



Muerte y morir en el hospital: una mirada social, espiritual y ética de los estudiantes

Death and die in the hospital: a social, spiritual and ethical look of students

Morte e morrer no hospital: um olhar social, espiritual e ético dos estudantes

Sylvia Álvarez Sandoval¹

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas²

Dulcinéia Ghizoni Schneider²

Aline Lima Pestana Magalhães²

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer²

Francielly Zilli²

1. Universidad de Magallanes, Departamento de Enfermería. Punta Arenas, Chile.

2. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las implicancias sociales, espirituales y éticas que tiene el proceso de muerte y morir para estudiantes de enfermería. **Metodología:** Abordaje cualitativo, de carácter descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 19 estudiantes de enfermería de quinto año. Los datos recolectados fueron sometidos a los preceptos de Análisis de Contenido, analizados a la luz de los principios bioéticos y relacionados con la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, de Ruland y Moore. **Resultados:** Las implicancias sociales se relacionan con las experiencias previas y el abordaje familiar, el significado espiritual está ligado a la trascendencia del espíritu como una explicación de que la persona se compone de un cuerpo biológico que termina con la muerte, y los relatos sobre las implicancias éticas muestran la importancia del cuidado humanizado y el significado de una muerte digna. **Conclusión e implicación para la práctica:** La autorreflexión acerca del significado de la muerte y su proceso, ayuda al estudiante a respetar los valores y creencias del paciente y su familia con respecto al proceso de finitud, y por lo tanto, a propiciar un cuidado más digno. Destacamos el proceso de educación en enfermería con respecto a los aspectos éticos implicados en el final de la vida.

Palabras clave: Actitud Frente a la Muerte; Educación en Enfermería; Atención Hospitalaria; Ética en Enfermería.

ABSTRACT

Objective: Identify the social, spiritual and ethical implications that have the death process and die for nursing students. **Methodology:** A qualitative approach, of a descriptive character. Sample comprised of 19 fifth-year nursing students. The data collected were submitted to content analysis precepts, analyzed in the light of the principles of bioethics and related to the Theory of the Peaceful End of Life, by Ruland and Moore. **Results:** Social implications are mainly related to experiences and the family approach, the spiritual meaning is linked to the transcendence of the spirit with an explanation that people are composed of a biological body that ends with death, and the stories about ethical implications show the importance of humanized care and the meaning of a dignified death. **Conclusion and implications for practice:** Self-reflection about the meaning of death and its process, helps the student to respect the values and beliefs of the patient and his family regarding the process of finitude, and thus the dignified care. It is highlighted the nursing education process in relation to ethical aspects and the end of life.

Keywords: Attitude to Death; Nursing Education; Hospital Care; Ethics Nursing.

RESUMO

Objetivo: Identificar as implicações sociais, espirituais e éticas que tem o processo de morte e morrer para estudantes de enfermagem. **Método:** Abordagem qualitativa, de caráter descritivo. Amostra composta por 19 estudantes de enfermagem do quinto ano. Os dados coletados foram submetidos aos preceitos da Análise de Conteúdo, analisados à luz dos princípios da bioética e relacionados com a Teoria de Final de Vida Tranquilo, de Ruland e Moore. **Resultados:** As implicações sociais são relacionadas com as experiências prévias e a abordagem familiar, o significado espiritual está ligado à transcendência do espírito com a explicação de que as pessoas se compõem de um corpo biológico que termina com a morte, e os relatos sobre as implicações éticas mostram a importância do cuidado humanizado e o significado de uma morte digna. **Conclusão e implicação para a prática:** A autorreflexão acerca do significado da morte e seu processo, ajuda o estudante a respeitar os valores e crenças do paciente e de sua família em relação ao processo de finitude, e assim a entrega de um cuidado mais digno. Destaca-se o processo de educação em enfermagem em relação aos aspectos éticos que envolvem o final de vida.

Palavras-chave: Atitude Frente à Morte; Educação em Enfermagem; Assistência Hospitalar; Ética em Enfermagem.

Autor correspondiente:

Francielly Zilli

E-mail: franciellyzilli.to@gmail.com

Recibido en 02/10/2019.

Aprobado en 15/01/2020.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0287

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el criterio que se usa para definir la muerte es la función cerebral, debido a que los avances tecnológicos han permitido la conservación de las funciones cardíacas y respiratorias a través de medidas de soporte vital, mientras que nada se puede hacer para mantener las funciones cerebrales. La muerte no es sólo el fin de la existencia humana, sino que es precedida por diferentes formas de pérdidas que son parte del desarrollo humano. Muchos autores consideran a la muerte como una de las pocas certezas en la vida que deriva de un fenómeno progresivo que comienza en el momento de la concepción.¹⁻³

Desde esa perspectiva, la muerte no es estrictamente un evento biológico, sino un proceso social y culturalmente construido. Los conceptos de la muerte han ido cambiando con el tiempo, hasta ser considerada como un proceso natural. A partir del siglo XX, la muerte comenzó a ser vista como algo que simplemente debía ser ocultado, prohibido y negado, dejando de lado el duelo y los rituales de despedida que eran habituales principalmente en el entorno del hogar. Actualmente, la muerte como proceso ha sido medicalizada. Por lo tanto, en la sociedad occidental, la muerte dejó de ser parte de la vida social, disipándose el intercambio de experiencias entre las personas sobre el proceso de morir.⁴

La muerte ha sido tratada por la sociedad como una condición de la vida, siendo que, la analogía del hombre con la muerte es diferente de la que tiene con otros fenómenos transitorios. Representa el ser temporal que todos nosotros somos, y nuestra existencia, como seres, está directamente conectada en esta perspectiva.⁵

La aproximación con la muerte del otro durante el proceso de atención puede generar preocupaciones para el profesional de enfermería porque este contacto puede generar miedo y angustia debido a la conciencia del final y la fragilidad de la vida. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe tratar de lidiar con los sentimientos suscitados por este enfoque, dado que todos los enfermeros tienen que vivir o experimentar la sensación de ver morir a sus pacientes, en muchas ocasiones, con escasas herramientas psicológicas, poco apoyo institucional y desconocimientos de técnicas y estrategias terapéuticas de afrontamiento y autoayuda que debieron de haber adquirido durante el proceso de educación en enfermería.⁶ Cuando el estudiante de enfermería se inserta en el ámbito de la atención hospitalaria, en su proceso de formación académica, al presenciar la muerte del otro, reflexiona sobre su propia muerte y la de sus seres queridos, percibiéndose como finito y mortal.⁵

A lo largo de su proceso de formación, el profesional se capacita para comprometerse con la preservación de la vida del paciente, por lo tanto, su educación académica está dirigida por el cuidado de la cura del paciente, y este resultado es un signo de satisfacción profesional, esta característica refuerza el modo como la presencia de la muerte en el cuidado general crea sentimientos de rutina, falta de preparación y abstinencia.⁷

Es conocido que existen falencias en la formación académica en relación con el tema de la muerte, lo que conlleva a la inseguridad del estudiante en relación a las experiencias del

proceso de morir y muerte. Enfrentar este proceso es una experiencia única para los estudiantes, que va mucho más allá del conocimiento técnico y científico o la formación académica, puesto que influye en sus valores culturales y en su historia de vida, que serán determinantes a la hora de hacer frente a la posibilidad de la finitud.⁸

La mayoría de las escuelas de enfermería tienen muchos contenidos dedicados a promover, mantener y recuperar la salud, pero pocos contenidos relacionados con el proceso de fin de vida. Varios estudios concluyen que los estudiantes de enfermería no se sienten preparados para enfrentar este proceso y por ende, propiciar cuidados de calidad al paciente moribundo, a raíz de la falta de preparación en la formación académica.^{3,9-12} Esta situación es problemática, ya que existe un grado muy elevado de implicación emocional de la enfermera en el cuidado del paciente moribundo y la calidad de los cuidados pueden verse condicionados por su actitud y por el miedo a la muerte.¹³

La enfermería juega un papel importante en los servicios de salud, ya que en ella recae el cuidado de la salud del individuo y de la sociedad, por las cualidades y virtudes morales y por el carácter sagrado de la vida humana. Sin embargo, ni información ni el conocimiento presentan mayor impacto en la atención del paciente, debido a que la ética y los valores morales se han ido perdiendo y, en consecuencia, afecta el prestigio y el reconocimiento de la enfermería en la sociedad, ya que pareciera que el profesionalismo y la actualización de las nuevas tecnologías superan los valores de los cuidados que se entregan.¹⁴

Es así como la ciencia del cuidado, teoría de relaciones humanas, guía a la profesión de enfermería mediante la comprensión y la aplicación de una praxis ético-moral que promueve, protege y proporciona dignidad humana a lo largo de la vida. Durante los últimos 30 años o más, la ciencia del cuidado ha transformado a la enfermería al exigir una perspectiva ética más elevada de dignidad humana en la forma en que las enfermeras practican, educan, investigan y desarrollan la profesión.¹⁵

La Teoría del Final Tranquilo de la Vida (TFTV) de Ruland y Moore propone que el objetivo es proporcionar la mejor atención posible a través de la optimización de la atención, que puede entenderse como atención integral, dirigida a proporcionar bienestar, calidad de vida y, en consecuencia, una muerte pacífica, priorizando a la familia como fundamental para el proceso final de vida y alejándose de un tratamiento tecnológicamente avanzado.¹⁶

Esta teoría, adecuada para la temática del proceso de la muerte, se basa en el modelo clásico de Donabedian de estructura proceso y resultado, en el que la estructura-contexto es el sistema familiar (el paciente terminal y sus allegados) que está recibiendo cuidados de los profesionales en una unidad hospitalaria, y el proceso se define como las acciones de enfermería destinadas a promover los siguientes resultados: 1) ausencia del dolor; 2) sentir bienestar; 3) sentir dignidad y respeto; 4) sentir paz, y 5) sentir la proximidad de sus allegados y cuidadores.¹⁶

Por lo tanto, el objetivo de este artículo es identificar las implicancias sociales, espirituales y éticas que tiene el proceso de muerte y morir en el estudiante de enfermería.

MÉTODO

La investigación se realizó con un abordaje cualitativo, permitiendo describir las percepciones, creencias y experiencias de los estudiantes de enfermería frente al proceso de la muerte y la adquisición de competencias para la práctica cuando se ven enfrentados a dicho proceso. Se trata de un método de carácter descriptivo, que permite indagar y profundizar un fenómeno poco estudiado en el área universitaria, como es la percepción que el estudiante de pregrado experimenta en relación a la muerte y el proceso de morir, relacionada a las implicancias social, espiritual y ética.

El estudio se realizó en la ciudad de Punta Arenas, en la XII Región de Magallanes y Antártica Chilena, en la Universidad de Magallanes, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería. La investigación fue aprobada por la Comisión de Ética Científica en Seres Humanos de la Universidad de Magallanes a través del documento N° 047/CEC/2018.

La elección de la muestra fue intencionada. El universo estuvo compuesto por 61 estudiantes matriculados en noveno y décimo semestre en la Carrera de Enfermería de la Universidad de Magallanes, durante el año académico 2018. Para participar del estudio, se determinó como criterio de inclusión que el estudiante debía estar cursando el primer y/o segundo periodo de Internado Profesional en el Hospital Clínico de Punta Arenas en el momento de la recolección de datos. De ese modo, el número de posibles participantes al estudio se redujo a 36 casos. El tamaño de la muestra, compuesta por 19 estudiantes, se estableció a través del criterio de inclusión antes señalado, y atendió, además al criterio de saturación teórica.

La recolección de datos se realizó en las etapas que se detallan a continuación: primero se seleccionó a los estudiantes de la Carrera de Enfermería que cumplían con los criterios de inclusión de la muestra, el contacto se realizó personalmente, en sus lugares de Internado Profesional, y/o a través de comunicación telefónica, en la que además se coordinó día y hora de la entrevista, la que se llevó a cabo en salas de la universidad previamente solicitadas para tal fin. Además, se ofreció el pago de movilización en transporte con el fin de no ocasionar gastos monetarios de traslado para el estudiante. A los estudiantes que firmaron el consentimiento informado aprobando participar del estudio, se les informó de los objetivos a alcanzar, se aclararon dudas e interrogantes que fueron manifestadas, y se les informó del compromiso de confidencialidad de la investigación.

La técnica de recolección de datos se realizó a través de la entrevista semi-estructurada, la cual fue grabada con autorización del participante. Las entrevistas se realizaron entre los meses de septiembre y octubre del año 2018. Con posterioridad a la grabación de las entrevistas, las mismas fueron transcritas en Programa Word y guardadas en disco duro externo. Para ayudar en el tratamiento y el análisis de los datos, tras la transcripción, las entrevistas fueron organizadas de acuerdo a cada objetivo del estudio, es decir, agrupadas por semejanza en conjuntos temáticos.

Los datos recolectados fueron sometidos a los preceptos de Análisis de Contenido. Los referidos datos se interpretaron en el transcurso de toda la indagación y fueron registrados para facilitar su estudio,¹⁷ bajo la mirada de los principios bioéticos, siendo además brevemente relacionados con la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, de Ruland y Moore, desarrollada en 1998.

RESULTADOS

A seguir, se detallan los datos demográficos recolectados de los 19 casos: 16 de sexo femenino, 3 de sexo masculino; las edades fluctuaron entre el rango de 22 a 38 años de edad; todos solteros, 3 de ellos en convivencia con parejas, de éstos, 14 estudiantes se declararon con creencia religiosa; 13 de ellos pertenecientes a la ciudad de Punta Arenas, mientras los otros restantes pertenecen a otras regiones del país. La totalidad de ellos habían cumplido o estaban realizando el Internado Profesional en distintos servicios de hospitalización. Del análisis de datos se desarrollaron tres categorías: El proceso de la muerte y el morir: una mirada social desde los estudiantes; El proceso de la muerte y el morir y su significado espiritual e La ética acompañando el final de la vida.

El proceso de la muerte y el morir: una mirada social desde los estudiantes

Los estudiantes de enfermería comienzan las prácticas de atención hospitalaria en el quinto semestre, es aquí donde inician los primeros contactos con personas que requieren de diversos cuidados enfermeros. Todos los estudiantes entrevistados informaron haber tenido experiencias con el proceso de morir y la muerte, ya sea con personas cercanas o con pacientes:

En lo relacionado a pacientes, nunca se me ha muerto un paciente, sí he visto que de repente estábamos trabajando, no sé, con una paciente de una compañera y al día siguiente llegábamos y el paciente no estaba, pero a mí, yo, nunca se me ha muerto un paciente. (E6)

Estuve en un servicio en donde el perfil del usuario era que no sabía que había mayor tasa de mortalidad, no me tocó ver cuando una persona se moría pero sí me tocó ver como el proceso de agonía de la persona y en ese mismo periodo en el que estuve, me tocó ver. (E8)

Me tocó asistir en alguna práctica a una persona que había fallecido. Atender y ver también todo el proceso que se hace cuando fallece una persona dentro de un hospital. (E14)

Porque aparte yo fui la que la encontré, la encontré morada, no estaba respirando y tenía pulso sí pero fue chocante porque nunca había visto como un paro en sí. (E5)

En los cuestionamientos sobre el significado de la muerte y proceso de muerte-morir, los estudiantes mencionaron diversas ideas, entre las cuales se destaca la comprensión de la muerte como parte integrante del ciclo vital humano, como un acontecimiento inherente al proceso de vital conforme a los siguientes relatos:

Los estudiantes y muerte en el hospital

Sandoval SA, Vargas MAO, Schneider DG, Magalhães ALP, Brehmer LCF, Zilli F

Primero que nada, para mí es un proceso natural, es un proceso difícil por el cual todas las personas tienen que pasar, pero lo acepto como un proceso natural. (E11)

En realidad la muerte es algo natural pienso que todos en algún momento vamos obviamente a morir y hay que llevarlo con la mayor normalidad del mundo. (E17)

Las emociones que acompañan al shock de presenciar una muerte en el contexto hospitalario, a veces, acompañan a los entrevistados, hasta el hogar.

Y bueno, después yo salí del hospital, así como mal, llame a mi mamá, me puse a llorar, nunca había visto morir a una persona. (E6)

Pero si fue choqueteante para mi primera experiencia en donde vi a gente de verdad corriendo en el servicio y todos vueltos locos y si pues que haya fallecido que haya estado su familia, que tuviéramos que hacer ese procedimiento donde tienen que llevarse a anatomía patológica. (E7)

Estuvo agonizando todo el turno, me tocó entregarlo en la morgue, eso me impactó, bastante, era un caso social, entonces para mí fue muy impactante. (E10)

El vínculo o enlace creado con el paciente es reconocido por los estudiantes entrevistados como factor importante al momento de aceptar la muerte.

Depende del vínculo que yo haya creado con la persona o si la conozco de más tiempo, pero igual es como complicado saber que puede pasar después de y del proceso, es como difícil. (E8)

Cuando uno de verdad se enfoca en ayudar a esas personas y que algo le suceda yo creo que a uno le duele, porque uno no solamente entrega sus conocimientos y su práctica, sino que uno también entrega parte de sí a todas esas personas. (E14)

Una de las dificultades señaladas entre los estudiantes es el cuidado a los miembros de la familia. En esta instancia informan que experimentan conflictos emocionales cuando se enfrentan a miembros de la familia.

Lla familia estaba en los pasillos y lloraban, entonces igual eso es fuerte, y uno no está preparado para eso, para ver a los familiares, contener a los familiares. (E3)

El proceso más difícil que a mí me tocó ver fue el proceso de cuando se enfrenta a la familia porque el médico se va, y la que apechuga por decirlo así es el o la enfermera, quienes son las que dan las noticias, quien les informa y ver esa reacción de la familia yo creo que eso es más impactante que el propio proceso de ver a la usuaria que falleció. (E14)

Los conflictos emocionales que presentan los estudiantes no impiden que afloren valores como la empatía, el colocarse en el lugar del otro.

¿Qué pasaba con los familiares? porque tal vez los familiares iban a ir en la tarde a visitarla, así como “Oh, voy a ir a visitar a mi mamá” y resulta que se va a dar cuenta que la mamá ya no está. (E6)

Hasta que mi profesor le dijo: no, tu mamá no se va a mejorar y va a morir, y ese momento como que me chocó más, yo creo el ser tan directo a todo el proceso de muerte, porque fuese yo, me imaginaba que si fuera mi mamá o fuera mi papá, que alguien me dijera eso, no sería como ella, le dio las gracias, pero yo le hubiera todo menos las gracias. (E12)

Los estudiantes dejan ver que la edad es un factor agravante al momento de aceptar a la muerte, señalando así que las muertes de personas más jóvenes son más impactantes.

También recuerdo también, uno de mis últimos turnos largos que tuve, no perdón, de noche y en el turno largo anterior había fallecido la guagüita de... una menor de 8 meses, igual fue como súper fuerte, uno nunca lo piensa. (E17)

Sí, la que más me marcó igual fue una paciente con 39 años con cáncer cérvico - uterino, ya, una paciente que de la noche a la mañana decayó, le detectaron el cáncer etapa 4 y no había nada más que hacer, la paciente con un hijo de 21 años, un marido joven también. (E18)

El proceso de la muerte y el morir y su significado espiritual

Algunos participantes dieron a este proceso de la muerte y el morir un significado de trascendencia a la muerte, disociando cuerpo y alma/espíritu:

Yo soy cristiana, pienso que hay algo más allá de la vida y que este es un proceso que es para bien del paciente también, o sea, no es algo que termine con la muerte, no es un proceso que después de esto no haya nada más, sino que hay algo después que siento que es bien para las personas que fallecen. Una trascendencia. (E9)

La muerte para mí es un proceso donde finalizan todas las funciones que tú tienes a nivel corporal, pero nuestra espiritualidad permanece como una transición. (E13)

Entonces para mí la muerte no es un fin, sino que es una continuación. Yo no soy creyente en Dios ni nada. (E2)

Algunos de los participantes consideran la muerte, simplemente, como el fin de la vida:

No lo veo como que uno pasa a una segunda vida o que se va para otro lado, no más que finaliza el ciclo. (E5)

La ética acompañando el final de la vida

En los relatos de los estudiantes, se observa que ellos identifican el proceso de morir dignamente, principalmente a través del acompañamiento, control de síntomas como el

dolor, la tranquilidad y sin la utilización de medidas invasivas innecesarias, conceptos encontrados también en la TFTV. Así, de acuerdo a esto, los relatos son:

Yo creo que una muerte digna para cualquiera es sin dolor, primero, una muerte tranquila, ojalá tranquila, acompañada de los familiares más cercanos. (E1)

Que no tenga dolor, que esté acompañada que tenga que siga con su alimentación en lo posible o sea que reciba los mismos cuidados de una persona que está en buenas condiciones. (E9)

Cumplir los deseos que él quiere, a que voy con esto, no me refiero a cosas muy extravagantes, si no a lo mínimo de las necesidades básicas, cubrirlas como deberían estar, decir si el paciente es cien por ciento terminal, si quiere estar en su casa, permitirle su último deseo de estar en su casa, si quiere estar con cierta persona, permitirle, si quiere degustar algo en ese momento, degustar algo en el periodo, dárselo porque son cosas pequeñas que yo creo que lo van hacer sentir como más tranquilo y más cómodo. (E11)

Puede ayudar en la sintomatología, que no tenga tanto dolor o cosas así, pero así como quizás no de repente, de ser tan invasivo con el paciente cuando ya su ciclo de vida ya está completo. (E17)

Otra cuestión importante planteada por los estudiantes es la preservación del principio de la autonomía, que garantiza que se debe favorecer la información acerca de la evolución de la enfermedad y el desenlace, de tal forma que el enfermo y/o familiar puedan tomar decisiones en relación al tratamiento y manejo. Los relatos de los estudiantes muestran la importancia de entregar información a la familia, como parte fundamental al momento de respetar el principio de autonomía, el cual algunas veces se ve vulnerado:

Si, en este caso bueno, ya me acuerdo, que en los casos de los pacientes que teníamos nosotras, una de ellas ya había llegado con limitación del esfuerzo terapéutico y lo cual se había conversado, el médico había conversado con la familia para llegar a un acuerdo de la limitación. (E9)

¿Hasta cuándo podemos respetar la autonomía del paciente o de los familiares que se encuentran a cargo de ellos?(E19)

Los estudiantes también señalan los principios de no maleficencia/beneficencia. Los relatos de los estudiantes dejan ver que perciben la vulneración de este principio a través del ensañamiento terapéutico, medidas desproporcionadas, excesivos gastos de recursos materiales:

Porque tuvimos un paciente por mucho tiempo, como dos meses, con un tumor esofágico, que nunca le pusieron una prótesis esofágica o en su defecto le iban a poner una gastrostomía para que se alimentara, y se demoraron mucho en hacer la gastrostomía, como un mes y medio,

y se la hicieron, por ejemplo, de hecho se la hicieron en mi largo como a las 9.00 de la mañana y falleció en el turno de noche como a las 5.00 A.M., duró como un día con su gastrostomía y falleció. (E2)

Si, (risas) estaba demás el lactato, en el fondo, estaba taquicárdica, no, entonces después taquicardia, después bradicárdica, ya iba a fallecer, estaba ya como para caer en un paro en cualquier momento, entonces a mí me pareció indigno que se pongan a invadirla de esa manera, ya no había nada que hacer en el fondo, entonces es eso me pareció un ensañamiento total. (E13)

Los estudiantes muestran que son capaces de reconocer estas medidas desproporcionadas, experimentando frustración por no tener mayor injerencia en el manejo de los pacientes, y a su vez, critican dichas experiencias entregando un significado de sufrimiento humano:

No alagar la vida de un paciente que ya sabes que no podemos hacer nada pero siempre hay que tener un límite, el límite de no hacer sufrir al paciente o darle esperanzas falsas a la familia porque el paciente si o si va a fallecer hagas o lo que hagas, lamentablemente es así. (E12)

Ni siquiera colocarle una vía por alguien que quiera decir: ¡no! Mantengámosle la hidratación, no, uno ahí tiene que usar su criterio como profesional y decir: ¡no! el paciente ya está comprometido no hay que intervenir más con él. (E19)

Tratar de apoyar en lo que más se pueda en pacientes cuando está en un proceso de muerte, agonía, de sufrimiento o algo, como alumno o como futuros profesionales y profesionales de acompañar al paciente y hacerlo sentir lo mejor posible dentro de lo que se pueda. (E2)

Los estudiantes son capaces de reconocer conductas que llevan a deshumanizar el cuidado:

Pero también está el otro lado como más deshumanizado, que es como: ya falleció, hay que liberar esa cama, hay que esperar que lo arreglen (se refiere al fallecido), le hagan la atención post - mortem y que se vaya. (E1)

No RCP, pero la calidad de vida que le vamos a dar hasta sus últimos minutos igual no porque esté en No RCP no vamos hacer nada, entonces igual como que chocaba porque había turnos en que si se preocupaban de esos pacientes, ir a verlos a cada rato si les dolía algo o si no y había otros turnos que no, en realidad era como: no si la paciente de este turno no va a pasar, entonces eso igual se ve mucho en el servicio. (E8)

Pero el paciente igual me impactó bastante porque o sea pucha, cero, fueron súper inhumanos, nadie le dejaba nada para el dolor, un paciente que estaba sufriendo, agonizando todo un día, que le dejaban la ventana abierta porque tenía vasculitis y entonces el olor y que llegaba en las mañanas y tenía las ventanas abiertas, entonces para mí sentir que esa persona sufrió tanto antes de morir fue muy impactante. (E10)

Los estudiantes son capaces de narrar casos clínicos donde se presentan conflictos éticos, de experiencias analizadas en el aula o vividas durante la práctica clínica del cual han participado en la resolución o solo observado, aunque la mayoría presentó dificultades para narrar algún caso y su solución.

Pero si vimos lo que eran conflictos, la muerte, el tema de como dejar morir a una persona viendo el beneficio hacia ella, el menor daño posible, ese tema solo vimos. (E8)

Si en ética vimos algunos casos, como de los o no sé, como casos clínicos en sí, todo el proceso y la muerte digna y las cosas éticas que uno tiene que hacer con el paciente. (10)

Y la familia en realidad se oponía a dejarlo LET (limitación del esfuerzo terapéutico), entonces ahí generó un conflicto ético entre los profesionales y la decisión que quería tomar la familia. Después de mucho conversar con la familia, (risas) me acuerdo que costó mucho, la familia, por fin accedió a que dejar al paciente LET y falleció. (E13)

Por lo tanto la familia tenía que respetar la decisión, sin embargo, a pesar de que la familia no quería eso, me acuerdo que abordarnos en el sentido de conversar con la familia y explicarle que significaba alargarle más la vida a su familiar. (E15)

Pero él sabía que se iba a morir finalmente y ahí hubo conflicto ético igual o sea es que todos pasábamos y damos como las opiniones de que haría uno en ese caso y uno siempre se iba como al bienestar del paciente. (E16)

Era como dejarlo porque si ya no había nada más que hacer...¿para qué seguir hostigando al paciente en realidad?, pero por parte de la familia era como muy difícil llegar, por lo que me acuerdo del caso, era como una familia muy cerrada pero no recuerdo como fue lo que tratamos, de parte del médico o enfermera no seguir con los procedimientos, pero la parte de la familia no recuerdo. (E5)

DISCUSIÓN

La enfermería es una profesión que se ocupa del ser humano a lo largo del ciclo de vida y también está presente en el momento de la muerte, o en la atención domiciliaria, hospitalaria o en emergencias.¹⁸

A pesar de comprender la muerte como parte del ciclo vital, los estudiantes reconocieron emociones y sensaciones desagradables al enfrentarse a la muerte de pacientes. Este proceso acciona mecanismos cerebrales, aflorando sentimientos/referencias de vida, pues existe la necesidad de aceptar el hecho de que la propia existencia, así como la de las personas con las que nos interrelacionamos tiene un final, un "plazo de validez".¹⁹ En este estudio la emoción que más se reconoce es el impacto a la noticia de muerte, seguido de nerviosismo, incomodidad y angustia. Estos sentimientos surgen debido a que, aunque la muerte es parte de la vida, durante la graduación y durante la práctica profesional, no se han trabajado estos temas, principalmente

son programas de estudios relacionados con la vida, la terapia, la curación, no la preparación de los estudiantes para hacer frente a finitud humana.²⁰

Conforme a los relatos, se advierte la dificultad en la elaboración de las pérdidas de los pacientes con los que ha establecido lazos más intensos, cuanto mayor sea la unión creada, más difícil de aceptar la muerte del paciente.¹¹

La falta de preparación para hacer frente a la situación de la muerte, vinculada a la falta de experiencia en el cuidado de los miembros de la familia que han experimentado la pérdida causa conflicto emocional, por miedo a no estar preparado para cumplir de manera satisfactoria el papel en el cuidado de los familiares que están experimentando la pérdida, existe conciencia de que el cuidado debe incluir la familia, considerada como una parte fundamental de la atención de enfermería.⁸ Por otra parte, la TFTV propone el concepto de proximidad de los allegados y cuidadores, y enfatiza el deber de facilitar oportunidades a la familia, permitirles el acercamiento, hacerlos partícipes de los cuidados y atender al dolor, las preocupaciones y a las preguntas de la familia y/o allegados.¹⁶

En un estudio¹² muchos estudiantes entrevistados contaron que se identifican con los familiares y su sufrimiento al perder a su ser querido, imaginándose en sus situaciones.

En la percepción de los estudiantes, la vida consiste de un cuerpo físico mortal con un alma inmortal. Esta posición se ve fortalecida por la mayoría de las religiones y escuelas espirituales que creen en el concepto de inmortalidad y la indestructibilidad del alma. Esta visión de la muerte ligada a la religión es apoyada por los resultados de una investigación con estudiantes de enfermería,⁸ que indicó que tienden a asociar la muerte con el significado de la trascendencia.

La TFTV, propone dentro de sus conceptos, el estar en paz, es decir, un estado de tranquilidad, un sentimiento libre de ansiedad, agitación, preocupaciones y miedo, incluyendo este concepto, las dimensiones física, psicológica y espiritual.¹⁶

La espiritualidad ocupa un espacio importante en el proceso de confrontación de enfermedades por el ser humano. En un estudio con un equipo multiprofesional, la espiritualidad se señala como algo que influye en este proceso de afrontamiento. Se insta a los profesionales que enfrentan el proceso de muerte y morir a pensar en su propia terminalidad, por lo tanto, se señala que la espiritualidad es capaz de dar sentido al trabajo realizado.²¹

La dimensión espiritual no siempre es contemplada o atendida desde el ámbito profesional, muchas veces es la menos contemplada en el cuidado prestado a las personas en fase final de la vida y a sus familiares, aunque este aspecto está surgiendo en esta fase de atención al final de la vida.²²

La dimensión espiritual permite una muerte digna que puede estar asociada con una religiosidad específica. Es a partir de esta dimensión que las relaciones afectivas pueden fortalecerse mediante la construcción de momentos afectivos que faciliten el proceso de final de la vida y, en consecuencia, el dolor experimentado por los miembros de la familia.²² Además, es común que con la proximidad de la muerte llegue la apreciación de la vida. La fe

y el apoyo promovidos por la espiritualidad proporcionan un mejor control interno sobre la terminalidad a través del sentido de la presencia de Dios, que es experimentado por personas en cuidados paliativos de diferentes formas que se entienden a través del amor, la fuerza, la fe, la tranquilidad, la protección, la capacidad de vencer y superar obstáculos.²³

El envejecimiento de la población asociado con los avances de la medicina, especialmente en los recursos tecnológicos, nos permite proporcionar medidas para prolongar o mantener la vida de una persona, por lo que el proceso de atención al final de la vida involucra varios conflictos éticos.²⁴ En este aspecto, vale destacar los debates internacionales sobre las preocupaciones sobre los derechos de los pacientes al final de la vida.²⁵

En Chile, las cuestiones relacionadas con el proceso del final de la vida han adquirido interés en la última década, surgiendo la Ley 20.584 de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud y el Decreto 162 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, promulgadas en el año 2012 y 2017 respectivamente, ambos poseen artículos que resguardan la dignidad de las personas en estado terminal, el derecho a los cuidados paliativos integrales y el derecho a expresar el consentimiento informado, protegiendo la autonomía de estos.^{26,27}

El proceso de morir de manera digna se puede considerar de diferentes maneras, lo que puede implicar el respeto a la autonomía del paciente para decidir cómo morir, sus últimos deseos, su privacidad, el medio ambiente y las personas con quienes desean compartir este momento, así como necesidad de un adecuado control de los síntomas. El concepto de muerte digna está íntimamente relacionado a los cuidados humanizados. Hay estudios que demuestran que los estudiantes conceden gran importancia y manifiestan interés sobre la visión humanizada de los cuidados durante la atención al paciente al final de la vida^{12,13} con el fin de otorgar una muerte digna.

A diario, el profesional de enfermería se enfrenta a asuntos complejos, desde problemas relativamente menores hasta problemas graves de vida y muerte, sumado al avance agigantado de la tecnología que aumenta la sobrevida de enfermos graves. Además, observamos una mayor autonomía de los profesionales de enfermería, en lo que se refiere a estas decisiones en situaciones complicadas asociadas con la atención de rutina al final y la vida.²⁸ Todos estos factores exponen al profesional de enfermería a enfrentar conflictos éticos. Los estudiantes que desempeñan su Internado Profesional en unidades de hospitalizados son muchas veces testigos de situaciones conflictivas desde el punto de vista ético, dado que el cuidado y la supervivencia de los enfermos requieren de la aplicación de procedimientos y tratamientos de alta complejidad, los que no están exentos de riesgo para el enfermo, como es el caso de los procedimientos invasivos, por ejemplo, donde pueden surgir situaciones en las que se puede actuar causando mal, sin pretenderlo, sumado a las posibles iatrogenias del ambiente hospitalario. Así interaccionan el principio de beneficencia con el de no maleficencia, en conjunto con la necesidad de respetar la decisión del enfermo y/o familia, en

aquellos casos de incapacidad de autonomía, dependiendo de terceros para cualquier decisión obligando a tener prudencia, especialmente en la valoración de riesgos y beneficios antes de iniciar un procedimiento terapéutico. Finalmente, el principio de justicia proporcionando los cuidados y tratamientos necesarios al enfermo terminal, evitando discriminar y promoviendo la imparcialidad de beneficios en un ambiente donde la escasez de recursos es habitual.

Aplicar los principios de la bioética supone respetar la voluntad del paciente terminal y decidir hasta cuándo seguir empleando los medios que la medicina actual permite, sin sobrepasar los límites razonables para evitar llegar a la obstinación terapéutica.²⁹

Para contribuir a una atención digna y respetuosa al paciente, es necesario incluirlos, junto con sus familias, en la toma de decisiones sobre el tratamiento, que debe ofrecerse de manera respetuosa y empática, contemplando las necesidades y los deseos expresados por los pacientes.¹⁶

Los principios de no maleficencia/beneficencia, implican ajustar las medidas terapéuticas proporcionadas al objetivo deseado, es decir, se debe conseguir el máximo bienestar del enfermo terminal y su familia. El principio de no maleficencia obliga a los profesionales a emplear los medios que el conocimiento científico indica para controlar el dolor y el sufrimiento de los pacientes, pero sin caer en actuaciones que consigan únicamente prolongar una situación irreversible que a su vez pueda incrementar el dolor.²⁹

La obstinación terapéutica consiste en “la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionada so extraordinarias con el objetivo de alargar de forma innecesaria la vida. Estas medidas pueden llamarse también tratamientos inútiles o fútiles”. Este tipo de medidas son consideradas como “una mala práctica médica y una falta deontológica”.^{30:178}

La Carrera de Enfermería de la UMAG dentro de su plan de estudios incluye las asignaturas de Ética y Legislación en el 5º semestre y Bioética en el 8º semestre, aportando al estudiante una formación humana orientada por la ética que fundamenta su desarrollo personal y el de su entorno alrededor del concepto de la dignidad humana, gestor de cuidados enfermeros integrales a personas de diferentes grupos etarios sanas y enfermas.

La TFTV rescata el sentido humanizado de nuestro quehacer, el cuidado complejo y holístico necesario para ayudar a un morir digno y tranquilo, basado en que las experiencias del final de la vida son personales e individuales, donde enfermería posee un rol importante y fundamental a través de las distintas acciones para conseguir y/o mantener de esta una experiencia del final de la vida sereno y tranquilo.¹⁶

Entre las limitaciones, se puede considerar el tamaño de la muestra. Los datos auto-reportados por los participantes de la investigación también se pueden clasificar como limitaciones del estudio, porque no puedes verificar de forma independiente.

CONCLUSIÓN

La reflexión acerca del proceso de morir y la muerte, permite al estudiante dar significado a esta experiencia en distintos ámbitos, como el social, espiritual y ético que se vivencian en

torno a este proceso, enriqueciendo el escenario en el cuidado profesional de enfermería.

Es necesario comprender que la muerte no es sólo un acto único, sino más bien un proceso complejo de abordar, y que, además de incluir al paciente terminal, los enfermeros deben orientar sus cuidados hacia la familia, reconocida como pilar fundamental en el proceso.

Al igual que en otros estudios, el significado de trascendencia en la dimensión espiritual, ayuda al estudiante a una mejor aceptación de esta experiencia, al entender la muerte como un paso a una nueva vida.

Reconocer el significado, permite al estudiante el respeto hacia los valores y creencias de las personas, promoviendo los cuidados sensibles y humanizados para permitir una muerte digna y aliviar el sufrimiento del paciente en su proceso de finitud, bajo la mirada de la bioética principialista.

La evidencia demuestra que la temática del final de la vida puede ser abordada de distintas formas, tanto en el aula como en la práctica. Es así como se sugiere una enseñanza innovadora en la clase teórica con la utilización de la TFTV, la cual es sencilla y de ideas claras, permitiendo al estudiante su fácil comprensión, y por ende la entrega de herramientas para el mejor cuidado al final de vida. Además, esta teoría proporciona una guía para las habilidades que las enfermeras deben realizar frente a los pacientes y sus familias durante la atención al final de la vida.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Diseño del estudio. Adquisición, análisis de datos e interpretación de resultados. Redacción y revisión crítica del manuscrito. Aprobación de la versión final del artículo. Responsabilidad por todos los aspectos del contenido y la integridad del artículo publicado. **Sylvia Álvarez Sandoval. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas.** Interpretación de resultados. Redacción y revisión crítica del manuscrito. Aprobación de la versión final del artículo. Responsabilidad por todos los aspectos del contenido y la integridad del artículo publicado. **Dulcinéia Guizoni Schneider. Aline Lima Pestana Magalhães. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer. Francielly Zilli**

EDITOR ASOCIADO

Sofia Sabina Lavado Huarcaya

REFERENCIAS

- Oliveira ES, Agra G, Morais MF, Feitosa IP, Gouveia BLA, Costa MML. O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. *Rev. Enferm UFPE.* 2016 May;10(5):1709-16.
- Praxedes AM, Araújo JL, Nascimento EGC. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Psicol Saude Doencas.* 2018;19(2):369-76.
- Ivo OP, Pedroso KO. O processo da morte e do morrer: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. *Rev Psicol.* 2017;11(34):305-21.
- Perboni JS, Zilli F, Oliveira SG. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Pers. Bioét.* 2018;22(2):288-302.
- Kempfer S, Carraro T. Temporality: existing and the perspective of finiteness for nursing students when experiencing death. *Rev. Texto e Cont. Enferm.* 2014 Jul;23(3):728-34. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001980013>.
- Mondragon-Sánchez E, Cordero EAT, Espinoza MLM, Landeros-Oliveira EA. Comparación del nivel de miedo a la muerte entre estudiantes y profesionales de enfermería en México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015 Mar;23(2):323-8.
- Luz KR, Vargas MAO, Barlem ELD, Schmitt PH, Ramos FRS, Meirelles BHS. Coping strategies for oncology nurses in high complexity. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):59-71. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>. PMID:26871217.
- Sampaio AV, Comassetto I, Faro ACM, Santos RM, Monteiro FS. The experience of nursing students facing death and dying. *Invest Educ Enferm.* 2015;33(2):305-14. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a13>. PMID:26535851.
- Bandeira D, Cogo SB, Hildebrandt LM, Badke MR. Death and dying in the formation process of nurses from the perspective of nursing professors. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):400-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000660013>.
- Dias MV, Backes DS, Barlem EL, Backes MT, Lunardi VL, Souza MH. Nursing undergraduate education in relation to the death-dying process: perceptions in light of the complex thinking. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 Dec;35(4):79-85. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45177>. PMID:25842784.
- Stochero HM, Nietzsche EA, Salbego C, Pivetta A, Schwertner MVE, Fettermann FA et al. Feelings and difficulties experienced by nursing students in coping with death and the process of dying. *Aquichan.* 2016 Jun;16(2):219-29. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.9>.
- Costa AP, Poles K, Silva AE. Palliative care education: experience of medical and nursing students. *Interface.* 2016 Oct;20(59):1041-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>.
- Pogrányivá AH, López MVG, Serrano MRC, Sánchez BLDS, Martín JMB, Conty JLM. Nursing student's reflections on the death process. *Enferm Glob.* 2014;13(33):133-44.
- Blasco-León M, Ortiz-Luis SR. Ética y valores en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2016;24(2):145-9.
- Rosa RNW, Estes BAT, Watson RNJ. Caring science conscious dying: an emerging metaparadigm. *Nurs Sci Q.* 2017 Jan;30(1):58-64. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318416680538>. PMID:28899296.
- Zacara AAL, Costa SFG, Nóbrega MML, França JRFS, Morais GSN, Fernandes MA. Analysis and assessment of the peaceful end of life theory according to fawcett's criteria. *Texto Contexto Enferm.* 2017 Jan;26(4):e2920017.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Bellaguarda MLRB, Ventura G, Silva B, Heinzen KV, Canever BP, Pereira VP. Enfrentamiento de enfermera a la muerte em el proceso de cuidado em la sala de emergência. *Rev. Enferm Actual Costa Rica.* 2019 Jul;37:1-13.
- Costa EKC, Silva SB, Silva JB. O impacto do estresse na assistência do enfermeiro ao paciente terminal – revisão literária. *Rev. Inic Cient e Ext.* 2019;2(1):51-6.
- Alves EATD, Cogo ALP. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o processo de aprendizagem em ambiente hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 Mar;35(1):102-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42870>. PMID:24930279.
- Arriera ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03312. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>. PMID:29668791.
- Ibáñez-Masero O, Ortega-Galán AM, Carmona-Rega MI, Ruiz-Fernández MD, Cabrera-Troya J, García-Cisneros R et al. El significado de morir dignamente desde la perspectiva de las personas cuidadoras: estudio fenomenológico. *Enferm Clin.* 2016 Nov;26(6):1-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.07.003>. PMID:27522539.
- Arriera ICO, Thofehrn MB, Milbrath VM, Schwonke CRGB, Cardoso DH, Fripp JC. The meaning of spirituality in the transience of life. *Esc Anna Nery.* 2017 Jan;21(1):1-6. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170012>.

24. Arimany-Manso J, Torralba F, Gómez-Sancho M, Gómez-Durán EL. Aspectos éticos, médico-legales y jurídicos del proceso del final de la vida. *Med Clin*. 2017;149(5):217-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.05.004>. PMID:28625515.
25. Ortega-Galán A. Cuidados compasivos en el final de la vida: una cuestión ética. *Enferm Clin*. 2018 Feb;29(1):1-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.002>.
26. Ley 20.584 (CL). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet], Santiago, 1 September 2012 [citado 2019 Feb 10]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf>
27. Decreto 162 (CL). Promulgala Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet], Santiago, 1 September 2017 [citado 2019 Feb 10]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1108819>
28. Colbert A. Poner en práctica la ética. *Nursing*. 2018 Mar;35(2):7-8.
29. Vettorato JG, Müller NTG, Silva DH. Bioética: vida humana como objeto de experiencia científica. *Rev. Interdisciplinar de Ciência Aplicada*. 2019;4(7):47-53.
30. Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátiz J, Ciprés L, Corral P, González-Fernández JL et al. Atención médica al final de La vida. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010 Apr;17(3):177-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-8046\(10\)70028-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-8046(10)70028-8).