

Perspectiva enfermera del proceso de la muerte en cuidados intensivos

RESUMEN

La muerte se ha convertido en la sociedad actual en un estigma dramático. Un hecho inexorable que es a la vez cotidiano para todos y excepcional para aquellos que lo viven de cerca. Cuando una persona muere, aquellas personas que han permanecido cerca de ellas experimentan situaciones emocionales difíciles. En el hospital el/ la enfermera es la persona del equipo sanitario que permanece más cerca del enfermo en su proceso de muerte. La entrevista en profundidad nos permite un mayor acercamiento al mundo emocional de la persona, un recorrido por los sentimientos, los valores y creencias, los recursos, las repercusiones y acciones profesionales, las experiencias y la reflexión final son las principales dimensiones que recorre el entrevistado.

PALABRAS CLAVE

Entrevista en profundidad, UCI, duelo, muerte, vocación, recursos de afrontamiento.

ABSTRACT

Death has become a dramatic stigma in nowadays society, an inexorable fact which is habitual for everybody but exceptional for those who have to live with it. When somebody dies, those who have stood next to him/her, experience very difficult emotional sensations. At the hospital, the nurse is the member of the medical staff who stays the closest to the patient in his/her process to death. The interview in depth lets us have a closer approach to the emotional world of the human being, his feelings, values and beliefs. The resources, the professional actions and their repercussions, his experiences and the final reflection are the main aspects covered by the interviewed.

KEY WORDS

Interview in depth, ICU (Intensive Care Unit), mourning, death, vocation, facing resources.

Introducción

La sociedad actual ha generado innumerables ilusiones racionalistas, hedonistas y utópicas ante la vida de manera que, mayoritariamente, la cultura social e individual del hombre moderno se identifica ahora con prosperidad económica, vivencias de deseos fugaces, autorrealización individual, bienestar total, diversidad de estilos de vida, tolerancia, relativismo cultural, búsqueda incesante de la felicidad, lo útil y lo placentero, subestimación de los valores religiosos, potenciación de todo lo concerniente a la salud y belleza, exigencia de resultados tangibles a corto plazo y, en el ámbito que nos ocupa, consideración de la muerte como una catástrofe; menosprecio de la debilidad y la vejez incluyendo huida y ocultamiento de todo lo que la recuerda (dolor, moribundo y muerte, etc.)¹. En este orden de cosas es fácil pensar que, dentro de la sociedad actual, la extinción rápida del sufrimiento es considerada como lo más racional, lógico y normal. Por ello, la persona que sufre busca soluciones urgentes para su dolor. Se lleva a la persona, de alguna manera, a la incapacidad de enfrentar, vivenciar, e insertar este proceso con un significado y razón de ser en su vida cotidiana².

Sin embargo, nuestro quehacer diario, nuestra rutina, consiste en el contacto directo con la muerte y el sufrimiento. Incluso en determinadas unidades como las de Cuidados Intensivos, se lidian pulsos a diario entre la vida y la muerte. La convivencia profesional con la experiencia de muerte y su proceso se encuentra claramente descrita en la literatura como una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de los profesionales de la salud³.

En los últimos años numerosos estudios identifican el contacto con el dolor, el sentimiento de pérdida, el sufrimiento y la muerte, como factores estresantes muy potentes, poniendo en evidencia la insuficiente formación que reciben los profesionales de salud para el desarrollo de recursos en la atención de este tipo de situaciones³. La muerte súbita y la vulnerabilidad ante la misma produce gran impacto en los profesionales de la salud, incluso en los experimentados, produciéndoles malestar, ansiedad, incertidumbre y un sentimiento de desprotección⁴. Este impacto emocional provoca a veces respuestas de afrontamiento que son utilizadas de forma intuitiva en el cuidado de pacientes, incluyendo el distanciamiento, es decir, la huida como claro mecanismo de defensa³.

Decidimos hacer esta entrevista como complemento a un trabajo de investigación cuantitativa en cuyo proyecto estamos trabajando, mediante el que pretendemos conocer cuál es la influencia que tiene el con-

Enfermeras. Miembros de la Comisión de Humanización de los Cuidados. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

tacto directo y rutinario de la muerte en los enfermeros de UCI, Cuidados Paliativos y Oncología.

Elegimos entrevistarnos con José, porque es un enfermero con una amplia trayectoria profesional de más de 30 años, que lleva 15 años de desempeño profesional en la UCI. tiene 53 años y vive con pasión su profesión, que para él es altamente vocacional.

José es un enfermero muy interesado en todos los temas relacionados con las humanidades, la bioética, los valores y, en definitiva, la persona con mayúscula. Su motivación e inquietud le llevan a intentar integrar todas aquellas experiencias profesionales y personales que vive para poder enriquecer el cuidado de los enfermos.

Hemos dividido la entrevista en: sentimientos, valores y creencias, pequeños duelos, experiencias especiales, recursos de afrontamiento, repercusiones y acciones profesionales y reflexión final. Nos resulta fácil quedar con él porque somos compañeros de servicio y porque él muestra entusiasmo por todo aquello relacionado con su profesión.

De la entrevista nos llama la atención especialmente, la serenidad y madurez con que trata el tema de la muerte y la diferencia emocional con que vive las diferentes experiencias de acompañamiento a la muerte a lo largo de los años.

RELATO:

Sentimientos

El sentimiento en algunas ocasiones ha sido de impotencia y rabia cuando el equipo sanitario no ha actuado con la suficiente lucidez para saber decir basta en el tema de terapia. En UCI hay muchas situaciones límites y de irreversibilidad, hay momentos en los que tenemos que decir basta y se produce un encarnizamiento.

Los sentimientos de rabia y de impotencia cuando tú tienes claro que hay que decir basta y en cambio por las imposiciones del servicio se mantiene a toda costa hasta el final y llegas al día siguiente y te das cuenta de que no está el paciente. Esa presunción de que estábamos alargando un proceso que no tenía sentido y que se podía cambiar por el consuelo porque ya la terapia de sanación no sirve, me subleva y me da rabia e impotencia.

En un momento determinado arrastré durante un tiempo un sentimiento de culpa, probablemente rela-

cionado con ciertos conflictos éticos que aparecen a diario en la UCI, esto nos puede llevar a tener sentimientos de culpa. Siempre aparece en casos en los que la presión del momento y la ambigüedad de la situación han hecho llegar a tomar decisiones que siendo conscientes de que son legales dentro del marco de la ética, al tener que decidir sobre la vida y sobre la muerte, en determinados aspectos no están tan claros para decir basta, en ese momento puede aparecer un aspecto de no claridad en la decisión...[silencio]...y ahí es donde aparece un sentimiento de culpa.

Aparece la tristeza, sobre todo, cuando recuerdas casos concretos que tu has vivenciado muy de cerca porque ha sido tu paciente, a veces sólo en una tarde, pero lo has tenido que acompañar en su muerte...[silencio]...para tí esas tres horas han sido igual que con alguien que has estado tres meses. La tristeza es, más que por el hecho de morir, porque todos sabemos que nos tenemos que morir, por los lazos que tú has construido con esa persona, y que de alguna forma, si tú eres un profesional bueno, no tienes más remedio que implicarte, y no tienes más remedio que sentir tristeza. Y ahí, no hay edades. Te puede producir tanta tristeza una persona que haya cumplido con su proyecto de vida que el chico de 25 que se va. Todo depende de cómo lo hayas acompañado y de cómo haya sido la interacción con tu paciente...[silencio] ...tristeza claro, por los lazos de afectividad que creamos los seres humanos y eso cuando tú sabes que se te va y has vivido con él tres horas, tres semanas o tres meses, la tristeza aparece, eso no te lo quita nadie.

Pequeños duelos

Yo llevo ya quince años en la unidad y el proceso de muerte está muy presente en nuestro trabajo. Creo que el duelo depende del concepto del morir que tenga la persona, lo que no quiere decir que en algunas ocasiones...[silencio]. Sí, yo me voy a mi casa y durante dos semanas o una semana tengo siempre presente a esa persona; duelo en ese aspecto.

No siento el duelo como fracaso, sino por la repercusión que esa persona ha tenido en mí. Es una semana de recuerdo nostálgico; es esa tristeza fina de lo vivido con esa persona. Estás haciendo las cosas de tu casa o con tu perro y aparece en tu horizonte la persona que has tratado, y no quieres apartar de ti ese pensamiento, quieres quedarte con ese pensamiento y de alguna forma estar con él o con ella y de alguna forma recordar sus últimos momentos.

Para mí es un duelo, y además es positivo porque estoy recordando tristemente al que se ha ido, pero al mismo tiempo no me produce la tristeza del fracaso de que un ser humano se ha ido y de que la muerte ha hecho su efecto; ni el porqué nos tenemos que morir, sino el duelo de la partida porque no lo voy a poder ver o tocar más.

Es un duelo fino, en positivo, depende del concepto que tú tengas del morir.

Experiencias especiales

[Silencio]...No olvidaré nunca, porque coincidió con mi primer día o segundo día de estancia en UCI, no es lo mismo estar en Medicina Interna y aparecer en la UCI, porque es totalmente distinto, inclusive la muerte. No tiene nada que ver como se vive en UCI que como se vive en planta. Eso sí que me impactó y fue ver a una persona consciente que decía que se moría. Esa experiencia la había tenido en planta pero sería más joven y el tema yo no lo dominaba y mis conocimientos en el tema de la muerte están más presentes o más maduros... [pausa] ...aunque también trabajé en Oncología.

Fue entrar en la UCI y recuerdo, el entorno, mi juventud y la lucidez del paciente que decía me muero, ése sí fue para mí un impacto en mis inicios en la unidad. Un impacto negativo que fue acompañado de llorar y de emocionarme en casa, e iba unido a mi inexperiencia de cómo se muere en cuidados intensivos y de que ese enfermo en concreto me dijera que se moría y que se muriera, que le ayudara y [haciendo hincapié, con movimientos de la cabeza] además, fue sin hablar porque estaba con un tubo puesto, pero me dijo claramente con su mirada que se iba, entonces con el tacto de la mano yo recuerdo que me derrumbé sobre todo cuando llegué a mi casa .

Fue como algo mío, muy mío, me da la sensación de que yo estaba muy presionado por mis inicios. En aquellos momentos fue un sentir mucho más primario, enfrentarme con una persona que se muere y que te lo dice a ti. Y es un impacto que te derrumba y me derrumbé en casa. Nunca olvidaré llegar a mi casa y sacar a mi perro y llevarlo a lo alto de un monte donde yo lo llevaba y hartarme de llorar allí...[silencio]...porque se moría, porque se iba. Luego he tenido otros impactos, pero más positivos desde un acompañamiento más maduro.

Valores y creencias

Yo creo, que cada persona actúa desde valores distintos, cada persona se somete a una pregunta, como

la conciencia, que siempre está cuestionando nuestras acciones. Tus mismos valores te hacen una pregunta cuando tomas decisiones. Es igual que sea religioso o no religioso. Siempre hay una pregunta de si lo estaré haciendo bien o no, tanto si la creencia es en valores o es religiosa.

Parto de que en la unidad mueren aquellos que tienen que morir, porque les ha llegado el momento de morir no porque en la UCI se mueran todos; porque en la UCI estamos para dar salud, pero muchos terminan con nosotros, por lo tanto normalizo la muerte desde ese punto de vista de entrada...[pausa]. Una enferma de 80, 90 años, que ha desarrollado su proyecto de vida...[silencio]...ese tipo de muerte la encaja mejor que la de un chico de 30, 40, 45 años que todavía no ha desarrollado su proyecto de vida. Con el anciano para mí tiene un sentido, con el joven me queda un sentimiento de misterio. Jamás voy a saber por qué un chico de 25 años muere en la UCI. Es un sentimiento con lo que tiene que ver de misterio de la vida. Estoy muy determinado por el sentido que le doy a la vida. No vivo la muerte como un fracaso.

En mi familia tenemos un sentir muy similar en el morir. En mi casa se habla de la muerte, como se puede estar hablando de otro tema de la vida. La muerte es algo que está presente en nuestra conversación y no hay ningún tipo de afectación en negativo.

La madurez es fundamental. La creencia está presente.

Es necesario que la persona crea en el ser humano. Ser capaz de ponerte en el lugar del otro, elemento fundamental para poder caminar y aportar unos servicios y cuidados al paciente, es decir, empatía y sensibilidad. Y que en tu vida tengas sentido, no sólo el sentido personal de tu vida sino la creencia del ser humano como persona.

Son cosas que deben ir unidas a tus cualidades: dice el Código Deontológico de Enfermería que ser enfermero es un talante ante la vida, que significa ser un ser vocacionado, llamado para ser enfermero.

Repercusiones en tu vida

Me enriquece y lo creo, por lo que percibo en mi entorno, y como mi entorno se desenvuelve conmigo cuando estoy hablando de este tema, que repercute positivamente quizás porque los que tengo más cerca de mí, algunos pertenecen a la profesión, otros se están preparando para ella y a nivel de otra familia que no

son de la profesión son personas con una determinada sensibilidad.

A veces te hace pensar, no lo puedes evitar. La muerte de un joven, te lleva a hacer referencia al joven que tienes en casa, a tus hijos, amigos o conocidos de esa edad. Eso me ocurre a mí, con mi hija que es una chica joven, entonces sí, cuando muere una persona joven no puedo dejar de pensar que puede irse el joven de mi casa también, eso sí es una constante en mí, no sé si porque soy padre y veo eso en mi vida laboral o es que sea natural el preocuparse por ser padre de tu hijo. Hay una frase del señor de los anillos "Ningún padre tendría que sobrevivir a la muerte de un hijo". A mí eso me encantó de la película.

Recursos de afrontamiento

El equipo necesita una determinada preparación que no solamente tiene que ser empírica o científica sino otro tipo de preparación o conocimientos más profundos del ser humano que es lo que te va a dar la capacidad para poder enfrentar determinados conflictos éticos que aparecen en UCI, sólo con los conocimientos de los manuales tú no puedes llevar a cabo una atención integral humana y de calidad a un enfermo terminal en la UCI. Por eso yo creo que la preparación en bioética es esencial en el alumno y en el profesional.

Aunque el sujeto u objeto de los cuidados es el paciente entendido como persona, es fundamental la sensibilidad, la empatía, nunca se hace tan patente y tan necesaria como en el proceso de morir y del desenlace final sobre todo cuando nuestra labor es el acompañamiento de la familia.

Sin embargo, tengo una vida personal interna muy profunda, en la que el tema del hombre era fundamental. Para mí el cuidar y acompañar ha sido una vocación desde que era muy joven, en la adolescencia y la adultez; me apasiona el tema de la persona. Todos estos años me he estado preparando y creando en mí, un mundo interior, que no sé si yo podría ayudar y responder tanto a mis pacientes sin ese mundo interior...[silencio]...le debo mucho a trabajarme durante tantos años para poder ahora acometer a la persona que muere.

Siempre he trabajado con personas y siempre desde el ámbito social. Creo que a nivel personal estoy capacitado porque me preocupo cada día para que no me falte...[pausa]. La experiencia última que haya, el libro último que haya e intento en lo posible llevar a cabo lo que leo y experimento fuera del hospital y, sobre todo,

lo que más me enriquece es en esos momentos implicarme. No me faltan recursos [asiente con la cabeza].

Al yo integrar en mí, la muerte como algo que forma parte de mi vida, yo me tengo que morir. Y eso hacerlo mío e interiorizarlo, cuando veo que un paciente mío se me va, sé que yo también me voy a ir como él cuando me toque, y entonces mi dolor es menos y me ayuda.

Aunque hay altibajos anímicos y en todos los momentos tu sensibilidad no está tan fuerte ni tan asentada por algo que en un momento no has sabido encajar, o por la muerte de un paciente, o por las situaciones en que nos enfrentamos a determinados conflictos éticos en que tú percibes una ambigüedad en el sentido: "¿lo estoy haciendo bien o mal?"; en esos momentos sacas fuerzas de esos recursos para poder enfrentar momentos de rabia, de ira, de impotencia, de culpa. Recursos como puede ser una lectura o contrastarlo con una persona amiga tuya, quedarme en soledad e intentar desde tu soledad, no justificar, pero si enfrentarte contigo mismo y ser sincero para intentar diseccionar la acción terapéutica que has realizado con el paciente e intentar aclarar esa ira, esa culpa, esa rabia...[silencio]...o lo aclaras con el equipo que es quien tiene que hacer evaluación sobre la toma de decisiones que toma.

Sin recursos no puedes afrontar momentos duros. Hay dos momentos para mí que son más duros: la impotencia, que va unido a los porqués, y la culpa, cuando has tenido que actuar y decidir desde el equipo con tu parte en dilemas éticos. A veces las cosas no están tan claras, cuando tú limitas el esfuerzo terapéutico... [silencio]...en ese momento los recursos son maravillosos.

No he necesitado ayuda profesional...[silencio y movimientos de cabeza]...mi vida interior, las lecturas, los amigos.

Acciones profesionales

Por las características de nuestro enfermo terminal, pocos han sido los pacientes a los que has acompañado hasta el final estando ellos conscientes, sin embargo, con la familia siempre, 99%. A veces cuesta relacionarte, depende de las características de la familia, no es lo mismo una familia de un determinado nivel, no sólo económico sino humano, porque se da de todo, bajo nivel cultural alto nivel humano, o alto nivel cultural y bajo nivel humano...[pausa]...entonces la forma de relacionarte es distinta. La comunicación se hace más difícil con la familia, no con el paciente.

Cuando el paciente ha estado consciente mis experiencias personales en UCI han sido satisfactorias.

Los dos casos más significativos han sido el del inicio, que ya he contado, y un caso precioso y en el que mantuve una interacción con el paciente hasta que murió y fue positivo.

Reflexiones

Hay una cosa que yo he descubierto, aunque ya lo sabía por la literatura científica. Todo lo que tú hagas de actuación con el paciente debe de estar demostrado científicamente, todo el mundo no sabe acompañar a la familia de un enfermo que va a morir y eso te obliga a prepararte para tener habilidades. Se necesita, por una parte, conocimientos sobre que es la muerte y cómo se debe de acompañar, que está en los libros, pero eso tiene que estar sazonado, filtrado por tu vivencia como persona, llevarlo al terreno de los valores y creencias y saber que tienes enfrente una persona como tú.

¿Qué pasa con los profesionales que son jóvenes?, todavía no están formados humanamente para poder hacer el filtrado de esa parte técnica, la gente joven te dice "tú sirves para eso" [sonríe] y tú ves que es una buena persona, pero todavía no ha vivido lo suficiente para poder canalizar los conocimientos, porque se necesitan vivencias personales internas y profundas para poder caminar con la muerte. En nuestra profesión si tú te quedas con los conocimientos técnicos serás un

técnico, pero no estás preparado para acompañar. No va con la edad, aunque los recién salidos, no [mueve la cabeza], porque su mente está muy determinada con el tema de la técnica; todavía no es un profesional de la enfermería, se tiene que hacer, el enfermero que termina joven necesita años de experiencia para poder tener la suficiente sensibilidad para acercarse a un paciente moribundo en el proceso de muerte.

En tu profesión, necesitas un tiempo de rodaje, yo dije que llevaba cerca de 20 años en Medicina Interna y el primer día de UCI era como de recién salido porque era un mundo distinto y, si eso ocurre ya en un profesional con tanta experiencia [pausa]. Yo no comprendí a la gente de la UCI, su forma de pensar sobre la muerte es diferente a otro tipo de servicio no es lo mismo que morir en la planta o en tu casa.

En UCI, los conocimientos, y la habilidad, que es necesaria, tiene que ir unida con tu talante, con tu madurez como enfermero. Necesitas conocimientos científicos de cómo caminar con el paciente y ponerles tu impronta; si esos valores no los vives en tu vida personal, no serás capaz de trasladarles al paciente tu esencia enfermera. Porque tú tienes que ser persona y enfermero, para ponerte en el lugar de la persona que se está muriendo. Es un convencimiento personal, una vocación, un talante, es como decir que tú has "nacido" cualificado para cuidar profesionalmente.

Bibliografía

1. Elizari Basterra FJ. 10 palabras claves al final de la vida. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino. 2007.
2. Fenili RM, Takase Gonçalves LH, Azevedo dos Santos SM. El dolor y el sufrimiento. Una conexión entre el pensar filosófico y el espiritual. *Enfermería Global* 2006; (9). Accesible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/383> (Consultado el: 15 de septiembre de 2008).
3. Benbunan B, Cruz QF, Roa VJM, Villaverde GC, Benbunan BR. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007; 7(1):197-205.
4. Cruz Quintana F, Gracia Caro MP, Schmidt Riovalle JS, Navarro Rivera, MC, Prados Peña D. Enfermería, familia y paciente terminal. *Revista Rol de Enfermería* 2001; 24(10):664-668.