicio de la cristalización de un sueño.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
I	INTRODUCCIÓN
1.1	Planteamiento del Problema 3
1.2	Marco Teórico Referencial 6
1.3	Estudios Relacionados 15
1.4	Objetivos 18
II.	METODOLOGÍA
2.1	Diseño 19
2.2	Población de Estudio 19
2.3	Material 20
2.4	Procedimiento 21
2.5	Ética del Estudio 22
III.	RESULTADOS
3.1	Datos Generales 23
3.2	Análisis y Discusión 25
3.3	Conclusiones 33
3.5	Recomendaciones 34
	BIBLIOGRAFÍA 35
	APENDICES:
	Apéndice A - Definición de Términos 39
	Apéndice B - Cuestionario Sobre el Proceso de Muerte 40
	Apéndice C - Consentimiento Informado 44

Apéndice D - Categoría Empírica de las Variables desde la Perspectiva de Viniestra.	45
Apéndice E - Síntesis de los relatos de las enfermeras	47

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El enfoque holístico de la práctica de la carrera de enfermería, considera los factores psicológicos y ontológicos del enfermo, como parte esencial de su atención clínica durante la etapa terminal de la vida. Estos factores son tan importantes como las alteraciones funcionales y de orden médico, motivo del cuidado que debe proporcionarse al paciente.

La muerte es un tema difícil de abordar para el equipo de salud, por ser una experiencia trascendente en la vida del ser humano Pérez Valera (1996). El clima de tensión relacionado con el deseo inminente del moribundo y su circunstancia, puede generar actitudes inapropiadas en relación al cuidado del enfermo.

Las estrategias que consideran la complejidad de la atención al paciente durante el estado terminal, requieren de una alta calidad en las intervenciones encaminadas a satisfacer sus necesidades. Las reacciones psicológicas de ansiedad y depresión de las cuales participa el personal asistencial, pueden afectar la eficacia del cuidado de los pacientes Chacon, M. y Grau, J. (1997).

La enfermera es el profesional del equipo de salud quien mas tiempo permanece con el enfermo. La valiosa contribución de este profesional hace imprescindible el cuidado integral del enfermo en esta fase, con un conocimiento específico acerca del proceso final de la vida y de los aspectos

prácticos que proporcionen una atención con alta calidad y una muerte con dignidad.

El presente estudio *identifica algunas fuentes* del conocimiento sobre el proceso de muerte en el personal de enfermería a través de la interpretación de relatos obtenidos por medio de instrumentos de indagación utilizados (cuestionario abierto), en un grupo seleccionado de enfermeras expuestas a pacientes graves y con alto riesgo de morir, a la luz de una propuesta epistemológica (Viniestra Velásquez L., 2001). Se hace un análisis *de la posible influencia de los resultados* como una limitación de la práctica profesional de la enfermera durante la etapa del fallecimiento del paciente.

1.1 Planteamiento del Problema

Son múltiples los factores que intervienen en la atención hospitalaria del proceso de muerte entre los que se destaca la concepción de la muerte que determina la forma en que una sociedad se comporta ante ella y de la que resultan radicales diferencias entre culturas y a lo largo de la historia en una misma sociedad (Elias Norbert, 1987).

No menos importante es el marco ideológico y de creencias del enfermo, de la familia y del mismo personal de salud que dotan a la muerte de sentido o carente del mismo, así como el modelo de atención vigente con enfoque biologicista cuyo fundamento es mantener el funcionamiento orgánico para prolongar la vida, en ocasiones a un costo muy alto de sufrimiento físico y psicológico innecesario, debido en gran parte a que con los avances científicos y tecnológicos la muerte representa un rotundo fracaso (Fisher M., MBChB, Eficanzca, Fanzca, Frca, R raper. 1997).

En la experiencia de la autora de este estudio, en la práctica de varios años como enfermera, se ha podido observar las circunstancias que rodean la atención al moribundo, algunas de orden ético como el participar en la implementación de decisiones de retirar equipo para el mantenimiento de la vida o de reducir o evitar maniobras a favor de la misma; otras de orden administrativo, como la aplicación inflexible de normas para visitantes del moribundo y su presencia en el momento final de la vida y finalmente; la formación académica de los profesionales de la salud, que carece de contenidos específicos relativos al proceso de morir especialmente en las

enfermeras, lo que les ubica con escasa capacidad de autocrítica de su hacer al atender al moribundo.

Elias N.(1987), apunta que los factores anteriores aislados o en conjunto, han conducido a propiciar ambientes restrictivos en cuanto a su manifestación de deseos, sentimientos e incertidumbre, relacionados con la muerte de parte del propio paciente, sus familiares o del personal del hospital.

Según Ufema, J. (1991), el personal de salud que atiende al paciente con enfermedad terminal generalmente no expresan sus sentimientos ante la muerte por temor a ser perturbados o a perder el control.

Chacon, M. y Grau, J. (1997), mencionan que dada la complejidad de las demandas asistenciales del paciente en estado terminal, se requiere trazar estrategias de intervención que posibiliten la atención de enfermería, relacionada con la satisfacción de necesidades de los pacientes, ya que encontraron reacciones emocionales negativas de ansiedad, depresión e ira, en el personal asistencial, que además pueden entorpecer la eficacia del cuidado a otros pacientes y la comunicación adecuada con el enfermo.

En el moribundo, la espiritualidad es un aspecto vital para su cuidado. Para Almanza, M. (1999), las principales barreras en la práctica clínica son falta de tiempo y de entrenamiento en la atención a pacientes en esta fase.

Furman, J. (2001), afirma que la enfermera, simplemente estando al lado del paciente en el momento de la muerte, puede crear un ambiente seguro y apacible que facilite la transición del espíritu.

Al respecto, Ferrell, B.; Coyne, P. y Uman G. (2001), mencionan que existen muchos vacíos de comunicación entre pacientes, cuidadores familiares

y profesionales; en su estudio encontraron que las enfermeras refirieron sentirse poco confiadas para dar atención espiritual así como para atender las respuestas psico-sociales del paciente, no así para el cuidado físico que ellos requieren.

Por otro lado, Gómez, L. (2000), reporta que se requiere de elementos conceptuales para comprender el proceso de muerte y dirigir de manera efectiva el cuidado, uno de los conceptos importantes es el de los derechos del paciente y su familia, hecho que Alvarez, S. (2001), reportaron al encontrar en el personal de enfermería, que el conocimiento de los derechos del paciente moribundo se relaciona con su cumplimiento.

Ellershaw J. y Ward C. (2003), afirman que el propiciar una buena muerte es el principal desafío en la atención del moribundo ya que aun continúan ocurriendo casos de pacientes que mueren en angustia y sin control de síntomas; para atender a los pacientes moribundos es esencial diagnosticar la agonía, sin embargo esto es un proceso complejo en un hospital, en donde la cultura con frecuencia se enfoca en la curación, la continuación de procedimientos invasivos, investigaciones y tratamientos a expensas del confort del paciente, y que el elemento más importante al diagnosticar la agonía es, que los miembros del equipo de salud que atienden al paciente estén de acuerdo en que el paciente tiene la probabilidad de morir.

Dado que todo personal de enfermería en algún momento se ha enfrentado a la atención de pacientes moribundos, de los reportes anteriores, puede deducirse que a partir de éste contacto, la enfermera acumula experiencias relacionadas para generar conocimiento sobre cómo es el proceso

de muerte, y en consecuencia proporcionar atención de enfermería idónea según cada caso que se presente. La reflexión de las experiencias pueden coadyuvar a construir el conocimiento que sustente su práctica profesional. Lo fundamental es que enfermería requiere de un campo de conocimiento específico en el cual apoyar la práctica, ya que a pesar de acumular amplias y complejas experiencias en el cuidado hospitalario y ser el elemento del equipo de salud que más tiempo permanece con el enfermo, poco se conoce de cómo el análisis de la experiencia puede contribuir a un conocimiento específico de estos profesionales.

El presente estudio se considera de gran relevancia porque permitirá comprender de manera profunda como la experiencia cognitiva de las enfermeras en la atención al proceso de muerte interviene en la elaboración de su conocimiento.

Para un mejor entendimiento de los conceptos que se usan en este informe, en el apéndice A (pag. 38) se encuentran definidos los términos conocimiento, fuentes de conocimiento, proceso de muerte y experiencia profesional en el proceso de muerte desde la perspectiva epistemológica de este estudio.

1.2 Marco teórico Referencial

Respecto al proceso de generación del conocimiento, las propuestas epistemológicas contemporáneas más representativas son el empirismo y el racionalismo.

En el planteamiento filosófico del empirismo, el conocimiento proviene de la experiencia, principalmente es el que viene de los sentidos. Aquí se plantea que una proposición no es propiamente conocimiento a menos que lo que afirme sea confirmado y verificado por la experiencia y que el experimento es la forma de llegar a un nuevo conocimiento.

Por su parte la propuesta filosófica del racionalismo concede la primacía a la teoría sobre la experiencia en el proceso del conocimiento. Su base son los alcances en la elaboración mental desestimando el papel de la experiencia y se concede el papel decisivo a la teoría no a los hechos.

Para Piaget J. (1887), promotor del constructivismo piagetiano, el conocimiento no puede concebirse como si estuviera predeterminado, ni por las estructuras internas del sujeto, puesto que son producto de una construcción efectiva y continua; ni por los caracteres preexistentes del objeto, ya que solo son conocidos gracias a la mediación necesaria de estas estructuras, las cuales se enriquecen al encuadrarlos de tal forma que todo conocimiento supone un aspecto de nueva elaboración.

La crítica de la experiencia, es una propuesta planteada por Viniegra, L. y Aguilar, E. (1999), quienes afirman que la crítica es el eje de construcción del conocimiento, es el camino para reflexionar sobre lo que se es y se hace. Solo mediante el cuestionamiento se puede llegar a la elaboración del conocimiento, debido a que es la manera de poner en tela de juicio todas aquellas ideas que llevan al ser humano a comportarse de determinada forma indistintamente de su preparación académica, se reflexiona sobre ideas y creencias presentes a fin de elaborar las propias así, la crítica y la reflexión se ejercen sobre la

experiencia propia; esto incluye el punto de vista histórico y social propio del ser humano.

Desde esta perspectiva, Viniegra y cols. (1999), consideran, la experiencia personal como referente decisivo para el camino de la elaboración del conocimiento, en este sentido la experiencia debe ser recuperada y organizada, para constituirse en objeto de reflexión. Debido a que se parte de la experiencia, la teoría es considerada como el medio para fundamentar, orientar, cuestionar o replantear .

Como ya se señaló, la crítica se debe dar en ambos sentidos, de tal forma que para incursionar los supuestos del conocimiento lo primero es esforzarse en hacer concientes las creencias y convicciones que dan sostén, significado y sentido a la experiencia de cada quien, y que la mayoría de las veces permanecen ocultos a la conciencia, pero determinan la forma de mirar el mundo constituyendo *la conciencia de la realidad*, y solo cuando se reconoce lo que subyace a la acción, se está en condiciones de cuestionar o confrontar otros puntos de vista, y quizá, cambiar el propio. Es aquí el verdadero inicio del camino del conocimiento cuando se hace conciencia de que las creencias y convicciones funcionan como obstáculos epistemológicos y que solo se pueden superar cuando se toma conciencia de ello.

Lo que la propuesta de Viniegra y cols. (1999), sostiene, que es el conocimiento surge cuando la reflexión (crítica) se asocia indisolublemente a la acción (experiencia), al grado de constituir una unidad. La reflexión sobre la experiencia tiene un carácter autocrítico, constituyendo esto la parte central y decisiva en la elaboración del conocimiento.

Con lo hasta aquí expuesto se puede afirmar que, en ausencia del análisis e introspección, las creencias y convicciones, a manera de prejuicios incuestionados perpetúan puntos de vista, perspectivas, actitudes, hábitos rígidos o soluciones de poco alcance; además, la autocrítica no puede avanzar, mientras no se conciba como algo deseable y necesario. Solo si se cuenta con la disposición para poner en tela de juicio la propias opiniones e ideas que expresan lo que escapa a la conciencia, la crítica puede generar experiencia.

Desde esta perspectiva, *la crítica de la experiencia* es el camino del conocimiento, bajo las siguientes afirmaciones: 1) una experiencia desprovista de reflexión sobre sí misma es la negación del conocimiento; 2) la elaboración mental de ideas desvinculada de la experiencia propia, es la nulidad del conocimiento; 3) la elaboración mental citada solamente por las propias vivencias (reflexión), que deje incuestionadas las creencias y convicciones que condicionan la experiencia (obstáculos epistemológicos), es la suplantación del conocimiento; 4) la elaboración mental inspirada en la experiencia que no se fundamenta en la transdisciplina es la degradación del conocimiento finalmente Viniegra afirma que la elaboración mental, fruto de la reflexión sobre la experiencia propia que no cristalice en una práctica transformada, es la *frustración* del conocimiento.

Los *supuestos* de Viniegra y cols. (1999), desde su perspectiva epistemológica son:

- El proceso del conocimiento es básicamente elaboración, a partir de la información disponible.

- La información, es materia prima que debe ser transformada por la crítica para convertirse en conocimiento.
- El acceso al conocimiento, es dependiente del poder de elaboración del sujeto.
- Las situaciones de conocimiento surgen cuando la experiencia adquiere, a través de la reflexión, un carácter cuestionador, inquisitivo y propositivo.
- De manera indiferenciada, frecuente e incoherente coexisten concepciones religiosas, psicológicas, sociológicas, políticas, históricas, morales, económicas antropológicas, estéticas en la idea que se tiene sobre si mismo.
- Las tradiciones son aprendidas, en un contexto específico, característicamente irreflexivas, con tendencia a resistir al cambio, funcionan como supuestos ocultos de cómo un grupo social se mira a si mismo y al mundo, de lo que es y hace.

La aptitud se refiere a lo que se propicia y se espera que los sujetos logren al estar involucrados en un proceso de elaboración de su propio conocimiento, en este sentido aptitud se refiere a la mayor o menor prestancia para ejercer un agudo juicio crítico y una actitud propositiva ante cualquier fuente de información (lectura) o circunstancia relativa a su área de competencia (Viniestra, L. y cols. 1999). El autor puntualiza, que la *elaboración del conocimiento* desde su perspectiva epistemológica incluye distintas modalidades, las cuales se encuentran interrelacionadas y tienen carácter dis---

tintivo como:

- a) Lectura crítica de textos teóricos
- b) Lectura crítica de artículos de investigación factual
- c) Investigación
- d) Creación de ambientes propios para la crítica.

Para Viniegra, L. (2001), la aptitud para la elaboración del conocimiento, de mayor trascendencia y complejidad es la que tiene que ver con los cambios deliberados y propositivos que se introducen en la experiencia propia, para hacerla más refinada, de mayor alcance, más persuasiva e influyente.

Al respecto García, H. (1996), señala que existe un proceso de construcción de nociones sobre la muerte y el morir a partir de las observaciones, interacciones y la diferente información que el sujeto incorpora y que no concluye en ninguna etapa del desarrollo, este continuo proceso constructivo supone la elaboración de teorías del morir como un conjunto de explicaciones, relativamente estables elaboradas por los individuos como resultado del conocimiento de si mismos, de los demás, y de las instituciones sociales y culturales a las que pertenecen.

Fernández, V. (1998), a su vez indica que el proceso de muerte pasa por diversas etapas como son la negación: enojo, depresión y aceptación. El objetivo de los cuidados debe orientarse hacia el bienestar del paciente.

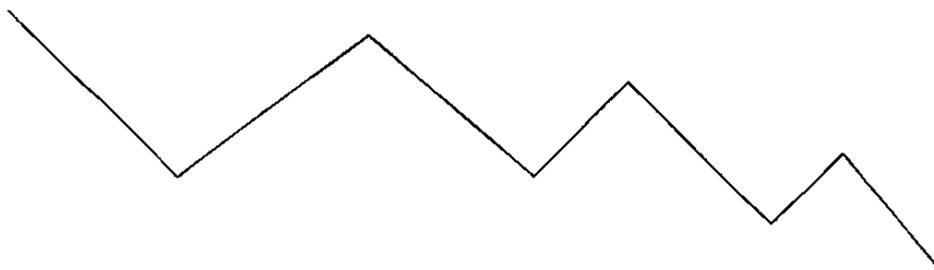
Los profesionales de enfermería tienen, entre otras, funciones el cuidar, tanto en la salud como en la enfermedad, desde la concepción hasta la muerte. Henderson, V. (1994), refiere, que el rol esencial de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo al mantenimiento o recuperación de la

salud, o bien asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz, lo que le demanda conocimientos, actitudes y destrezas que se deben adquirir durante su formación.

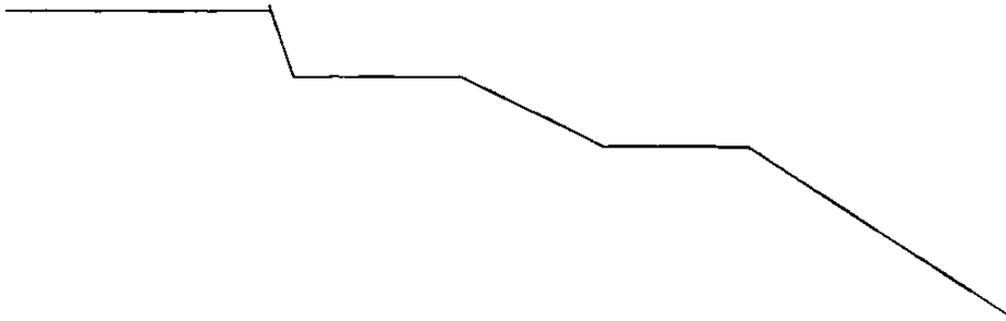
Para Alspach, J. A. (1993), Para proporcionar cuidados al paciente en proceso de muerte, se requiere que la enfermera este conciente de que algún día deberá enfrentarse a la muerte y quizá al proceso de agonía; todos los temores, sentimientos y conflictos que aparecen en el paciente moribundo, también se producen en la enfermera. Es esencial que la enfermera conozca sus propios temores sobre la muerte y que los acepte, al respecto Kubler, R. E. (1989), identificó la necesidad de que los profesionales de la salud, conocieran sus emociones y actitudes hacia la muerte con el fin de cuidar de manera más eficaz al enfermo terminal y su familia.

Para explicar la naturaleza del proceso de agonía Martocchio citado por Long, C. (1992), desarrolló un esquema de Vida-Muerte en el que describe cuatro patrones principales y sus diversas combinaciones en el curso clínico de los pacientes agonizantes y son:

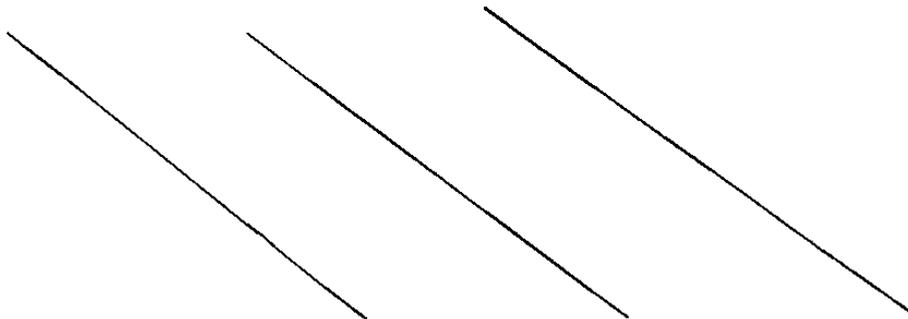
Modelo de picos y valles. Se caracteriza por períodos de más salud (picos) y períodos de crisis (Valles), las personas que están muriendo describen los picos como mejoría esperanzadora y los valles como empeoramientos terribles y depresivos. Se diagrama así:



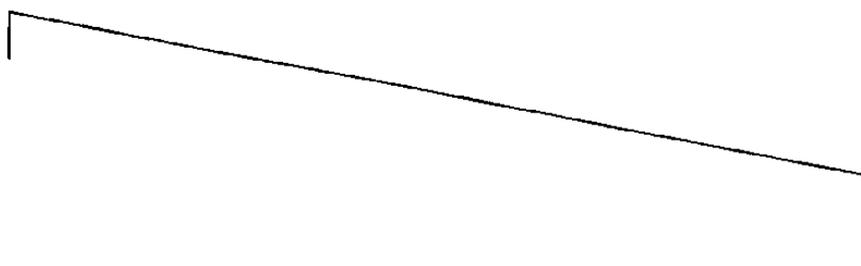
Modelo de meseta descendente. Se caracteriza por un número impredecible de escalones degenerativos con mesetas (períodos de salud estables) que duran un tiempo indeterminado con un curso global descendente. Los pacientes no vuelven a su nivel de funcionamiento previo después de cada crisis. Se esquematiza así:



Modelo de pendiente descendente. Este patrón se caracteriza por un curso descendente, consistente, persistente y fácilmente discernible. La muerte se puede presentar en corto tiempo. Se registraría de esta forma:



Modelo de declive progresivo. La característica es una disminución de la vida, que gradualmente y de forma casi imperceptible culmina con la muerte. En este modelo en muchos casos la vida es mantenida por sistemas de soporte vital; se esquematiza así:



El cuidado de enfermería de los moribundos consiste en proporcionar cuidado a la familia, los amigos, y en especial a la persona que está muriendo quien puede presentarse afligida por la pérdida de sus capacidades físicas, de habilidades pasadas, la separación de sus seres queridos y porque le es inminente la pérdida de su vida.

Long, C. (1992), plantea que aunque la experiencia en el proceso de muerte es única e individual, el conocimiento de la singularidad de la experiencia percibida y el conocimiento de algunas respuestas comunes que pueden esperarse, ayuda a la enfermera a valorar cada situación, planificar la asistencia y evaluar tanto el plan de cuidados como las intervenciones en moribundos y sus allegados.

El profesional de enfermería por la naturaleza de su función, esta sometido a diario al proceso de vida, enfermedad y muerte ya que según García, H. (1996), su función primordial es cuidar, esta es la razón principal

que justifica la necesidad de la educación en el morir. Ufema, J. (1991), apuntala esta idea al señalar que, no se trata a la muerte como un hecho natural, el problema es que todavía la enfermera no ha aprendido a encarar adecuadamente la muerte, y sigue siendo una cuestión que le desborda. Esta autora también plantea, que las enfermeras nunca deben aceptar que “no hay nada que hacer”, esto implica cambiar el concepto de curar por cuidar, donde el bienestar es el único objetivo.

1.3 Estudios Relacionados

Ochoa, G., Ramalle, G., Monzón, M. (1998), realizaron un estudio descriptivo para indagar sobre el conocimiento de las enfermeras sobre los aspectos éticos de la reanimación cardiopulmonar (RCP), se encontró que solo el 45% de ellas consideraron que la decisión de un adulto competente que rechaza la reanimación cardiopulmonar debe ser respetada, lo que es contrario a las recomendaciones éticas de la American Heart Association; por lo que concluyen que existe conocimiento deficiente en los aspectos bioéticos sobre la RCP y los derechos del paciente.

Gómez, L. (2000), realizó un estudio descriptivo para determinar los elementos conceptuales que tenían los alumnos del 8vo semestre de la licenciatura en enfermería y obstetricia ante la muerte, los resultados arrojaron que el 56%, había participado en el proceso de agonía y muerte en un rango de 1 a 5 casos; el 20 %, de 6 a 10 casos y el resto, no había tenido experiencia alguna. El 48 %, dió una connotación biológica al concepto de muerte, el resto,

refirió que es la separación del cuerpo y del alma. El 76 % reconoce cuatro etapas básicas de duelo (negación, ira, negociación y aceptación). En cuanto a las necesidades del moribundo, el total de la muestra reconoce que las tres principales necesidades son: comunicación afectiva, compañía y trato digno. En lo referente a las acciones de enfermería: 68%, dijo que proporcionar compañía y escuchar, son las acciones más importantes del personal de enfermería; y para el 14%, la administración de medicamentos. El 36%, mencionó carecer de los elementos básicos para dirigir al moribundo y su familia en el proceso de muerte.

Luna, V., Valiente, D. y Goderich, L. (2000), realizaron un estudio retrospectivo en cuidados intermedios, con el objetivo de analizar la aplicación de los principios bioéticos frente al paciente moribundo. Su universo se constituyó por 42 fallecidos, y encontró que 62%, se hallaban inconscientes al momento de la muerte, En los 42 casos la enfermera estuvo presente y fue ella quien se percató de la muerte clínica, en todos los casos se actuó respetando la autonomía del moribundo donde el consentimiento informado jugó un papel importante. Para los autores, el deterioro que ha sufrido la relación del equipo de salud con el paciente moribundo, es resultado del menoscabo que sufre la sociedad en su conjunto, lo que implica que en cada una de las situaciones de atención de enfermería, el paciente sea visto como un ser humano, es decir, un individuo responsable, con consentimiento y percepción, al que se le debe respetar su intimidad y satisfacer sus necesidades de relación, afecto y espíritu, y no solamente tratar la enfermedad, controlar síntomas y cuidar su cuerpo .

Ferrel, B. y cols. (2001) reportan el estudio de la City of Hope National Medical Center of Duarte, California cuyos objetivos fueron indagar hasta qué punto las enfermeras atienden las necesidades de los pacientes en estado terminal, e identificar los dilemas que con mayor frecuencia afrontan las enfermeras, las barreras que más a menudo perciben y la eficacia de la formación recibida sobre los cuidados que se proporcionan a estos pacientes. En su resultado, los dilemas más frecuentes, que identificaron fueron el uso de la voluntad anticipada y respeto de los derechos del paciente y de su autodeterminación, los obstáculos más graves fueron: la falta de continuidad en los cuidados, el deseo de los familiares de evitar la muerte y la incomodidad de los profesionales de la salud frente a la muerte, él 89% cree que la formación relativa al cuidado del paciente terminal es importante en la formación básica de enfermería pero que es insuficiente, refieren tener más confianza en los aspectos físicos de los cuidados y muestran dificultad en cuanto a proporcionar atención espiritual o dar respuesta a las necesidades psico-sociales.

Tomás, S. Guix, L. (2001) realizaron un estudio descriptivo con el fin de determinar los efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería en la ansiedad ante la muerte. Para evaluar la ansiedad utilizaron la escala de ansiedad ante la muerte de Donald I en su versión española; las medidas de normalidad se sitúan entre 5 y 7, con desviaciones de 3. Encontraron que el efecto del curso disminuyó significativamente el grado de ansiedad en las enfermeras que asistieron al curso, mientras que en las auxiliares de enfermería que también lo tomaron, la ansiedad se incrementó de

la misma forma. La explicación probable de esta diferencia, quizás pueda deberse al nivel de formación previo y a la forma de implicación en el proceso de muerte de los pacientes.

1.4Objetivos

1.4.1 General: Analizar el conocimiento de las enfermeras sobre el proceso de muerte y cómo la experiencia influye en el mismo.

1.4.2 Específico: Examinar tanto la fuente del conocimiento como las experiencias de las enfermeras sobre el proceso de muerte.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1 Diseño

Se trata de una investigación de tipo descriptivo a través de metodología cualitativa, con orientación de la teoría fundamentada, ésta aproximación metodológica nos permitió obtener una mejor comprensión de los significados que subyacen en la atención del proceso de muerte, en las enfermeras seleccionadas, con el apoyo de la técnica de análisis de contenido, se analizaron las narraciones de las enfermeras sobre sus experiencias ante el proceso de muerte, para llegar a precisar las categorías a que corresponden y también se obtuvo información cuantificable con respecto a los datos generales y fuentes del conocimiento de las enfermeras.

2.2 Población de estudio

El universo de estudio correspondió a enfermeras adscritas a nueve unidades de cuidados intensivos de segundo y tercer nivel de atención de una institución de seguridad social del sector salud, las enfermeras fueron seleccionadas en el turno matutino, vespertino y nocturno con los siguientes criterios de inclusión: Asignadas a la atención directa del paciente, indistintamente de la edad, sexo, antigüedad laboral, tipo de contratación, años

en el servicio, y grado académico quedando conformada la población de estudio por 50 enfermeras.

2.3 Material

Se construyó un cuestionario para recabar datos llamado "cuestionario sobre el proceso de muerte" con los siguientes apartados:

El apartado I Datos generales. Incluye: unidad de adscripción, antigüedad laboral, servicio, antigüedad en el servicio, sexo, estado civil, categoría, turno, grado académico, si había recibido algún curso relacionado con el proceso de muerte y finalmente número de pacientes en proceso de muerte que ha atendido.

El apartado II Experiencias, donde las enfermeras relatan sus vivencias al atender pacientes en estado moribundo o que haya fallecido, para lo cual se les solicitó consideraran personas y contexto acompañante al evento.

Los apartados III y IV reflejan el aprendizaje obtenido y la reflexión que subyace en ella tras la experiencia narrada.

El apartado V recupera la fuentes del conocimiento; donde la enfermera da prioridad a la misma de entre: a) religión, b) creencias, c) tradiciones o d) vivencias.

El apartado VI, se diseñó para el concepto sobre la muerte o proceso de muerte que se ha formado la enfermera con base a lo vivido. El cuestionario sólo tiene posibilidad de respuestas abiertas ver Apéndice B (pág. 39).

2.4 Procedimiento

Para iniciar la aplicación del estudio, se solicitó autorización de las unidades médicas hospitalarias seleccionadas y en coordinación con el departamento de enfermería se seleccionaron los sujetos del estudio; previa prueba piloto en siete enfermeras de áreas similares a las que se desempeñaban las del estudio para evaluar la comprensión y claridad de las preguntas, posterior a la cual se hicieron los siguientes ajustes; en el apartado fuente del conocimiento se eliminó, la opción bibliografía (libros y revistas o artículos científicos) debido a que no mostró variabilidad en dicha prueba pues todas las enfermeras recurrían invariablemente a esta fuente. El cuestionario fue autoaplicado previo consentimiento informado, se entregó a las enfermeras y se les solicitó que preferentemente lo contestaran en su casa tranquilamente, haciendo acuerdo para recogerlo, en algunos casos se entrevistó a la enfermera para completar o aclarar la información.

Con los datos generales y de prioridad de las fuentes de conocimiento se obtuvieron frecuencias y porcentajes. El resto del contenido de la encuesta, se procesó siguiendo el criterio de análisis de contenido considerando dichas narraciones como unidades de análisis; bajo la secuencia que se narra en el Apéndice D (pag. 44).

Dada la gran cantidad de material disponible, se seleccionaron los primeros 15 casos, considerando que hasta ese momento se alcanzó el criterio de saturación.

2.5 Ética del Estudio

El presente estudio se realizó con apego a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA] 1987). Prevalció el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar de los sujetos de estudio (Artículo 13). La participación de los sujetos de estudio fue voluntaria (Artículo 14 fracción V) y en todo momento podrían rehusarse a contestar la encuesta una vez iniciada (Apéndice C, pag. 43). Se protegió la privacidad de las enfermeras (Artículo 16) al mantener su anonimato durante y posterior al estudio. La presente Investigación se considera un estudio sin riesgo, para los sujetos de estudio (Artículo 17 Fracción I) ya que sólo se aplicó una encuesta y no se afectó la integridad física o emocional de las enfermeras. Así mismo al señalar que los resultados no se utilizarían en perjuicio de los sujetos de estudio (Artículo 58 fracción II) .

CAPITULO III

RESULTADOS

Este capítulo se organizó de tal forma que en primer lugar se presentan los datos generales de las 50 enfermeras participantes con el fin de enmarcar el perfil de la población de estudio y enseguida el análisis obtenido de los 15 casos seleccionados para este informe.

3.1 Datos Generales

En el perfil de las enfermeras encuestadas se destacan los siguientes datos, el sexo femenino predominó en un 80 %, la preparación académica de la mayoría que corresponde a un 98% a profesionales, el 44% tiene funciones de enfermera especialista, solo el 12% desempeña funciones de administración del cuidado de los pacientes (cuadro No.1).

Del total de las enfermeras, solo un 6% ha tomado algún curso sobre atención en proceso de muerte a pesar de que el 80 % de ellas ha laborado por más de 11 años en la atención directa al paciente y de que un 90 % refiere haber atendido a 10 o más pacientes, esto habla de que han adquirido experiencia, a diferencia de lo encontrado por Gómez López (2000) quien refiere que en la vida estudiantil solo el 56% de los estudiantes habían participado del proceso de agonía y muerte.

Cabe destacar que la mayoría de las enfermeras (68 %) se desempeñan en áreas críticas (unidades de cuidados intensivos de adultos y

5 años en el servicio por lo que se infiere que están actualizadas en el conocimiento científico y tecnológico para el manejo de estos pacientes.

En cuanto a la prioridad en la fuente del conocimiento de las enfermeras sobre la muerte y su proceso, se encontró en el 76 % de los casos que son las convicciones (creencias, religión y tradiciones) la fuente principal de donde las enfermeras han obtenido su conocimiento, es importante mencionar que estas convicciones giran alrededor de la religión ya que sus creencias y tradiciones tienen un fondo religioso. (Cuadro No.2) .

Cuadro No.1 Perfil de las enfermeras del estudio (n=50)

Datos		fi	%
Estado civil:	Con pareja	32	64.0
	Sin pareja	17	34.0
	S/R	1	2.0
Sexo:	Masculino	10	20.0
	Femenino	40	80.0
Categoría:	Enfermera jefe de piso	6	12.0
	Enfermera especialista	22	44.0
	Enfermera general	19	38.0
	Auxiliar de enfermería)	3	6.0
Turno:	Matutino	12	24.0
	Vespertino	18	36.0
	Nocturno	20	40.0
Escolaridad :	Profesional	49	98.0
	Técnico	1	2.0
Cursos sobre proceso de Muerte:	Sí	3	6.0
	No	46	92.0
	S/R	1	2.0

Cuadro No.2 Prioridad de la fuente de conocimiento sobre la muerte (n=50)

FUENTE	FRECUENCIA	%
CREENCIAS	15	30.5
RELIGIÓN	12	23.0
TRADICIONES	11	22.5
VIVENCIAS	12	24.0
TOTAL	50	100.0

3.2 Análisis y Discusión

Al analizar cualitativamente los relatos de la experiencia de 15 de las 50 enfermeras, (apéndice D pag. 46). se clasificaron en cuatro apartados: A) Elaboración, B) conocimiento de las etapas del proceso de muerte, C) Afectación emocional de la enfermera y D) Congruencia del conocimiento con la fuente que registran como prioritaria y la experiencia.

A. Elaboración del relato.

Las experiencias de las enfermeras estuvieron estructuradas y organizadas en dos aspectos: Bioclínico y psicosocial. Lo que puede entenderse por el modelo de atención vigente que tiene un enfoque biologicista el cual se fundamenta en mantener el funcionamiento orgánico para prolongar la vida

En el primero se destacaron los datos clínicos de gravedad o de muerte inminente además, en esta parte de la estructura del relato se encontró tanto explícito como implícito el hecho de tratar de prolongar la vida o derrotar la muerte, como lo plantea Ellershaw, J. y cols. (2003). Aun cuando existen guías basadas en la evidencia para atender al paciente moribundo continúan ocurriendo casos de pacientes que mueren en angustia, en los hospitales donde la cultura se enfoca a la curación y la atención a la continuación de procedimientos invasivos y tratamientos inútiles aún a expensas del confort del paciente. Por lo que se afirma que el enfoque de atención del proceso de muerte en nuestro estudio es biologista.

El segundo apartado se presenta con abundantes datos psico sociales y contextuales dados por la presencia de los familiares, descripción de situaciones y eventos, visiones de los pacientes y manifestaciones de sus deseos. Se deduce que, el que las enfermeras hayan enmarcado en sus narraciones la situación detallando minuciosamente el contexto, fue lo que hizo que esas experiencias fueran significativas para ellas y que las seleccionaras entre otras vividas, quizá esto pudiera deberse al impacto de la vivencia, al sentimiento de impotencia que ocasiona el no sentirse capacitadas para la atención holística como algunas de ellas lo refieren, a los conflictos éticos que en ocasiones se presentan en el proceso de muerte, al tipo de muerte si es (súbita o el resultado de un proceso terminal), a la etapa de la vida del paciente, y sobre todo a la evocación inconsciente de la propia muerte. (Alspach)1993 sostiene que para proporcionar cuidado al paciente en proceso de muerte es

necesario que la enfermera este consciente de que algún día deberá enfrentarse a la muerte y quizá al proceso de agonía.

Cabe destacar que la mayoría de las experiencias narradas no fueron las más recientes pero si las más significativas.

B) Conocimiento de las etapas del proceso de muerte.

En los relatos analizados, no se encontró evidencia de que las enfermeras estén utilizando el conocimiento sobre el modelo vida-muerte de Martocchio ni de las afirmaciones presentadas por Fernández (1998); es importante retomar lo reportado por Gómez, L. (2000), quien reportó que se requiere de elementos conceptuales para comprender el proceso de muerte y dirigir de manera efectiva el cuidado y con Ellershaw y col. (2003), quienes afirman que el propiciar una buena muerte es el principal desafío en la atención del moribundo, y para atenderlo es esencial diagnosticar la agonía, situación en la que en ocasiones los profesionales de la salud se encuentran renuentes, debido a que no han sido capacitados para ello. En las enfermeras de nuestro estudio existen sentimientos de impotencia, frustración tristeza e insatisfacción en la atención del proceso de muerte y aún cuando reconocen que la muerte es parte del proceso de la enfermedad, no están preparadas para satisfacer las necesidades psicosociales y espirituales del paciente en este proceso, la atención la enfocan a la parte física predominantemente.

C) Afectación emocional de la enfermera. La vivencia del sufrimiento de los pacientes y familiares que enfrentan la muerte se presentó en cinco de las

enfermeras del estudio quienes se afectaron emocionalmente en la atención del proceso de muerte, Según Alspach, J. A. (1993), todos los temores, sentimientos y conflictos que aparecen en el paciente moribundo, también se producen en la enfermera. Al respecto Kubler Ross (1996), identificó la necesidad de que los profesionales de la salud, conocieran sus emociones y actitudes hacia la muerte con el fin de cuidar de manera más eficaz al enfermo terminal y su familia.

Ufema, J. (1991), refiere que el personal de salud que atiende al paciente con enfermedad terminal generalmente no expresan sus sentimientos ante la muerte por temor a perder el control.

Sobre los conceptos de estos autores en el estudio se encontró que la mayoría (10 de las enfermeras) no se involucran afectivamente con los pacientes y su familia al otorgar la atención de enfermería, la narración de sus relatos fué impersonal, como espectadores más que participantes .

D) Congruencia del conocimiento con la fuente prioritaria y la experiencia.

Para el análisis del conocimiento de las enfermeras en la atención del paciente en proceso de muerte se consideró la propuesta epistemológica de Viniegra, L. (1999) la cual propone que la experiencia debe ser recuperada y organizada, para constituirse en objeto de reflexión. La crítica se debe dar en ambos sentidos, de tal forma que para incursionar los supuestos del conocimiento, lo primero es esforzarse en hacer concientes las creencias y convicciones que dan sostén y sentido a la experiencia de cada quien, y que la

mayoría de las veces permanecen ocultos a la conciencia, pero determinan la forma de mirar el mundo constituyendo la conciencia de la realidad, y solo cuando se reconoce lo que subyace a la acción, se está en condiciones de confrontar con otros puntos de vista, cuestionar y quizá cambiar el propio.

En específico en la experiencia de las enfermeras sobre el proceso de muerte no se encontró un soporte científico en lo que refirieron como su conocimiento y al cual puedan recurrir en su práctica profesional por lo que se hacen evidentes los supuestos de Viniestra, L. y col. (1999), de la coexistencia de manera indiferenciada, frecuente e incoherente; de concepciones religiosas, psicológicas, sociológicas, políticas, históricas, morales, económicas, antropológicas y estéticas en la idea que se tiene sobre sí mismo y sobre el mundo, y de que las tradiciones son aprendidas, en un contexto específico, característicamente irreflexivo, con tendencia a resistir al cambio, funcionando como supuestos ocultos de cómo un grupo social se mira a sí mismo y al mundo de lo que es y hace.

Por lo anterior cabe señalar que la experiencia de las enfermeras no les ha servido para generar conocimiento sobre el proceso de muerte, puesto que no ha sido objeto de crítica por ausencia de teoría; más bien son las creencias y convicciones que ellas mismas señalaron como la fuente prioritaria de su conocimiento sobre el proceso de muerte lo que da sustento a su práctica.

Al analizar lo que las enfermeras refirieron haber aprendido sobre la muerte de dichas fuentes, se encontró que para ocho es la religión su principal

fuentes de conocimiento, dos de ellas señalaron que las creencias y dos más que las tradiciones, y solo una indicó que las vivencias fueron su principal fuente de conocimiento. Esto reafirma que el conocimiento sobre la muerte y su proceso no se ha generado a partir de la experiencia ni de un concepto científico, con lo que se está de acuerdo con las siguientes afirmaciones de Viniestra (1999):

- a) Una experiencia desprovista de la reflexión sobre sí misma es la negación del conocimiento.
- b) La elaboración mental de ideas desvinculada de la experiencia propia, es la nulidad del conocimiento.
- c) La elaboración mental citada solamente por las propias vivencias (reflexión) que deje incuestionadas las creencias y convicciones que condicionan la experiencia (obstáculos epistemológicos) es la suplantación del conocimiento.

No obstante lo anterior, aparece una excepción en dos enfermeras, quienes en sus relatos permiten suponer que hay un respaldo teórico de lo narrado, con los conceptos de Henderson, V. (1994), quien dice que el rol esencial de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo al mantenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz también coincide con Ufema, J. (1991), que apunta esta idea al señalar que, no se trata a la muerte por los profesionales de la salud, como un hecho natural, el problema es que todavía la

enfermera no ha aprendido a encarar adecuadamente la muerte sigue siendo una cuestión que la desborda. Esta autora también plantea, que las enfermeras nunca deben aceptar que “no hay nada que hacer”, esto implica cambiar el concepto de curar por cuidar, donde el bienestar es el único objetivo.

Estas autoras especialmente la primera, han sido de gran influencia en la formación de enfermeras, a través del tiempo, y se adopta la noción de rol de forma tal, que la enfermera siempre debe hacer algo “algo” por el paciente asignado.

Por otro lado, Long, C. (1992), plantea que aunque la experiencia en el proceso de muerte es única e individual, el conocimiento de la singularidad de la experiencia percibida y el conocimiento de algunas respuestas comunes que pueden esperarse, ayuda a la enfermera a valorar cada situación, planificar la asistencia y evaluar tanto el plan de cuidados como las intervenciones en moribundos y sus allegados y Furman, J. (2001), afirma que la enfermera simplemente estando al lado del paciente en el momento de la muerte, puede crear un ambiente seguro y apacible que facilite la transición del espíritu. Tal como se advierte en estas dos enfermeras que tomaron alternativas para apoyar al paciente y su familia en proceso de muerte.

Con las experiencias de estas dos enfermeras se deja ver que de alguna forma, han internalizado los conceptos del “deber ser” antes mencionados, y también permite suponer que ha ocurrido el acto de reflexión de la experiencia que vivieron sobre la base de estos conceptos, ya que narraron acciones que llevaron a cabo y definitivamente connotan reflexión.

Los resultados del estudio arrojaron hallazgos que permiten apoyar lo mencionado por Luna, V. y Cols., (2000), para quien el deterioro que ha sufrido la relación del equipo de salud con el paciente moribundo, no es aislado sino el resultado del menoscabo que sufre la sociedad en su conjunto este aspecto se puede apreciar en diez de las quince enfermeras analizadas quienes no se involucran con el proceso de muerte, situación que se encontró en la narración impersonal de sus relatos que reflejan su experiencia.

Al respecto el mismo autor señala que se requiere dignificar la muerte, lo que implica, que en cada una de las situaciones de atención de enfermería, que el paciente sea visto como un ser humano, es decir un individuo responsable, con conocimiento y percepción, al que se le debe respetar su intimidad y satisfacer sus necesidades de relación, afecto y espíritu y no solamente tratar su enfermedad, controlar síntomas y cuidar su cuerpo. Situación que las enfermeras intentan hacer al proporcionar el cuidado aún cuando esto no sea de una manera consistente.

Otro hallazgo importante es que el profesional de enfermería por la naturaleza de su función, esta sometido a diario al proceso de vida, enfermedad y muerte y que según García, H. (1996), esta es la razón principal que justifica la necesidad de la educación en el morir, sobre esto también Almanza, M. (1999), menciona que las principales barreras en la práctica clínica son falta de tiempo y de entrenamiento en la atención a pacientes en esta fase. Situaciones que se encontraron en las enfermeras de este estudio.

3.3 Conclusiones

Desde la perspectiva teórica de Viniegra se concluye que para la mayoría de las enfermeras la experiencia adquirida en su ejercicio profesional sobre la atención del paciente en proceso de muerte pese a ser amplia y compleja no les ha sido útil para construir su conocimiento y mejorar su práctica.

No existe congruencia entre el conocimiento que tienen las enfermeras sobre la muerte, con lo que mencionan como la fuente prioritaria del mismo, lo que en ocasiones funciona como obstáculo epistemológico generando una práctica irreflexiva.

En este estudio lo que las enfermeras refieren conocer sobre la muerte no tiene un sustento científico como se esperaría por tener formación específica para la atención de la salud, es a partir de la religión, creencias y tradiciones más que de la elaboración de teorías del morir como un conjunto de explicaciones, relativamente estables.

Predomina el enfoque biologista en la atención del proceso de muerte, no obstante que existen enfermeras (2) que tienen una hacia la atención holística. Las enfermeras no se sienten satisfacción de la atención proporcionada al paciente moribundo, por lo que reafirmamos que la muerte continua siendo difícil de abordar y de tratar.

Existe una necesidad explícita de capacitación específica para atender al paciente en proceso de muerte desde el enfoque holístico.

3.4 Recomendaciones

Generar en los hospitales programas de capacitación al equipo de salud sobre tanatología, donde los profesionales reflexionen sobre la muerte desde la vida y conozcan su propio sentir ante la muerte propia y de sus pacientes.

Crear espacios en los hospitales para que los profesionales compartan sus experiencias y sentimientos al atender a pacientes moribundos ya que esto disminuiría la tensión que se genera en el personal en la atención de estos pacientes.

Capacitar al personal de enfermería en la atención holística al paciente moribundo.

Realizar una investigación, con el propósito de medir los alcances de una intervención educativa con el enfoque participativo de la educación a fin de promover la práctica reflexiva en la atención del paciente moribundo.

Proponer se incluya en las curriculas de las carreras de formación de enfermería a nivel técnico y licenciatura un programa específico de preparación sobre el proceso de muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Almanza, M. (1999, septiembre) La incorporación de la espiritualidad en el cuidado de los enfermos y sus familias. Rev Sanidad Milit Mex, 53, 336-344. file: //A:I entterminal.htm.
2. Alspach Jo Ann (1993) Cuidados Intensivos en el Adulto 4ta. Ed. Interamericana pp 768-771.
3. Alvarez, S. (2001, enero) Conocimiento y cumplimiento de los derechos del paciente moribundo en un hospital de seguridad social. Respyn , 1.
4. Chacón, M. , Grau, J. (1997, marzo-abril) Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. Revista Cubana Oncología 13 , 118-125.
5. Elias N. (1987) La soledad de los moribundos; 2ª ed., México, Fondo de Cultura Económica.
6. Ellershaw, J. , Ward, C. (2003, enero) Care of dying patient: the last hours or days of life BMJ, 326 , 30-34.
7. Fernández, V. (1998, julio-sept). Bioética y Cancer Anales Médicos ,43 , 121-125.
8. Ferrell, R., Coyne, P., Uman, G. (2001, febrero) Nursing 19, 20-22; 30-31.

9. Fisher, M., MBChB, et al. (1997, sept-oct). Care of dying patient
Rev .Asoc Mex Med Crit y Ter Int. ,11 , 145-150.
10. Furman, J. (2001, febrero) Un enfoque holístico de los cuidados
al paciente moribundo. Nursing, 19 , 9-11.
11. Furman, J. (2001, noviembre). Vivir con la muerte Nursing, 19 ,
9-13.
12. García, H. (1996, octubre) Currículo y Educación para la Muerte
Memorias del 5 encuentro de enfermería Riojana España.
13. Gómez, L. (2000, agosto) Referentes Conceptuales ante el
Proceso de Muerte Desarrollo Científico Enferm ,8 , 199-201.
14. González, J. (1997, septiembre), Derecho a morir digna mente
Enf Actualidad , 17.
15. Henderson V. (1994) La Naturaleza de la Enfermería
Reflexiones 25 años después. Madrid. INTERAMERICANA –
McGraw- Hill.
16. Kubler Ross, E. (1989) La Muerte Un Amanecer Barcelona,
Editorial Luciérnaga.
17. Kubler Ross, E. (1996) Morir es de Vital Importancia
Conferencias Barcelona, Editorial Luciérnaga.
18. Long C. (1992) La Enfermería Médico Quirúrgica 2da edición
Editorial Interamericana PP. 334-341.

19. Luna, V. Valiente, D, Goderich, L. (2000, febrero). Bioética frente al paciente moribundo. Revista Cubana de Enfermería ,16 ,117-121.
20. Piaget J. (1987) Introducción a la Epistemología Genética México Ed. Piados.
21. Polit H. (2000) Investigación Científica en Ciencias de la Salud México Ed. Mc Graw Hill.
22. Ochoa, G. Ramalle, G. Monzón, M. (1998, nov-dic). Opiniones de Enfermería Sobre Aspectos de la Reanimación Cardio pulmonar. Emergencias, 10 , 369 – 375.
23. Pérez V. (1996) El hombre y su muerte; 2a. ed., México, Jus .
24. Secretaría de Salud y Asistencia Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1987).
25. Tomás, S. Guix, L. (2001, enero). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. Enfermería Clínica, 11 , 104-109.
26. Ufema, J. (1991, diciembre). Afrontar el reto del paciente moribundo. Nursing, 9 , 16-21.
27. Viniegra V. (2000) La Crítica; aptitud olvidada por la educación; México, IMSS Coordinación de Investigación Médica.
28. Viniegra V., Aguilar E, (1999) Hacia otra concepción del currículo, México, IMSS Coordinación de Investigación Médica.

29. Viniegra, V. (2001 febrero). La crítica y el conocimiento. Rev Investigación Clínica, 53, 181-186.

APENDICE "A"

Definición de Términos:

Conocimiento. Elaboración mental de conceptos e ideas propias que hacen las enfermeras sobre el proceso de muerte a partir de información previa que es contrastada con la propia experiencia mediante la crítica y la reflexión para darle significado.

Fuentes de Conocimiento. Materia prima que mentalmente poseen las enfermeras sobre el proceso de muerte Incluye: incluye las creencias, costumbres, tradiciones (cultura), la intuición y la experimentación a través de los sentidos (haber vivido determinada situación).

Proceso de Muerte. Es una serie de etapas caracterizadas por cambios físicos, psicológicos, emocionales, sociales o espirituales por las que pasa la persona que está muriendo. Los patrones de este proceso son según Martochio: (1992) picos y valles, meseta descendente, pendiente descendente y declive progresivo.

Experiencia Profesional en el Proceso de Muerte. La vivencia de las enfermeras, por haber tenido contacto y responsabilidad con y en la atención de pacientes que se han enfrentado a la muerte o han muerto.



APÉNDICE "B"

CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE MUERTE

Estimada compañera enfermera con el fin de profundizar en el conocimiento de las enfermeras se lleva a cabo una investigación en relación al proceso de muerte, al contestar este cuestionario usted esta colaborando en tal fin, además contribuye en la educación continua y en la formación de futuras generaciones de enfermeras.

INSTRUCCIONES

En este cuestionario su colaboración es muy valiosa por lo que le pedimos conteste tranquilamente, tome su tiempo para responder desde su opinión lo que se le pregunta. No se preocupe por la letra ni por la ortografía esto no tiene importancia lo realmente importante es su participación.

I. Datos Generales.

Unidad de adscripción _____ Antigüedad _____

Servicio _____ antigüedad en el servicio _____ sexo _____

Estado Civil _____ Categoría _____ turno _____

Grado académico _____

A tomado algún curso relacionado con el proceso de muerte _____

Cuantos pacientes en proceso de muerte ha atendido _____

II. Experiencia

Haga dos relatos de dos experiencias que haya vivido al estar en contacto con pacientes en proceso de muerte o como responsable de la atención del paciente en proceso de muerte o que haya muerto. Para ello considere las siguientes pautas: Narrar con detalles (hora, lugar, personas presentes en el lugar, edad, sexo y diagnóstico médico del paciente, tiempo de contacto en la atención, manifestaciones y pródromos del paciente, manifestaciones de familiares y del equipo de salud involucrado en el caso)

Relato 1

Relato 2

III. Mencione en dos frases qué aprendió de esas experiencias.

IV. Mencione en dos frases que duda(s) o (reflexión) aún quedan en su mente después de estas experiencias narradas.

V. Ordenar numéricamente colocando en el paréntesis el número que corresponda según la importancia de la fuente de sus conocimientos sobre el

proceso de muerte, (el No. 1 para la mas importante y el 4 para el menos importante); también explique en que consiste lo mas relevante de la información recibida sobre la muerte, en cada una de ellas .

() Creencias (sobre la vida, muerte, el alma, el espíritu)

() Religión

() Tradiciones y costumbres aprendidas en su familia.

() Las vivencias que ha tenido en la atención del paciente en el momento de su muerte.

VI. Que concepto puede formular con todo lo narrado, sobre el proceso de muerte

Es importante que no haya dejado ninguna pregunta sin responder, por favor revise el cuestionario antes de entregarlo.

Muchas Gracias por su colaboración .

APÉNDICE "C"



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada compañera enfermera con el fin de profundizar en el conocimiento de las enfermeras sobre el proceso de muerte estamos realizando una investigación al respecto, que se titula "Análisis de la experiencia en el conocimiento de la enfermera sobre el proceso de muerte", al contestar este cuestionario usted está colaborando en tal fin, además contribuye en la educación continua y en la formación de futuras generaciones de enfermeras.

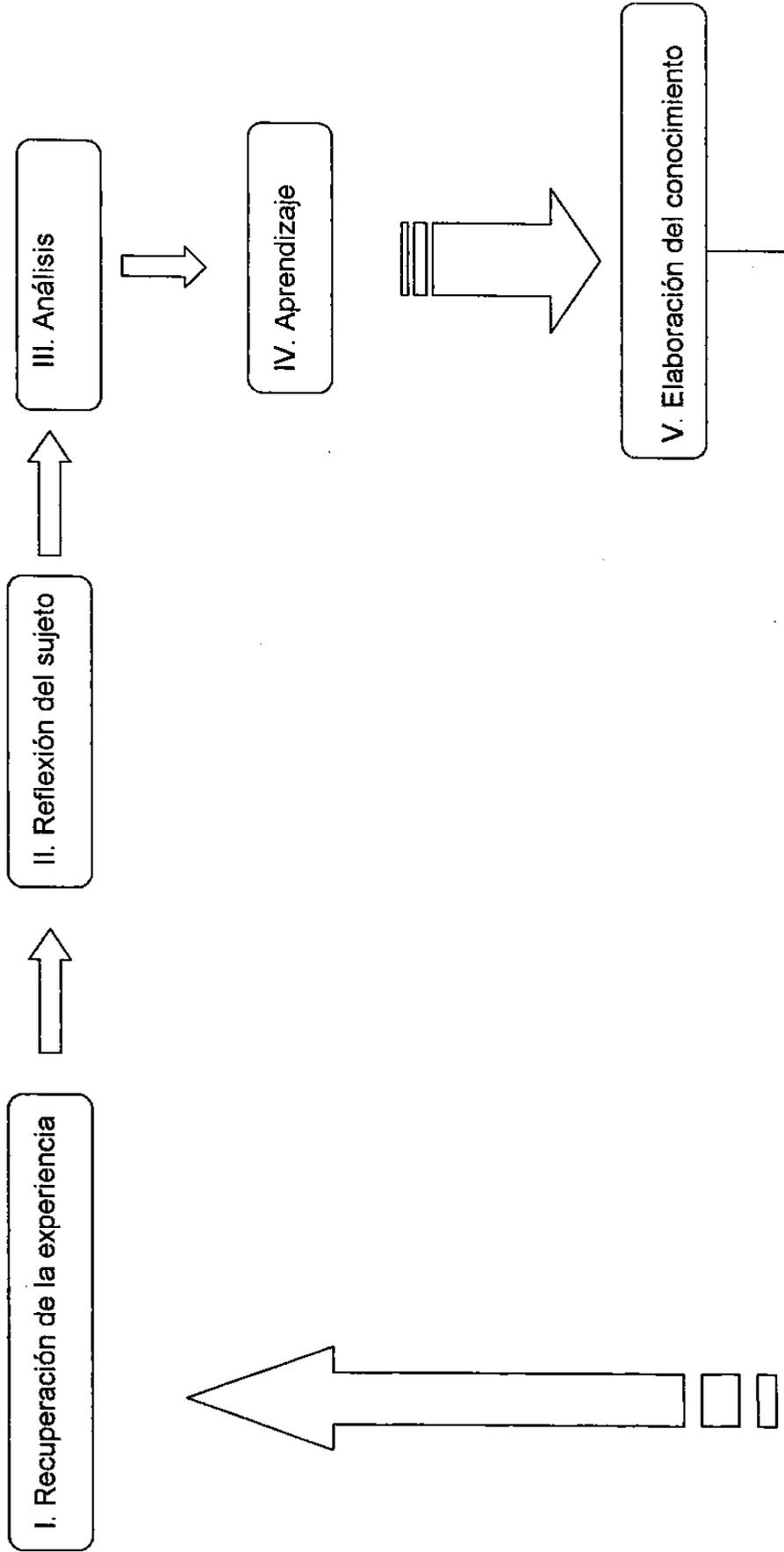
Es importante comentarle que en esta investigación nos apegamos a los criterios éticos en materia de investigación, el cuestionario es anónimo y la información que se obtenga no tendrá otro uso más que el de la investigación.

Considerando lo valioso de su experiencia le solicito de la manera mas atenta su colaboración para contestar el cuestionario "proceso de muerte", si usted acepta participar le pido de favor su firma de aceptación.

Acepto participar _____

APÉNDICE "D"

CATEGORÍA EMPIRICA DE LAS VARIABLES DESDE LA PERSPECTIVA DE VINIEGRA (1999)



EXPLICACIÓN DEL ESQUEMA:

- I. En este apartado se rescatan todos los datos objetivos y subjetivos que aparecen en el relato y constituyen la experiencia de la enfermera.
- II. Reflexión. Hacer conciencia de las propias creencias y convicciones (que dan sostén significado y sentido a la experiencia) .
- III. Se realiza un análisis crítico, confrontación de la realidad (la experiencia narrada) con las creencias y convicciones.
- IV. El concepto que se formula se confronta con las convicciones y a la vez con la experiencia.
- V. Elaboración de un nuevo conocimiento

Si se interrumpe, se bloquea o no se lleva el proceso en cualquiera de sus pasos no se logra la elaboración del conocimiento.

En este trabajo:

El relato (unidad de análisis) representa la recuperación de la vivencia de la enfermera constituyendo este el objeto de reflexión, en este apartado se destacan todos los datos objetivos narrados que conforman su experiencia, en el apartado de reflexión se integran las creencias y convicciones que la enfermera mencionó tener sobre la muerte, las cuales se van a confrontar con la experiencia narrada para detectar consistencia o no con la misma y finalmente el concepto que la enfermera formuló sobre la muerte se confronta con su experiencia y con sus creencias y convicciones. con lo que se precisó lo buscado en los objetivos del estudio.

APÉNDICE "E"

SÍNTESIS DE LOS RELATOS DE LAS ENFERMERAS

Elaboración del relato.

En la primera parte se destacaron datos clínicos de gravedad o de muerte inminente como se aprecia en las siguientes frases:

"quemaduras 90% superficie corporal total, dos semanas de atención",

"tenía traumatismo craneo, cefálico, hipotensión bradicardias, asistolia y volvía a subir su frecuencia cardiaca";

"RN [recién nacido] con fiebre diarrea y distensión abdominal";

"en UCI [unidad de cuidados intensivos]... politraumatizado 6 meses de internamiento...";

"internado por peritonitis, con catéter de diálisis disfuncional... delirante";

"politraumatizada, falla orgánica múltiple, inestabilidad hemodinámica y respiratoria";

"quemaduras en 60% de superficie corporal total en fase de cicatrización, conciente orientado signos vitales estables... empieza a manifestar sobresalto, se coloca O₂ catéter nasal presenta sangrado fresco se coloca tubo endotraqueal";

"traumatismo craneo cefálico con traqueostomía insuficiencia renal crónica";

"con Infarto agudo al miocardio sin manifestar dolor, tranquila, cansada con extrasístoles ventriculares";

"pierde conocimiento cae en paro cardíaco respiratorio se da maniobras, cae en paro cardíaco, se le realiza incisión torácica para masaje directo...";

“ingresa a la UCI sin signos vitales...probablemente VIH [síndrome de inmunodeficiencia humana] pálido con dificultad para respirar, se inician maniobras de resucitación ... se toman laboratorio y rayos X”;

“femenina 16 años con diagnostico de muerte cerebral, entubada (sic), con monitoreo cardíaco e indicación de no maniobras”;

“traumatismo cráneo encefálico con muerte cerebral hipotermia, midriasis bilateral, hipotenso, inestable y presenta bradicardia”; “cayó en paro..., con diagnostico de lesión, medular”;

“cianosis en miembros , se comienzan a dar maniobras de RCP, hipotenso, disnea cianosis peribucal, pulso arrítmico”.

El segundo apartado se presenta con abundantes datos psico sociales y contextuales dados por la presencia de los familiares, descripción de situaciones y eventos, visiones de los pacientes y manifestación de los deseos de los pacientes, como se puede observar en las siguientes frases:

Presencia de familiares

“presencia de sus hijas y su esposa” ;

“Esposa e hijos hablaban de él, decían que era el mejor esposo y el mejor padre”; “los familiares manifiestan dolor tristeza, además la esposa pasaba por crisis familiar...el pequeño [10 años] se quedaba solo y no comía, y el de 15 se salía por la noche...”

“quería despedirse de su familia”;

“Sus padres muy preocupados por su estado de salud...”;

Descripción de situaciones y eventos

“ Médico decide llamar a los familiares...ambiente tenso, preocupante, una hermana del paciente en crisis de histeria no acepta y agrede verbalmente al equipo de enfermería por que no le atendieron bien ”

“fue el día de su cumple años cuando falleció ...” ;

“ya estaba inconsciente y aun asi continuaba con las esposas atadas a la cama”

“se encontraba muy animado me decía que el médico le daría de alta muy pronto, platicaba de sus hijos de sus nietos y de lo que haría al salir del hospital”;

“hija de un destacado médico de Monterrey quien con los demás familiares, no aceptan que ella valla a morir... resto de los familiares unos fumando y otros van de aquí `para allá”;

“les dan la información diaria del estado de salud de ella... la reacción de ella es que los corrió”;

“la señora comenzó a llorar y manifestaba sentimientos de culpa pues decía que ella le había insistido a su mamá a que se operara”;

“no murió sino hasta después que lo visitó un hijo que vivía en el extranjero”;

“los familiares lo tomaron muy mal la muerte del paciente dado que el paciente no se consideraba grave”

“Ya habia fallecido, el ambiente es tenso, preocupante una hermana del paciente, en crisis de histeria”.

Visiones de los pacientes:

“veía que sus hijos estaban acostados con ella y les pedía se pusieran de ladito”;

“el alucinaba que viviría feliz siempre y que tendría muchos nietos”;

“ella estaba presenciando las maniobras de su resucitación, desde arriba... recorrió un camino oscuro al final vio una luminosidad donde se entrevistó con un hombre alto al que le pidió seguir con vida...”;

Manifestaciones de deseos de paciente y familiar

“La paciente constantemente pedía una medicina para morir tranquila”;

“con facies de desesperación pide que no le realicen maniobras de RCP por lo que no se realizan”;

“Solicita no ser entubado si acaso requiere y dejarlo pasar ese momento con su familia”;

“ Señora habla con su hijo de (17 años) con diagnóstico de leucemia desde hace 5 años para volver a iniciar su tratamiento, él contesta molesto, menciona: no es justo, soy joven ya vasta... quiero vivir como cualquiera de mis compañeros, he perdido tiempo en la escuela... hijo único”;

“no me quiero morir... tengo miedo”;

“La madre entregaba con tranquilidad su hijo a Dios, termina visita y fallece el hijo”, “juntos oraron todo el tiempo junto a ella”.

En estas experiencias de las enfermeras del estudio parecen dar mas importancia al aspecto biológico y psico-social dado que es en el que

presentan más argumentos, sin embargo, al evidenciar la reflexión de la misma como base para el conocimiento no se encontró consistencia.

Conocimiento de las etapas del proceso de muerte.

“la muerte es inexplicable, impredecible que no la podemos explicar ni lógica ni científicamente”;

“paciente de infarto conciente tranquila... indicación de no maniobras ... solo quería despedirse de su familia se murió dormida. Todos nos quedamos atónitos junto a sus familiares que no dejaron de orar todo el tiempo”;

“ niño con VIHa las dos horas la madre estaba muy tranquila.... había aceptado muy rápidamente la muerte de su hijo.... si hubiera sido el mio estaría inconsolable”;

“intentan sacarla del paro no hay respuesta se declara legalmente muerta y aun así no lo acepta”.

Afectación Emocional

Se rescata de las siguientes frases de sus relatos:

“Yo también llore pero no en presencia del familiar”

“la esposa y yo lloramos juntas”;

“Yo a veces me pregunto porque se tiene que sufrir tanto físicamente para morir”;

“No queríamos dejarlo ir... se involucró todo el personal”;

“No se si realmente era mi inexperiencia...pero atender a un paciente con esposas me daba cierto miedo”;

“si para mi fue difícil que estuve con él cuando estaba consciente, para sus padres más”;

“Fue muy difícil, muy triste... no lo esperábamos ya que se mantenía dentro de sus condiciones estables.... cuando entraron sus padres fue muy difícil darles el pesame...”;

“de reojo veo al paciente parado en la cabecera de la cama viéndome como dándome las gracias... cuando volteo totalmente asustada ya no estaba”;

“el fallecimiento me afectó tanto como si fuera un familiar directo”:

“con toda la profesionalización uno cae en las etapas de duelo”:

“el equipo médico y de enfermería de la unidad de cuidados intensivos tenemos una reacción de tristeza.... sabemos cual es el pronóstico del paciente y qué es lo que desgraciadamente prosigue”;

“el equipo de salud también, tranquilo solo comentarios como al fin descansó...”

“somos humanos y sentimos siempre con dolor, el dolor ajeno”

Conceptos de las enfermeras sobre el proceso de muerte:

“camino para llevar a otra vida, Proceso de muerte es preparación para aceptar que los días en esta tierra han finalizado”;

“momento en que termina el ciclo de vida en la tierra, pero que empieza otra vida cerca de Dios y esta si es eterna”;

“etapa que todos pasamos y debemos estar en paz con Dios y con nuestros semejantes, para aceptar con tranquilidad y fe la resurrección y la vida eterna”;

“proceso de llegar a un fin y aceptación de una existencia”;

“solo Dios dice cuando llegará la muerte a cada persona, nos olvidamos que la vida es provisional no definitiva”;

“la muerte es difícil pero no es el final del camino”;

“término de un ciclo de vida el cual va adherido a creencias, religión, costumbres y tradición, dependiendo de las personas o dolientes”;

“en este proceso, nosotros lo aceptamos porque no conocemos al paciente pero es doloroso para el familiar que no lo acepta y es de ansiedad, desesperación, desesperanza, sensación de impotencia, pérdida del control se desmayan”;

“lo importante que es la dignidad del buen morir”; “Dar atención de calidad todo el tiempo de estancia del paciente”;

“que vives y mueres, nada es eterno y que debes vivir minuto a minuto la vida con felicidad” ;

“son etapas de duelo y muerte que viven tanto el paciente como el familiar, donde se involucran su religión creencias y costumbres”;

“ausencia de vida o del entusiasmo por vivir, hay gente entre nosotros cuya existencia es tan miserable que se diría que están algo muertos”;

“es un Paso que damos en la tierra para encontrarnos con Dios nuestro Señor y así descansar eternamente”.

Fuentes de conocimiento referidas

A continuación se expone lo que las enfermeras refirieron haber aprendido sobre la muerte de estas fuentes

Religión:

“El fin de la vida depende de Dios, ya que algunas veces escapamos al proceso de muerte”

“Los diferentes tipos de religión y cada quien cree de diferente manera en el momento de la aceptación , (Necesaria para aceptar la muerte)”;

“Muerte es estar dormido hasta que venga Jesús por segunda ocasión y resucite a todos”;

“El concepto de Dios de hacer el bien para después de la muerte llegar al paraíso”;

“El concepto de Dios de hacer el bien para después de la muerte llegar al paraíso”;

“Tenemos fe de que hay vida después de la muerte, hay recompensa y castigo de nuestra actuación en nuestro paso por la tierra”;

“La muerte es un paso a la vida eterna, todos necesitamos de esa fuerza y apoyo espiritual ya que se descubre la fragilidad humana en ese proceso y descubrimos esa fuerza de ese ser supremo que es Dios”;

“Es un paso a seguir con Dios”;

“En terapia intensiva no debe haber religiones sino un solo Dios para todos”;

“es parte de la educación dentro del núcleo familiar, sobre creer en alguien”;

“Tienes que creer en alguien o en algún Dios y morir en paz”;

“Vida Eterna después de la vida”;

“Hay que morir para resucitar a la vida eterna como lo hizo Jesucristo”;

“El vivir es Cristo y morir es ganancia”;

“Estar preparada para la muerte, recibir la santa unción”.

Creencias:

“Vida terrenal pasajera, con la muerte, el alma y el espíritu pasan al descanso eterno”;

“Existe la verdadera vida al momento de morir, solo muere el cuerpo”;

“Vida es la perfección para ir al cielo, muerte es estar dormido, el alma y espíritu vuelven a Dios al morir”

“El alma y el espíritu se desprenden del cuerpo después de la muerte”

“Etapa de transición que se tiene que disfrutar para que al momento de separar el cuerpo y del alma su esencia se vaya sin ningún problema”;

“La vida terrena es un paso que se da por aquí pero es muy corto y se nos da oportunidad de nacer, crecer, hacer cosas positivas y cumplir lo encargado”;

“La muerte es un paso que hay que dar, la vida es un regalo y la muerte un paso a la vida eterna, donde ya no habrá llanto ni dolor sino una felicidad eterna ya que tu espíritu esta con Dios”;

“Lo aprendido a través de mi vida y experiencia propia con algún paciente”;

“No creo ni en la vida más allá a lo personal. Las creencias son muy arraigadas en nuestro pueblo y debemos estar abiertos a todo”;

“Es saber lo que nuestros padres o personas mayores nos han explicado sobre la vida”;

“Algún día tienes que morir y dicen que vas al cielo”;

“Término de una etapa”;

“La muerte es parte de la vida , aunque jamás nos resignaremos a la pérdida de un ser querido”;

“Es necesario morir pero es solo la muerte del cuerpo, no del alma ni del espíritu”;

“Todos tenemos un espíritu que al morir abandona nuestro cuerpo y se eleva al cielo”;

“Al morir el espíritu sale del cuerpo y observa a los que están alrededor del cuerpo”.

Tradiciones:

“Orar en familia para pedir por el descanso eterno”;

“Estar bien con Dios antes de la muerte para tener buen descanso”;

“Los muertos van al cielo o al purgatorio”;

“Se basan en la misma religión cuando te vas en el proceso de muerte hay un cielo un infierno y un purgatorio”

“Que le tengas Miedo a este proceso o momento que se dice es parecido al demonio a satanás, y en nuestra lectura nos burlamos de la muerte ya que a diario vivimos con ella”;

“Respeto por la vida de los demás, asistir al enfermo y agonizantes, respetar a los muertos y a sus familiares”;

“Dentro de mi familia es una situación difícil y de dolor el tener una ausencia, pero todo lo que lleva el duelo, el pésame las exíquias, el entierro, misas, son pasos para llenarse de fortaleza para sobrellevar este proceso”;

“Lo que me heredaron mis antepasados, día de muertos, las comidas lo que le gustaba a la persona ya desaparecida”;

“costumbres que no se podrá cambiar con el tiempo”;

“No háy tradiciones ni costumbres en la familia , la muerte se respeta si es por una larga enfermedad se deja en manos de Dios al igual que si es por accidente”;

“Que te velen toda la noche y al siguiente día te entierran te llevan flores o música”

“Hacer altar de muertos”;

“La persona que muere, vive en el pensamiento y en el recuerdo, se volverá a ver algún día”;

“No hablamos mucho al respecto”;

“Rezar un novenario para que el alma descanse en paz. Una veladora dos días antes del día de muertos para que el alma descanse en paz”.

Frases que se sustentan en los conceptos de Henderson y Long encontradas en dos enfermeras del estudio, se advierte que estas enfermeras tomaron iniciativas para apoyar al paciente y su familia en el proceso de muerte.

“le pedí a su hija y su esposo que [ya] que estaba cubierta el área médica y de enfermería junto con el área familiar pero el área espiritual dónde la dejaron, que si realmente amaban y querían a su familiar lo dejaran en manos de Dios que según sus creencias de Fé le trajimos un guía espiritual Estuve con la paciente dije una oración del acto de abandono que le confortó.”;

“En los momentos finales dejé pasar a sus hijos y esposa y se inició un rito de despedida.... piden perdón, agradecimiento;”

“sabemos que por el diagnóstico del paciente, el pronóstico, y qué es lo que desgraciadamente prosigue a esto, y se tiene que seguir a delante”.

“Esta inquieto y refiere miedo a morir yo le digo que se tranquilice le pregunto si practica una religión y me dice que es católico y le digo que yo también lo soy y saco un libro de oración. Le digo que si rezamos y que en su mente repite la oración para que no se fatigue y empezamos a orar nuevamente se tranquiliza”;
“conciente confiada... solo quería despedirse de su familia”.

En algunas frases se rescata el intento de atender holísticamente el proceso de muerte, aun cuando esto no sea de una manera consistente
Esto lo apreciamos en las siguientes frases de las enfermeras:

“la tranquilizábamos diciendo que la terapia le ayudaría a quedar sin cicatrices físicas”;

“ con la paciente estuve diciendo varias citas bíblicas y una oración... quería un guía espiritual y a sus familiares para encomendarles algo”;

“solicita no ser entubado si acaso se requiere... y dejarlo pasar ese momento con su familia.... no fue bien visto por el médico, pero al ver el comportamiento de los familiares los dejó”;

“se les pregunta a los familiares si la paciente tiene algún pendiente...., efectivamente el hijo llegó esa noche, le hablo.... y al siguiente ya no recibimos a la paciente”;

“durante el turno nocturno empieza a manifestar ansiedad y sobresalto.... empieza con frecuencia respiratoria de 30 por minuto, aviso al médico de guardia, no me creyó.... inquieto refiere miedo a morir, le pregunto si practica alguna religión, me dice que es católico.... saco un libro de oraciones se tranquiliza y concilia el sueño, lo entrego en malas condiciones”;

“estaba cansada y solo quería despedirse de su familia.... no dio orden de invadirla porque solo era prolongar su agonía... murió dormida, en paz”

“la madre, ella me dice que una noche anterior Alejandro le dijo... vi a Dios él me dijo que me llevará c/el a su lado lo que quiero es que tú madre no sufras yo siempre estare contigo”;

“lo importante es la dignidad del buen morir y dar atención con calidad todo el tiempo”.

Un hallazgo del estudio revela la falta de preparación para atender holísticamente el proceso de muerte. como se hace patente en las siguientes frases:

“No todos podemos tratar esa etapa.... nos falta preparación para ello”;

“Que nos falta aprender más sobre el momento de la muerte..., no le corresponde...a la religión”

“Solo pienso que nos falta preparación”;

“no estamos preparados para la muerte”.

