



UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS
IZTACALA



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Acciones de Enfermería ante la muerte de
un paciente

TESINA

Que para obtener el título de:

Licenciado en Enfermería

PRESENTA:

FLORES GONZALEZ LUIS ALBERTO

Los Reyes Iztacala, Estado de Mex.

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice.

Agradecimientos	3
Introducción	4
Justificación	6
Metodología.....	8
Objetivos.....	9
Muerte	11
Muerte biológica	12
La sociedad ante la muerte	14
Aspectos legales de la muerte	16
La religión y la muerte	17
Tanatología	18
Fases del duelo	19
Fases en la evolución de la enfermedad terminal	20
Acción y/o Intervención de Enfermería	23
Resiliencia	25
Resiliencia y dureza	25
Sentimientos	27
Emociones	29
Actitud	31
Personalidad	33
Componentes de la personalidad	34
Manifestaciones del personal de Enfermería cuando muere un paciente	37
Acciones de enfermería en la muerte de un paciente	42
Aportaciones a la disciplina	53
Conclusiones	55
Bibliografía	56

Agradecimientos.

A la maestra Ericka García Zeferino, asesora de esta Tesina, quien sin esperar nada a cambio compartió su conocimiento, enseñanzas y experiencia con lo que fue posible la culminación exitosa de dicho trabajo y a todas aquellas personas que durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome y logrando que este sueño se haga realidad.

A la Facultad De Estudios Superiores Iztacala UNAM por las enseñanzas recibidas durante mi desarrollo profesional, con lo que fue posible obtener aprendizajes significativos para mi ejercicio de la profesión.

Introducción.

El proceso de la muerte es un tema aun difícilmente aceptado y comprendido por gran parte de la población. Podría tal vez hacerse el señalamiento de que el personal de la salud, por estar más en contacto con personas que día a día fallecen, es quien está mejor preparado para vivirlo, sin embargo, es ampliamente reconocido que los involucrados en el área, no se sienten competentes al respecto, lo que ha llevado a establecer diversas creencias en torno a este fenómeno.

La muerte, como ningún otro evento de la vida, es capaz de suscitar en los seres humanos, más pensamientos y reacciones provocados por este suceso, sea en el individuo que está muriendo como en aquellos que están a su alrededor

En el caso de los profesionales en Enfermería, la convivencia con la experiencia de la muerte y su proceso se encuentra reconocida como una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de sus practicantes, siendo uno de los retos más grandes que deben afrontar tanto los profesionales como los estudiantes, ya que generalmente se les educa para considerar mucho más los aspectos biológicos que los psicológicos o espirituales de las personas.

El siguiente trabajo está dividido en tres capítulos, donde el capítulo abarca la muerte no solo enfocándose en el área biológica si no abarcando el panorama social, cultural, psicológico, espiritual y legal que este tiene, a su vez se postulan bases sólidas de la disciplina de Tanatología ya que es indispensable para lograr entender e intervenir con el paciente y familia conociendo las fases del duelo.

EL capítulo dos tiene como finalidad comprender cualidades inertes del individuo, como lo son sentimientos, emociones, actitudes, resiliencia y personalidad, ya que no se pueden cambiar ciertos componentes mencionados, pero comprenderlos hará que se pueda tener la facilidad de lograr intervenir con una adecuada actitud, sin delimitar sentimientos propios o del paciente.

Por último, el capítulo tres muestra que sentimientos y emociones invade al personal de salud cuando fallece un paciente, a su vez se da un sustento en que acciones debe hacer enfermería en su fase agónica o post mortem del paciente, logrando así cuidados óptimos de calidad y calidez.

De modo que en este trabajo se analizará más a fondo el tema de muerte con el personal de Enfermería, dotando de información del área de tanatología conservando raíces psicológicas, culturales y biológicas, ya que es todo un panorama complejo, donde se darán a conocer que acciones de enfermería se deben de hacer cuando se suscite un acontecimiento de esta índole, cabe resaltar que es una responsabilidad para la formación en enfermería el involucramiento de la muerte con los estudiantes y profesionales, evaluar la relación de éstos con la negación, ocultamiento de los sentimientos ante la muerte, entre otros, que son indicativos de una falta de preparación universitaria para la futura práctica profesional.

Justificación.

La muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da también es antagónica" ¹

En este sentido, la muerte o su proximidad, genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Además se señala que entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentra la ansiedad, el miedo y la depresión.²

Para todo ser humano, presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal aunque poco frecuente, pero se ha observado que para el profesional de enfermería es una experiencia más frecuente ya que la muerte, en la actualidad, se ha institucionalizado, se prefiere una muerte en un hospital más que en el hogar ³

Esta institucionalización de la muerte hace que el profesional de enfermería tenga una importante participación de este proceso, tanto con el paciente moribundo como con sus familias; se hace partícipe todo el equipo de salud, pero los enfermeros son quienes tienen una participación más directa, ya que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes.⁴

Todo profesional del área de la salud debe estar preparado emocional y profesionalmente para afrontar las variadas situaciones posibles en torno a la muerte de un paciente; de esta manera, si el profesional de enfermería comprende

¹ Busquets X. Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. Revista Medicina Paliativa. Madrid, España. 8(3):116-119; 2001.

² Ibid

³ Carpintero H. Notas históricas sobre la ansiedad. Madrid, España. Revista Ansiedad y Estrés, 6(1):1-19; 2000.

⁴ Ibid

El proceso de duelo que afecta al paciente y la familia, puede apoyar a ambos y a sí mismo; a redefinir las situaciones que se generan previa y posteriormente a la muerte.⁵

La profesión de enfermería está enfocada hacia la prevención, recuperación y curación, es decir orientada a la vida, a las emociones, sentimientos que deben ser cuidados y atendidos, es por ello que es imprescindible estar capacitados para afrontar la muerte, y ayudar a otras personas a superar los suyos.

El profesional de enfermería llega a percibir el fallecimiento como un fracaso de sus acciones y esfuerzos terapéuticos por salvar una vida y la confrontación de la muerte está impregnada de sentimientos tales como impotencia, angustia, sufrimiento, miedo, que interfieren en la asistencia prestada al enfermo⁶

El no abandonar a un enfermo es un compromiso ético que consiste en acompañarlo en el trayecto de su enfermedad sin importar cuál sea su desenlace; sería muy gratificante que al final de la vida, justo antes de emprender la partida, el moribundo pueda tener una enfermera amiga con gran calidad humana; que le permita morir con su compañía, aliviándole sus síntomas y disipando sus temores⁷

Es por eso que es de vital importancia que el personal de Enfermería conozca qué acciones puede llevar a cabo para que la muerte de un paciente no afecte de manera negativa tanto personal como profesionalmente su vida, si bien durante toda la carrera se enseña a brindar cuidados a toda persona sana o enferma, es decir, mejorar el continuo de salud, pero muy pocas veces se capacita en la carrera o el hospital que acciones, conocimientos y actitudes conocer poner en práctica ante la muerte de un paciente en turno

⁵ Orozco M.a, Tello G.O, Sierra R. et al. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de Enfermería , ante la muerte del paciente hospitalizado.

⁶-Celma A, Strasser G. El proceso de muerte y la enfermería. Sau Col[Internet]. 2015 [citado 23 marzo 2016]; 25(2): 485-500. Disponible en:<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-0200485.pdf>

⁷ Pilar Ma, El papel de la Enfermera en la tanatología, RMEC.2000;8(1-4)

Metodología.

La investigación es el puente que une la teoría y la práctica dentro del proceso de búsqueda del conocimiento y base para conformar el juicio y fundamento de las acciones de enfermería.

El presente trabajo es de carácter analítico y reflexivo, pues contiene la recopilación de diversas fuentes tanto libros como artículos, así como la inclusión de artículos de investigación acerca de la muerte y aspectos biopsicosociales del individuo.

Con intención de difundir este tema que en nuestro medio mexicano de salud es aún desconocido para muchos, para aprender algunas estrategias para mejorar la comprensión de la muerte, mejorando así las condiciones generales del paciente y optimizando la atención que brindamos como personal de salud

Objetivos.

OBJETIVO GENERAL

*Realizar una investigación bibliográfica sobre el proceso de muerte y las acciones de Enfermería ante la muerte de un paciente

OBJETIVO ESPECÍFICO

*Proporcionar información a los profesionales de Enfermería sobre las intervenciones que se hacen ante la muerte de un paciente.

CAPITULO I

GENERALIDADES

CONTENIDO

- 1.- Muerte
- 2.- Muerte biológica
 - 2.2.-La sociedad ante la muerte
 - 2.3.- Aspectos legales ante la muerte
 - 2.4.- la religión y la muerte
- 3.-Enfermedad
- 4.-Tanatología
 - 4.1.-Duelo
 - 4.2.-Fases del duelo
- 5.-Fases en la evolución de la enfermedad terminal

Muerte

La muerte no es un hecho bruto, nuestra sociedad ha querido comprender este fenómeno en distintas formas, buscando adjudicarle un significado. Ilustrativo de ello es el estudio que de la muerte ha hecho la ciencia, intentando descifrar la utilidad biológica de ésta. Por otra parte, la representación de la muerte y del más allá tiene siempre relación con la vida, con las formas de vivir en cada época y con las creencias ligadas a ella.⁸

Estas creencias buscan ser ordenadas a través de un sistema social, representado por el sistema jurídico, se aborda por ello brevemente la muerte desde esta perspectiva. Finalmente, no se puede hablar de muerte sin mencionar la búsqueda de un sentido de trascendencia, de forma que la religión ha cumplido también un papel importante en la búsqueda de un consuelo ante un hecho inevitable, dando su propio significado al hecho de morir.⁹

La toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis en la vida de las personas; pudiendo ser, no la muerte, sino la representación anticipada de la muerte lo que inspira terror.¹⁰

Definir la muerte resulta mucho más difícil de lo que uno se imagina, ya que implica diversos ámbitos: biológico, médico, legal, social, religioso etc. los cuales se encuentran entrelazados de una forma compleja, no obstante, cada cual intenta darle un sentido.¹¹

Esto denota que hablar de muerte no solo es el cese de las constantes vitales, es un concepto que ha estado presente en la antigüedad, motivo de muchos mitos y leyendas en las sociedades antiguas, el impacto social en México es una enigma de grandes tabús, no obstante desde que se sabe que de algún modo se puede evitar, se hace lo posible por conservar la vida, este concepto es pasado al área

7.- Gómez, M. (1998). Cómo dar las malas noticias en medicina. España: Aran, 1998, p.151.

⁸ Gómez, M. (1998). Cómo dar las malas noticias en medicina. España: Aran, 1998, p.151.

⁹ Ibid

¹⁰ Ibid

¹¹ HERNÁNDEZ ARELLANO, Flor *El significado de la muerte* ". Revista Digital Universitaria [en línea]. 10 de agosto 2006, Vol. 7, No. 8. [Consultada: 26/03/19]. Disponible en Internet: <<http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/int66.htm>> ISSN: 1607-6079.

de Enfermería donde se enseña que se puede mejorar el continuo de salud de los pacientes, pero sin duda, no se establece con claridad, que es lo que ocurre cuando no es posible la recuperación del paciente y este en el peor de los casos fallece.

Muerte biológica

<p>Carl Von Linneo (1707-1778)</p>	<p>Plantea que la sabiduría divina ha impuesto un orden natural el cual descansa sobre cuatro fenómenos relacionados: propagación, distribución, geografía, destrucción y conservación. Todas las calamidades han sido instauradas por Dios por el bien supremo de los seres vivos en su conjunto, ya que hay que equilibrar nacimientos y muertes. La muerte mantiene la justa proporción de las especies.</p>
<p>Jean Baptiste Lamarck (1744-1829)</p>	<p>Con un planteamiento opuesto a Linneo, considera que un cuerpo vivo es un cuerpo limitado en su duración, organizado en sus partes, que posee lo que denominados vida y que está sujeto necesariamente a perderla, o sea, a sufrir la muerte, que es el fin de su existencia, Sitúa la muerte directamente en el interior del ser vivo.</p>
<p>Claude Bernard (1813-1878)</p>	<p>Los organismos viven a la vez de su entorno y contra el: y éste es para ellos al mismo tiempo oportunidad y amenaza. La existencia no es más</p>

	que una perpetua alternancia de vida y muerte
August Weismann (1834-1914)	Hace una distinción entre causas externas e internas de muerte, señalando que con la edad ciertos cambios en los tejidos minan su funcionamiento y acaban por conducir directamente a lo que llamamos una muerte normal, o bien conducen indirectamente a la muerte, al hacerlo incapaz de resistir ante influencias perjudiciales externas de poca importancia. ¹²

Aquí sólo se mencionan algunos, pero han sido muchos los científicos, biólogos o no, que han tratado de explicar la muerte, sin embargo, al margen de las preguntas que aún continúan sin respuesta es importante abordar el cómo se ha vivido esta experiencia a lo largo de la historia, pues si bien es cierto que el entendimiento del proceso ha fascinado a muchos, llegado el momento sólo somos espectadores, pues la muerte es una experiencia intransferible, sin embargo marcada por la cultura.

Para los licenciados en enfermería actualmente hay libros con evidencias científicas que definen el concepto de muerte, pero todos se basan en la muerte biológica, dejando a un lado el aspecto legal, social, cultural que este tiene, siendo una enseñanza de muerte muy precaria útil en el sentido de enseñanza clínica, pero sin duda es terminología que olvida los demás aspectos.

¹² Ibid

La sociedad ante la muerte.

Mientras que en algunos animales existen comportamientos innatos para morir, en el hombre sus actitudes y comportamientos ante la muerte son aprendidos culturalmente; dichas costumbres han variado de un tiempo a otro, a veces la muerte es vista como un hecho natural e inevitable, otras como un enemigo al que hay que conquistar. La cultura moldea nuestras experiencias de pérdida y los rituales que la rodean.

Durante el Romanticismo, época en la se exaltaban por igual pasiones violentas y emociones desbordadas, se tuvo una visión dramática de la muerte; aparecieron escenas de dolor frente a la muerte del otro, del ser amado. La muerte deja de estar asociada al mal, declina, aunque no desaparece la conexión entre ésta y el pecado.¹³

Para el siglo XIX es “el otro mundo” el lugar de reunión entre aquellos que han sido separados por la muerte, la cual se comienza a dilucidar como algo demasiado horrendo como para tenerlo de manera constante en mente, comienza a ser un tema tabú. Sin embargo, O’Connor describe que a finales de este mismo siglo lo más común era que la gente muriese en el hogar donde habían habitado, dándose cuenta así de la proximidad de su muerte y teniendo con ello la oportunidad de terminar los asuntos emocionales de su vida en su ambiente familiar; permitiendo también a los miembros de la familia y amigos decir adiós al ser querido, contemplado a la muerte como algo natural.¹⁴

Actualmente, la muerte se vive socialmente como un tabú, no se les permiten hablar de ella incluso a aquellos que saben que están cerca morir; tal es el caso de los enfermos terminales quienes acuden a los hospitales en un afán de luchar hasta lo último contra ella, sin importar lo adverso de las circunstancias.¹⁵

¹³ Ibid

¹⁴ 7 O’Connor. Déjalos ir con amor. México: Trillas, 2005, p. 12

¹⁵ Ibid

En México al igual que Europa, la muerte se está llevando a cabo en el área hospitalaria, con la esperanza de la familia de que en el hospital está a salvo, pero esto solo desvincula al familiar del paciente, ya que no se le permite estar todo el tiempo con el paciente, si se deteriora el estado de salud del paciente este ya no puede despedirse de su familiar y seres queridos, incluso llegando a fallecer el paciente solo se le da un tiempo máximo de diez minutos, ya que el personal de salud tiene que hacer todas las intervenciones post mortem.

Aspectos legales de la muerte

La ley es un sistema social creado por el hombre en un intento por regular racionalmente a la sociedad; todos los aspectos de la vida o de la muerte están afectados por la reglamentación legal.

En México de acuerdo con La ley General de Salud título decimocuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a. La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b. La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c. La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d. El paro cardíaco irreversible.¹⁶

La muerte es un acontecimiento natural que pasa a ser hecho jurídico cuando, a partir de ella, surgen derechos, facultades, deberes, obligaciones, y responsabilidades para las personas.

El personal de Enfermería es quien brinda los cuidados post mortem cuando fallece el paciente, no obstante, legalmente puede verse afectado de terceros si estos están inconformes con el fallecimiento y buscan culpables, es un problema que cualquier unidad de enfermería puede enfrentar en su práctica profesional, por ello conocer que leyes y organismos legales son importantes porque nadie se exime de enfrentar algún día una situación legal entorno la muerte de un paciente en turno.

¹⁶ Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/158/402.htm?s=> [Consulta:12 junio 2006].

La religión y la muerte

Freud (1932-1936) nos dice que “la religión es un poder inmenso que dispone de las emociones más potentes de los seres humanos”. Si tiene tal fuerza es por lo que se propone brindar a los hombres, y menciona que la religión cumple tres funciones principales:

1. Satisfacer la curiosidad natural del hombre de saber, ya que le informa sobre el origen y la génesis del Universo.
2. Calmar la angustia que el hombre siente ante las crueldades de la vida y el destino inevitable de la muerte. Lo consuela en la desdicha y le asegura un buen final.
3. Difundir reglas y consejos de cómo comportarse en la vida, con la finalidad de obrar con justicia.¹⁷

Enfermedad

La OMS define enfermedad como alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.¹⁸

A los docentes del área de Enfermería, es indispensable que se hable de enfermedad, y como esta repercute al paciente, tomando en cuenta que lamentablemente no siempre se lleva a cabo el continuo de salud, siendo necesario impartir en los módulos aspectos tanatológicos sobre muerte.

¹⁷ Muriá Vila, Irene (2000). “La concepción religiosa de la muerte” [en línea]. Revista Digital Universitaria. 1 de Julio de 2000 Vol. 1 No.1 <http://www.revista.unam.mx/> [Consulta: 9 junio 2006].

¹⁸ Organización mundial de la salud. (Octubre de 2006). Constitución de la organización mundial de la salud.45. Ginebra. Disponible en:http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Tanatología

El término Tanatología, “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico- legal.

El vocablo tanatos deriva del griego tanatos deriva del griego Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte, hija de la noche, denominada Eufrone o Eubolia, que quiere decir “madre del buen consejo”. La noche tuvo a su hija (la muerte o Thanatos) sin la participación de un varón, por lo cual muchos la consideran diosa.

Thanatos (la muerte) es representada con una guadaña, un ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son cegados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida.

La Tanatología pueda definirse etimológicamente como “la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte” (dar razón a la esencia del fenómeno).

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross se dio cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, por lo que define a la Tanatología moderna como “una instancia de atención a los moribundos”; por ello, es considerada la fundadora de esta nueva ciencia. Con su labor, la Dra. Kübler hace sentir a los agonizantes que son miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tal fin creó clínicas y hospicios cuyo lema es “ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”.¹⁹

Así, al paso del tiempo tenemos una definición de duelo: reacción psicológica que se produce ante una pérdida importante en la vida; dolor emocional que se experimenta tras haber perdido algo o a alguien significativo en nuestras vidas,

¹⁹ Bravo et al., ¿Qué es la tanatología?, Revista Digital Universitaria, 10 de agosto 2008, Vol. 7, num. 8, pp. 3-4

utilizando los términos “pena” o “aflicción” para describir su respuestas emocional más característica.²⁰

Fases del duelo

Las fases que describió Kübler-Ross, se describen a continuación:

1. Negación: estado de conmoción temporal, funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

2. Ira: fase en la que aparece la rabia, la envidia y el resentimiento. El enfermo descalifica las acciones de cuantos le rodean, desbordando en ellos estos sentimientos.

3. Pacto o negociación: acuerdo que pospone lo inevitable. Generalmente, este pacto lo realiza el enfermo con Dios, pidiendo más tiempo para presenciar eventos de alta trascendencia en su vida con respecto principalmente de su familia, terminar situaciones inconclusas.

4. Depresión: Kübler-Ros describe dos tipos de ésta:

a) reactiva: por la pérdida de rol que desempeñaba, ya sea fuera o dentro de casa, de la familia o del área laboral; y

b) preparatoria: la cual es provocada por la pérdida inminente (de la vida).

5. Aceptación: ésta es una fase de conciliación, en la que el enfermo habrá podido expresar sus sentimientos, habrá llorado la pérdida de tantas personas y tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad.²¹

²⁰ Barreto y Soler, (2007), “Muerte y duelo”, España, Ed. Síntesis, pp. 15

²¹ Kübler-Ross, (1969), Sobre la muerte y los moribundos, España, Grijalbo, pp. 59, 73,74, 111, 112, 116, 117, 147, 14

Fases en la evolución de la enfermedad terminal

De forma muy teórica y según la posible supervivencia de los enfermos podemos considerar tres etapas distintas en la evolución de la enfermedad terminal de estos enfermos:

- Fase terminal: pronóstico de hasta meses.
- Fase preagónica: pronóstico de hasta semanas
- Fase agónica: pronóstico de hasta días.

De todas formas, en el seguimiento diario de estos enfermos resulta muy difícil establecer los límites entre una fase y otra y las escalas de valoración de calidad de vida y nuestra propia experiencia nos ayudarán a adoptar una u otra actitud terapéutica.²²

No obstante, se dará énfasis a la fase agónica, puesto que es una fase donde es el estado que comprende el agotamiento total de la reserva fisiológica y que progresa en forma irreversible hacia la muerte, por lo tanto conocer los síntomas de la agonía, resulta fundamental para establecer el diagnóstico de la agonía replantearnos los objetivos terapéuticos y con ello evitar tratamientos activos buscando una esperanza de mejoría del enfermo que no parece un objetivo adecuado en esta fase.

La agonía más que un síntoma de los enfermos en fase terminal constituye la última fase de su enfermedad que abarca desde las últimas horas hasta los 3-5 últimos días según los diversos autores (aunque a veces este período puede ser más largo) y que se define como el estado de dolor, lucha y sufrimiento que padecen las personas antes de morir de aquellas enfermedades en las que la vida se extingue gradualmente²³

²² Cuidados Paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: Concepto y Factores pronósticos. Guías SECPAL. www.secpal.com.

²³ Diccionario enciclopédico de ciencias médicas. 11 ed. Barcelona. Salvat; 1997.

Síntomas más frecuentes en la fase de agonía

Somnolencia y confusión

Estertores y respiración ruidosa.

Agitación terminal y delirio.

Dolor.

Disnea.

Aunque los síntomas citados son los más frecuentes son múltiples los síntomas y signos físicos que pueden aparecer e igualmente puede constatarse empeoramiento de los ya existentes. Es característico que en esta fase se observe:

- Alteración de las constantes biológicas: taquicardia, hipotensión arterial, hipertermia, pulso irregular y rápido, respiración superficial con pausas de apnea...
- Deterioro del estado de conciencia con somnolencia, desorientación, y muy frecuentemente síndrome confusional.
- Alteraciones esfinterianas con retención o incontinencia tanto urinaria como fecal.
- Aumento de la debilidad, postración, dificultad para la ingesta de alimento y medicación.
- Ansiedad, depresión, crisis de pánico por percepción de muerte inminente.
- Alteraciones visuales como visión borrosa o desenfocada, aunque se mantiene el oído y el tacto hasta el final.²⁴

Habitualmente no se educado a los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería ya que las universidades incluyen pocas horas al aprendizaje en pregrado y posgrado de este tema que sin duda compete a médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud que trabajan a nivel hospitalario. Además de la falta de información escolarizada existe temor, pues culturalmente nos enseñan a expresar poco este tema, y por consecuencia

²⁴ Ibid

desconocemos el manejo y el acompañamiento de las personas que se encuentran al final de la vida, ante todos estos hechos surgen interrogantes que la familia le hace al equipo de salud, llegando a afectar de manera negativa la profesión del personal de salud e incluso puede repercutir en la vida misma.

Acción y/o Intervención de Enfermería

La etapa de intervención, dentro del método científico, correspondería a la etapa de tratamiento de enfermería en el correspondiente método enfermero. Podemos definir esta etapa como el momento en el que la enfermera lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación o, como afirma Alfaro (2003): «Es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente»²⁵.

Así, podemos observar que las intervenciones de enfermería son «cualquier tratamiento, basado en el criterio clínico y los conocimientos que el personal de enfermería lleva a cabo para mejorar la respuesta del paciente» (Bulechek, Butcher y Dochterman, 2008).²⁶

Las intervenciones de enfermería sirven para:

- a) Controlar el estado de salud.
- b) Evitar, solucionar o controlar un problema.
- c) Ayudar en las actividades de la vida diaria.
- d) Promover una salud óptima y la independencia.

Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una Intervención de Enfermería directa es: un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo, estas acciones de enfermería directas pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

²⁵ Alfaro-LeFevre, R. (1996): Instructor's manual for critical thinking in nursing: A practical approach. Filadelfia, ee. uu.: WB Saunders.

²⁶ Bulechek, G. M., Butcher, H. K. y Dochterman, J. M. (2008): Nursing interventions classification (nic). 5.ª Edición, San Luis, ee. uu.: Mosby.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio de este o de un grupo de pacientes.

ENFERMERIA

ACCIONES ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE

.....

CAPITULO II

DESARROLLO

1. Resiliencia
 - 1.1 Resiliencia y dureza
2. Sentimientos
3. Emociones
4. Actitud
5. Personalidad
 - 5.1 Componentes de la personalidad

Resiliencia

Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer (1990) definen la resiliencia como «el proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento que las que tenía previa a la ruptura que resultó desde el evento»²⁷

La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy (1991) que la define como «la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante».²⁸

Para Luthar, Cicchetti y Becker (2000) la resiliencia se refiere a «un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa».²⁹

Resiliencia y dureza.

El concepto de dureza también se le conoce por el de personalidad resistente, como propuso Kobasa. Se parte del hecho de que en situaciones de alto estrés unas personas adquieren enfermedades y otras no o que, cuando las personas enferman, unas tienen un modo de afrontar las mismas de modo adaptativo y luchador y otras no. El interés de Kobasa fue conocer qué tipo de personalidad generaba esa resistencia y protegía al individuo de enfermar. La dureza puede estar mediada por otras variables de tipo biológico, psicológico y ambiental. También se asume que la misma puede ser aprendida³⁰

Los componentes de la personalidad resistente son tres (Godoy, 2002): compromiso (implicarse plenamente o comprometerse en todas las actividades que uno lleva a cabo en las diversas áreas de la vida), control (sentimiento de

²⁷ Richardson, G.E., Nigier, B.L., Jensen, S. y Kumpfer, K.L. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39.

²⁸ Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.

²⁹ Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71, 573-575.

³⁰ Kobasa, S.C. (1979b). Stressful life events, personality, and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.

controlabilidad o influencia personal en los acontecimientos que uno experimenta en la vida) y desafío (creencia de que es el cambio, y no la estabilidad, una característica habitual, importante y necesaria en la vida). Todo ello lleva a que, si se produce un acontecimiento estresante, el individuo tiene estrategias para amortiguarlo y no verlo sólo en el sentido negativo, sino como un reto. Por ello, las personas con puntuaciones altas en personalidad resistente tienen un estilo de afrontamiento que les permite hacerle frente de modo más adecuado al estrés, a la enfermedad y a las condiciones adversas de la vida, si se presentan, en relación a los que no tienen una personalidad resistente o no puntúan alto en dureza³¹

³¹ Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J.F. (2002). La personalidad resistente: una revisión e la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13, 136-162.

Sentimientos

Son estados de ánimo cualitativamente impregnados por formas superiores de placer y de dolor, cuya especificación remite a contenidos y valores culturales. Carecen de situaciones corporales agudas específicas al ser más suaves y duraderas. Se asocian poco con la conducta motora, pero sí con el pensamiento y la imaginación.

Se define sentimiento como **el** estado afectivo del ánimo que es provocado por una emoción hacia una persona, animal, objeto o situación, Los sentimientos derivan de las emociones, que son las reacciones orgánicas o instintivas que experimenta un individuo y por el cual responde a ciertos estímulos externos. Por tanto, los sentimientos se originan de la conceptualización y valoración racional de las emociones y de las causas de éstas, los términos sentimiento y emoción no son sinónimos, pero, sí depende uno del otro. Es decir, para que se genere un sentimiento previamente ha de experimentarse una emoción ante una persona, situación, objeto, entre otros.

Las emociones son intensas y de breve duración, por el contrario, los sentimientos son más duraderos, pueden ser verbalizados y determinar la disposición o estado de ánimo de un individuo en alegre, triste, desanimado, apasionado, etcétera.

Se ha determinado que los sentimientos tras la experiencia de una emoción, activan un conjunto de neurotransmisores en el cerebro que permite a la persona reaccionar y dar respuesta de manera consciente ante un hecho, individuo, animal u objeto.

Por tanto, los sentimientos generan una serie de procesos mentales que, para algunos psicólogos, determinan la personalidad, sin embargo, esto puede variar por causa de las tendencias dinámicas de los sentimientos que se experimenten.

Es decir, los sentimientos funcionan como una herramienta emocional que permite la interrelación, toma decisiones, estado de ánimo **e**, incluso, estado de salud y gesticulación de cada individuo

Se sabe que es una reacción positiva o negativa a una vivencia. Es la experiencia subjetiva o cognitiva de la emoción, sería la emoción es codificada en el cerebro e identificada de forma consciente por la persona que la experimenta.³²

³² Damasio, A. (2005) En busca de Spinoza. Neurobiología de la Emoción y los Sentimientos. Editorial Crítica, Barcelona.

Emociones.

Una emoción propiamente dicha, como felicidad, tristeza, vergüenza o simpatía, es un conjunto complejo de respuestas químicas y neuronales que forman un patrón distintivo. Las respuestas son producidas por el cerebro normal cuando detecta un estímulo emocionalmente competente (EEC), esto es el objeto o acontecimiento cuya presencia, real o en rememoración mental, desencadena la emoción. Las respuestas son automáticas.

El cerebro está preparado por la evolución para responder a un EEC con repertorios específicos de acción. Sin embargo, la lista de EEC no se halla confinada a los repertorios que prescribe la evolución. Incluye muchos otros aprendidos en toda una vida de experiencia.

El resultado inmediato de estas respuestas, directa o indirectamente, es un cambio temporal en el estado del propio cuerpo y en el estado de las estructuras cerebrales que cartografían el cuerpo y sostienen el pensamiento.

El resultado último de las respuestas, directa o indirectamente, es situar al organismo en circunstancias propicias para la supervivencia y el bienestar.

Las emociones modifican el estado del cuerpo de una manera que puede o no manifestarse a simple vista, son automáticas aunque en ciertos casos modulables, y no necesariamente tenemos plena conciencia de sus consecuencias una vez que se disparan. Desde un punto de vista biológico, las emociones están al servicio de nuestro organismo, de su bienestar y supervivencia. Las emociones preceden a los sentimientos tanto en el momento de experimentar una emoción, como evolutivamente.

En la evolución, los mecanismos cerebrales que sustentan las respuestas emocionales se formaron antes que los que sostienen a los sentimientos. Las emociones son funcionales a un complejo sistema de regulación vital, y están dirigidas a evitar los peligros, ayudar al organismo a sacar partido de una oportunidad, o indirectamente a facilitar las relaciones sociales. El hecho de que

las emociones continúen siendo esenciales en la existencia cotidiana de nuestra especie, revela que ellas contribuyen eficazmente a la supervivencia.

Damasio clasifica a las emociones en tres categorías efectivas a las cuales considera provisorias: emociones de fondo, emociones primarias y sociales. Las primeras no son especialmente visibles en nuestro comportamiento, son expresiones compuestas de acciones reguladoras que se intersecan en cada momento de nuestra vida. Podría decirse que se relacionan con eso que denominamos estado de ánimo en un momento determinado: bueno, malo o intermedio.

Las emociones básicas o primarias, son aquellas que tradicionalmente se ha estado dispuesto a incluir como tales: ira, asco, sorpresa, miedo, tristeza y felicidad. No son privativas de la especie humana, aunque se las reconoce mayoritariamente en diversas culturas. El mayor conocimiento actual acerca de las emociones proviene de la identificación de este grupo.

Las emociones sociales, incluyen simpatía, turbación, desdén, admiración, gratitud, indignación, celos, culpa, etc. Son un complejo entramado de respuestas reguladoras. Ellas tampoco diferencian a la especie humana de otras especies animales, pueden encontrarse en chimpancés, delfines, lobos y en los mamíferos en general, pero también en ciertos grupos de insectos como las abejas y las hormigas.³³

³³ Ibid

Actitud

Una parte importante al enfrentar a la muerte es la actitud que se tiene ante la misma, por lo que es necesario que consideremos como se conceptualiza este término para poder comprender esta conducta ante la muerte.

De acuerdo a la Real Academia Española “Actitud” es un término que proviene del latín *actitud*. Es la disposición de un estado de ánimo, que se manifiesta de algún modo, en un estado de disposición nerviosa y mental, el cual es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones.

Una actitud también es una disposición mental y neurológica que se organiza a partir de una experiencia, es decir una tendencia aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, la cual responde de una manera determinada y característica, por lo general, positiva o negativamente ante una situación.³⁴

Las actitudes presentan tres componentes:

- **Cognoscitivo:** Lo que se piensa, es necesario que exista una representación cognoscitiva del objeto, las situaciones sobre las que no se tiene conocimiento no pueden generar actitudes.
- **Afectivo:** Lo que se siente, es el sentimiento en favor o en contra de una situación, es el componente más característico de las actitudes, está en función de sus creencias y opiniones.
- **Conductual:** Es la tendencia a manifestar los pensamientos y emociones, de reaccionar de una determinada, manera, es el componente activo de la actitud.

Las actitudes están relacionadas con las emociones, son las formas de actuar y pensar ante una situación, persona u objeto; se forman desde los primeros años de vida y se refuerzan con el paso del tiempo, en ocasiones se aprenden de la cultura o sociedad en la que vivimos y dependen directamente de la persona. Las

³⁴ Gómez, M. *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Ed. Arán. Madrid, 1998.

actitudes se pueden modificar en función de la información que se tiene acerca del objeto que la motiva.

Los profesionales de enfermería son seres humanos funcionales, que no solo actúan, sino que también piensan y sienten. El personal de enfermería proyecta sus propias actitudes, valores, creencias y prejuicios en la atención hacia los moribundos. Si preguntásemos como consideran los cuidadores al acto de morir, las respuestas que obtendríamos serían: “muy doloroso”, “desconcertante”, “indiferente”, “como una bendición”, entre otras.³⁵

Como presuponemos estas actitudes se van a ver proyectadas facialmente hacia el paciente terminal. Los profesionales de enfermería que contribuyen a aliviar los síntomas físicos que conlleva a la muerte, no viven esta situación con amenaza, pero si sienten generalmente angustias y muchas dudas al involucrarse en una relación terapéutica y significativa de apoyo al moribundo.³⁶

El fallecimiento de personas en medio hospitalario tiene importantes consecuencias:

a) para el mismo individuo, más enterado de sus circunstancias terminales, afrontando su fase final o agonía en un medio que puede resultarle frío y hostil, en estado de conflicto con su estilo o modo de vida anterior, lejos de su hogar; b) para la familia; c) para el conjunto de personas próximas (enfermos); d) e incluso para el personal sanitario, para el que el contacto con la muerte se convierte, por una parte, en rutina y en algo impersonal, y por otra, en una tensión añadida provocada por su responsabilidad directa en la forma de aplicar los cuidados a enfermos terminales, es decir, la de manejar una muerte apropiada, con dignidad, o sea, una buena muerte.³⁷

³⁵ . Márquez M, Arenas J, Feria D, León R, Barquero A, Carrasco M, et al. A propósito de la muerte. Cultura de los cuidados [internet]. 2016): 181-186. Disponible en: <file:///C:/Users/MIRP/Favorites/Downloads/28%20DE%20SETIEMBRE%20DESASTRE/marco%20teorico/muerteuerte.pdf>

³⁶ Ibid

³⁷ Abellán A, Pujol R. La institucionalización de la muerte. Envig en R [Internet]. 2016 Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/La-institucionalizacion-dela-muerte.pdf>

Personalidad.

La personalidad se encuentra dentro del estudio del campo de la psicología, y se puede explicar desde varias funciones, en primer lugar, permite conocer de forma aproximada los motivos que llevan a un individuo a actuar, a sentir, a pensar y a desenvolverse en un medio; por otro lado, la personalidad permite conocer la manera en la cual una persona puede aprender del entorno.³⁸

Desde el nacimiento, cada persona tiene su propia personalidad, aunque ésta no es determinante sino más bien hace referencia a ciertas características propias, que con el tiempo y con la influencia de diferentes factores se irá estructurando y modificando.³⁹

Las habilidades de un individuo y su integración a los diferentes grupos sociales dependerán de la personalidad que desarrolle, y ésta permanecerá en el tiempo y de acuerdo con distintas situaciones, lo fundamental al definir la personalidad es que es una característica individual, y es lo que hace que las personas sean diferentes.⁴⁰

³⁸ Rivera, Jaime y Molero, Víctor, Conducta del consumidor, Madrid, Esic Editorial, 2009.

³⁹ Ibid

⁴⁰ Cloninger, Susan C., Teorías de la personalidad, México, Trillas, 1975

Componentes de la personalidad

La personalidad se configura por dos componentes o factores: el temperamento y el carácter.

a) Temperamento: Todos los seres humanos poseen una herencia genética, es decir, las características que se heredan de los padres, como por ejemplo, el color de ojos, el tono de piel, e incluso la propensión a determinadas enfermedades. El temperamento es un componente de la personalidad porque determina, de alguna manera, ciertas características de cognición, comportamiento y emocionales.

b) Carácter: Se denomina carácter a las características de la personalidad que son aprendidas en el medio, por ejemplo, los sentimientos son innatos, es decir, se nace con ellos, pero la manera en cómo se expresan forma parte del carácter. Las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje, son sólo algunos componentes del carácter que constituyen a la personalidad.⁴¹

Teorías de la personalidad.

El psicoanálisis ha sido una de las ramas dentro las ciencias de la salud mental que ha estudiado la personalidad en el ser humano. Sigmund Freud, quien desarrolló toda la teoría de la psique humana, y en consecuencia la formación de la personalidad.⁴²

Freud plantea que la personalidad se desarrolla en la medida en que una persona logra satisfacer los deseos sexuales durante el curso de su vida, es decir, que la personalidad está determinada por la manera en que se aborda cada una de las etapas psicosexuales.⁴³

Etapa oral: este periodo comprende desde el nacimiento hasta los 18 meses y se caracteriza básicamente, porque el niño obtiene placer a través de succionar el pecho de la madre y masticar los alimentos meses más tardes. Según Freud, (los niños que obtienen buena gratificación durante esta etapa tienden a ser adultos

⁴¹ Ibid

⁴² Morris, G. & Maisto, A. (2005). Psicología. México: Prentice Hall.

⁴³ Ibid

optimistas, crédulos y confiables, mientras que los que no son satisfactoriamente gratificados tienden a ser pesimistas, sarcásticos, discutidores y hostiles.

Etapa anal: comprende de los 18 meses a los 3 años aproximadamente, en esta etapa el placer del niño está concentrado en el ano y lo experimenta a partir de la expulsión y retención de heces fecales. Se cree que los hijos de padres estrictos en el entrenamiento de control de esfínteres tienden a ser autodestructivos, obstinados, mezquinos y excesivamente ordenados durante la edad adulta (Freud, 1967).

Etapa fálica: comprende de los 3 a 6 años, es una etapa muy importante porque es este el momento en que los niños empiezan a descubrir sus genitales, entonces se apegan mucho más al progenitor del sexo contrario mientras que experimentan sentimientos de rivalidad con el progenitor del mismo sexo. De no darse una adecuada identificación con los progenitores se forma lo que en los niños se conoce como complejo de Edipo y en las niñas complejo de Electra. Las personas que no reciben suficiente gratificación durante esta etapa tienden a mostrarse como egoístas, vanidosos, con baja autoestima, tímidos y con sentimientos de minusvalía durante la edad adulta.

Etapa de latencia: va de los 6 hasta los 12 o 13 años; Freud creía que en esta etapa el interés por el sexo disminuye y los niños pueden jugar con los otros niños del mismo sexo sin experimentar ninguna dificultad. Finalmente, de los 13 años en adelante Freud describe la etapa genital, momento en el cual se despiertan los impulsos sexuales permitiendo que el adolescente satisfaga todos los deseos reprimidos durante la niñez, las personas que logran abordar satisfactoriamente esta etapa, desarrollan un muy buen sentido de responsabilidad y preocupación por los demás.⁴⁴

⁴⁴ Freud, S. (1967). Obras completas. España: Biblioteca Nueva.



CAPITULO III

DESARROLLO

- 1.- Manifestaciones del personal de Enfermería cuando muere un paciente
- 2.-Acciones de enfermería en la muerte de un paciente
- 3.-Aportaciones a la disciplina
- 4.-Conclusiones.

Manifestaciones del personal de Enfermería cuando muere un paciente

Una enfermera-enfermero sin haber tenido oportunidad de discutir y reflexionar mejor sobre el tema se distancia de la situación como mecanismo de defensa y no afronta la muerte. Por tanto, es necesario profundizar en la visión del profesional de enfermería sobre el tema, de modo que él mismo pueda percibir más allá de las circunstancias visibles, y conocer los procesos de la muerte y del morir, para que su asistencia sea de calidad, buscando la integridad y una atención humanizada en el cuidado prestado al paciente, haciendo efectivo y mayor el vínculo entre el paciente y la familia.⁴⁵

Así, durante la formación académica, los profesionales se van sintiendo comprometidos con la vida, y se preparan para el mantenimiento de esta, pues su formación está fundamentada en la curación, siendo esta su mayor compensación. Por eso, durante la asistencia prestada a pacientes críticos, en general se sienten inseguros. Con esto, el profesional enfermero precisa luchar con la muerte de manera equilibrada para no actuar con frialdad y no dejarse influenciar por sus emociones, corriendo el riesgo de ofrecer una asistencia deshumanizada.⁴⁶

A partir de estas consideraciones, se hace relevante reflexionar sobre esta temática. Por ello, con evidencia de estudios sobre el campo de Enfermería y la muerte, se darán a conocer los resultados de estas destacando lo que piensan los alumnos y trabajadores de Enfermería cuando a fallecido uno de sus pacientes.

⁴⁵ Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm.* Jan-Mar 2009; 18(1): 41-7.

⁴⁶ Brêtas JRS, Oliveira JR, Lie Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(4):477-83.

Prevalciendo las sensaciones que expresan sufrimiento, se observa también el reflejo de estas en el proceso de trabajo. Es inevitable el sentimiento de luto en estos casos. Es comprensible por el hecho de ser seres humanos, pues cada persona tiene sus limitaciones y cada situación expresa un significado diferente de emociones. Además, el luto para el profesional del área de salud sobreviene de forma aguda, caracterizándose por síntomas psicológicos y somáticos que causan el sufrimiento mental y dolor. Estos síntomas derivados del luto conllevan manifestaciones afectivas, como, culpa, depresión y ansiedad. Tales síntomas perjudican la dinámica de trabajo, provocando la aparición de baja autoestima, poca concentración, insomnio, susceptibilidad a enfermedades, entre otros. Así, para que la muerte no cause sufrimiento, debe evitarse sentir (camuflar) el luto como una forma de protección psicológica. Estos profesionales creen también que deben tener una postura firme y permanecer fríos o indiferentes frente a la muerte.⁴⁷

Los miembros del equipo de enfermería son seres humanos incapaces de separar sus sentimientos del trabajo y de su vida particular, en este sentido, los sentimientos derivados de su profesión son llevados a su vida privada, pudiendo influir en las relaciones familiares de manera significativa. En su trabajo pueden manifestar sentimientos de autoreprobación, baja autoestima y desamparo, que también forman parte del luto, llevando al desgaste profesional de todo el equipo involucrado con pacientes en condición de riesgo, mostrando impotencia al no conseguir dominar a la muerte.⁴⁸

Incluso los profesionales que trabajan ya mucho tiempo en unidades que conviven con pacientes en situaciones de muerte eminente, tienen dificultad en encontrar formas de enfrentamiento, muchos acaban aislándose y no compartiendo con el resto del equipo sus angustias, temores y sufrimientos. La tristeza es un sentimiento inherente al ser humano, todas las personas la sienten en algún

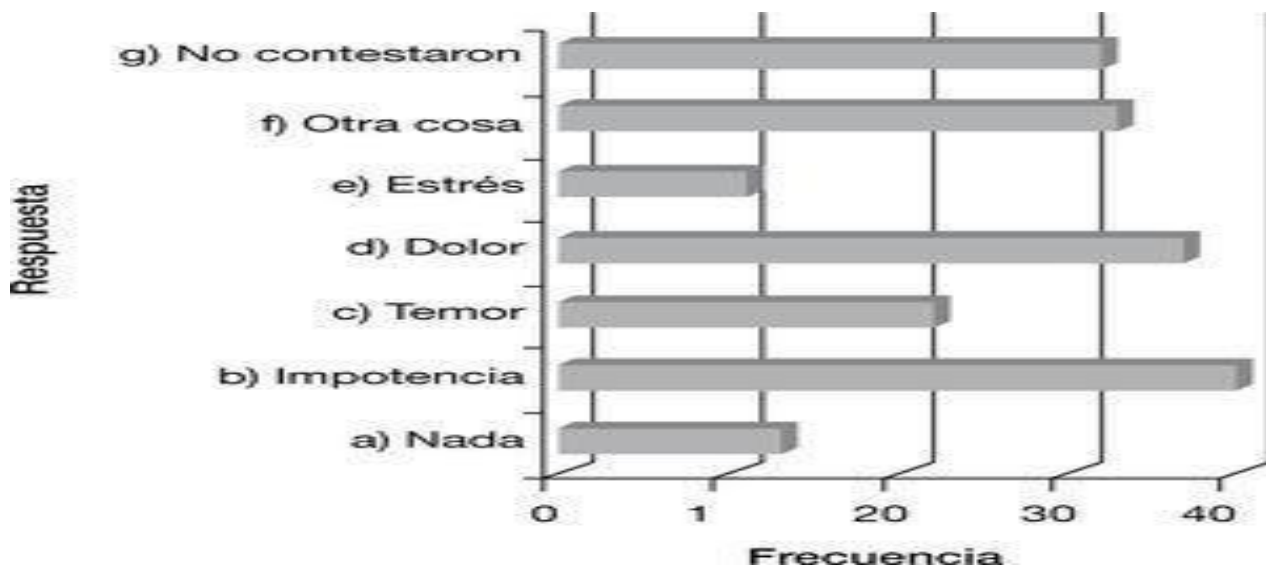
⁴⁷ Salomé GM; Cavali A; Espósito VHC. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. Rev Bras Enferm. 2009 set-out; out; 62(5): 681-6.

⁴⁸ 13. Aguiar IR, et al. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. Acta Paul Enferm 2006; 19 (2):131-7.

momento de su vida, y como los profesionales del área de salud están próximos a vivenciar esto diariamente, son candidatos destacados y vulnerables a ella. Como la convivencia es frecuente en este proceso, acaban quedándose sin defensa y negando la muerte, teniendo características de estigma en los equipos.⁴⁹

El equipo de enfermería se siente impotente para dominar la muerte, perjudicando así la asistencia al paciente. Hablar sobre muerte y morir no es fácil, pues cuando se toca el tema, se recuerdan historias vividas, como si el ser humano tuviese un plazo limitado. El morir acontece desde que nacemos, definiéndose como dejar de vivir, fallecer, acabar, caer en el olvido, y la forma de mantenerse vivo es en el pensamiento de los que permanecen vivos. La muerte viene cargada de dificultades, pues existen varias definiciones, dependiendo de la cultura del individuo.

De acuerdo con M. Orozco en su investigación experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería ante la muerte del paciente hospitalizado, realizó un estudio transversal, descriptivo, exploratorio; el universo lo conformaron más de 500 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, campus Ciudad Universitaria, inscritos en el año 2011; la muestra se conformó con aquellos alumnos del 4°, 6° y 8° semestre, quienes ya han tenido experiencia clínica a través de las prácticas hospitalarias, muestra una gráfica donde se aprecian las manifestaciones que expresaban los estudiantes de la licenciatura de Enfermería cuando falleció a un paciente.⁵⁰



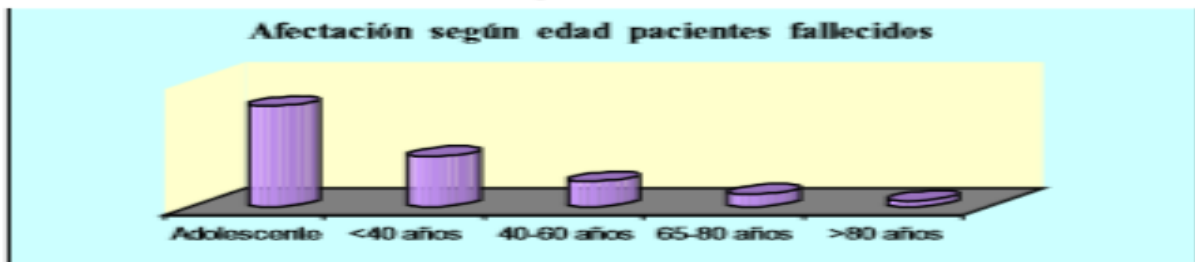
Asimismo, se encontró que los estudiantes reconocen la necesidad de poseer una preparación en aspectos vinculados con el proceso del duelo y la muerte, igual, de manera tal que el profesional posea conocimientos y actitudes basadas en principios éticos.

Por ello, es indispensable establecer mecanismos de intervención con el propósito de brindar apoyo psicológico para minimizar el impacto emocional que este tipo de sucesos ocasiona, e implementar acciones tendientes a brindar capacitación específica que les permita a los estudiantes desarrollar recursos personales para afrontar el estrés y la ansiedad que ocasiona este tipo de situaciones, que en más de las veces resultan difíciles de aceptar.⁵¹

Así mismo M. Castañedo en su investigación Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo, realizó un estudio descriptivo transversal que se desarrolló durante los meses de Abril y Mayo del año 2009 en el Hospital Universitario Virgen de la victoria de Málaga en el servicio de Urgencias, con una muestra de 50 enfermeras que llevan trabajando más de un año en el servicio de urgencias, dando como resultado de la investigación tres graficas de barras. ⁵²

⁵¹ Ibid

1. Afectación de la muerte según edad de los pacientes fallecidos



2. Afectación de la enfermera por la muerte de un paciente



3. Ámbitos de afectación de la enfermera por la muerte de un paciente



Por estar en un servicio con un índice alto en mortalidad los enfermeros no se ven afectados en su vida laboral, personal o familiar describiendo muchos de ellos el proceso de muerte como una faceta más de la vida y afirmando que cuando uno trabaja en un sitio como ese aprende a tomarse la vida desde un punto de vista diferente o "acabas mal".

La mayoría de los profesionales no han realizado ningún curso de formación continuada relacionado con el tema pero reconocen la importancia de estos y la necesidad de hacerlo extensible a la mayoría del personal.⁵³

Por lo tanto, es fundamental para los profesionales del área de salud, comprender y aprender sobre los conceptos de muerte y morir, para que durante la asistencia de enfermería sepan enfrentar la situación. Se sabe que la mayoría de los profesionales recurren para su asistencia a la religión como un fuerte instrumento para la aceptación de la muerte, para convertirla en un hecho explicable⁵⁴

⁵³ M.Castañedo, capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. Rev digital, Año 2009, Num.15

⁵⁴ Medeiros YKF, Bonfada D. Refletindo sobre finitude: Um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. Rev Rene. 2012; 13(4):845-52.

Acciones de enfermería en la muerte de un paciente

La cronicidad, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida han hecho que los cuidados al paciente terminal sean un asunto más prevalente en nuestro sistema sanitario en la actualidad, con respecto al enfoque tradicional, orientado principalmente a la curación. Es por ello que el profesional de enfermería debe conocer cómo proveer estos cuidados, así como la aplicación de cuidados post-mortem cuando se produce el fenecimiento del paciente y/o intervenir con la familia

Plan de cuidados	
Diagnóstico: Conocimientos deficientes Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico	
Intervenciones: asesoramiento. *Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda.	Fundamento Bajo ningún concepto el personal de enfermería debe de dar falsas esperanzas o involucrarse en la conspiración del silencio
* Demostrar empatía, calidez y sinceridad.	La relación enfermera-paciente, involucra en gran medida a la familia, por este motivo la calidad humana del personal de Enfermería debe intervenir siempre viendo al paciente y la familia como un ser integral

<ul style="list-style-type: none">• Favorecer la expresión de sentimientos	De acuerdo con la disciplina de Tanatología, no es necesario hablar, con el tacto y la compañía es suficiente para que el individuo pueda dar a conocer todo lo que le acongoja. ⁵⁵
--	--

⁵⁵ Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

Plan de cuidados	
<p>Diagnóstico: Ansiedad Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.</p>	
<p>Intervenciones: Disminución de la ansiedad</p> <p>Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p>	<p>Fundamento</p> <p>Una compañía de calidad puede brindar el confort necesario para el paciente y la familia.</p>
<p>Proporcionar objetos que simbolicen seguridad</p>	<p>Dependiendo el apego a la religión que tiene el paciente y la familia, con una imagen de su preferencia puede dar seguridad al paciente y con ello disminuir la ansiedad que le invade</p>
<p>Escuchar con atención.</p>	<p>Escuchar puede facilitar comprender la ansiedad del paciente y saber identificar sus signos.</p>
<p>Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad</p>	<p>Comprender los aspectos no verbales de la comunicación ya que dependiendo el individuo puede no verbalizarlo, pero si expresarlo con movimientos, sonidos e incluso agresiones.</p>

Plan de cuidados	
<p>Diagnóstico: Duelo</p> <p>Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida una pérdida real, anticipada o percibida.</p>	
<p>Intervenciones: Facilitar el duelo</p> <p>*Fomentar la participación en ceremonias religiosas, retiros y programas especiales de oración/estudio.</p>	<p>Fundamento</p> <p>Es reconfortante tanto para el paciente como para la familia tener un encuentro cercano con la religión ya que les otorga seguridad y el duelo puede disminuir para la familia y el paciente.</p>
<p>Escuchar las expresiones de duelo</p>	<p>En todo momento se debe tener la capacidad de identificar las etapas del duelo y con ello intervenir con calidad y calidez.</p>
<p>Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida.</p>	<p>La escucha activa es esencial en todo momento, permitiendo descubrir sentimientos y emociones, con ello Enfermería puede intervenir adecuadamente.</p>

Plan de cuidados	
Intervenciones: Cuidados post mortem	Fundamento La Nursing Intervention Clasification define los cuidados postmortem como: Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo a la familia
<ul style="list-style-type: none"> *Retirar los objetos externos del cuerpo (p. ej., ropa, tubos, monitores), si es preciso. *Limpiar el cuerpo. *Colocar un pañal de incontinencia bien sujeto debajo de las nalgas y entre las piernas. *Levantar el cabecero de la cama ligeramente para evitar la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara. *Colocar dentaduras postizas en la boca, si fuera posible. *Cerrar los ojos. *Mantener una alineación corporal correcta. *La notificación a los diversos departamentos y al personal, de acuerdo con las normas. *Etiquetar las pertenencias personales y colocarlas en un lugar seguro. *Avisar a un sacerdote, si lo ha solicitado la familia. *Evitar restringir el número de visitas. *Facilitar y apoyar que la familia vea el cuerpo. *Respetar las creencias y rituales religiosos de la familia. *Disponer intimidad y apoyar a los miembros de la familia. *Responder a las preguntas acerca de la donación de órganos. *Responder a las preguntas sobre la autopsia. *Etiquetar el cuerpo, de acuerdo con las normas, después de que la familia haya salido. *trasladar el cuerpo al depósito de cadáveres *Notificar a la funeraria, según corresponda. • Notificar al forense si procede. 	

Lo primero que hay que hacer para lograr establecer es aceptarnos y conocernos a nosotros mismos. En 1964 Windeenbach dijo: “Mientras no se logre el conocimiento de sí mismas es muy probable que la enfermera no pueda adquirir el conocimiento, habilidad y actitud que le hará posible convertirse en una influencia terapéutica para el paciente”. Esta influencia terapéutica no sólo llega al paciente, sino que se hace extensiva a la familia, amigos y equipo de salud; ésta debe de tener un beneficio en común.

Un cuidado deficiente deteriora y empeora la calidad de vida en los días que le quedan a nuestros pacientes haciéndolos intolerables en lugar de ser intensos, plenos, llenos de alegría y amor.

Se debe ser muy sensible a la comunicación verbal y no verbal tanto del paciente como de su familia, con el fin de brindar una máxima ayuda ante la enorme necesidad del momento. Se debe comprender, conocer y justificar las relaciones emocionales del ser que está muriendo.⁵⁶

Bener en 1987 clasificó en 7 campos o áreas de actividad los cuidados de enfermería ante un paciente moribundo:

A. Función de ayuda al enfermo.

1. Relación terapéutica. Se debe de crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermera paciente; lo cual permite conocer al enfermo como un SER INTEGRAL. Tanto la enfermera como el paciente deben tener una idea aceptable de la enfermedad, dolor, miedo, angustia y cualquier emoción intensa o compulsiva; brindando al paciente apoyo: asistencial, social, emocional y espiritual.

2. Lograr la dignidad del ser humano frente al dolor y ante la inminencia de la muerte, proporcionando medidas de alivio enalteciendo las condiciones de vida por corta que ésta pueda ser. El personal de enfermería debe de encontrar el

⁵⁶ Rebolledo MF. Fundamentos de Tanatología Médica. Taller de Imprefin. México, Tercera Edición.

medio para ayudar, apoyar y consolar tanto al paciente como a sus seres queridos.

3. Permanecer al lado del paciente logrando mantener un contacto estrecho, lo que permite expresar sus emociones, aunque no sea necesario pronunciar ni una sola palabra.

4. Alertar al paciente en la participación de su propia supervisión del proceso de atención a su enfermedad, cuyo fin es aumentar el dominio del paciente sobre su vida.

5. Interpretar el dolor y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento.

6. Proporcionar alivio y establecer comunicación a través del sentido del tacto; por medio de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo, aportando estímulos de bienestar físico y sobre todo de amor.

7. Facilitar el apoyo moral e informativo a la familia del paciente. Debemos de tener en cuenta las necesidades del paciente, pero también de una manera especial, la familia.

8. Orientar al paciente en el curso de su enfermedad acerca de las fluctuaciones emocionales y orgánicas que irá presentando.

9. Trazar objetivos con fines reales y terapéuticos; los cuales deben ser realistas y accesibles; orientándolos a la mejoría del comportamiento social, condición física, psicológica y espiritual.

10. Crear y mantener un equipo terapéutico en donde se puedan expresar los sentimientos, experiencias y dudas con el fin de sobrellevar la carga emocional que implica el trabajo de ser enfermera.

B. Función docente y tutelar.

Esta función no sólo debe ser con el paciente sino también con el familiar y el equipo de salud.

1. Evaluar la disposición del paciente para recibir explicaciones.
2. Ayudar al paciente para que integre su enfermedad en su diario vivir.
3. Descubrir y entender la interpretación que hace el paciente de su propia enfermedad.
4. Explicar cada uno de los tratamientos y procedimientos que se va a realizar.

C. Función diagnóstica y de vigilancia del paciente.

La enfermera es la que pasa el mayor tiempo con el paciente, por lo que es capaz de realizar un diagnóstico y ejecutar un plan de cuidados ajustado a las necesidades de cada paciente, por lo que se debe tener en cuenta:

1. Apreciación y documentación de cambios significativos en el estado del paciente
2. Prevenir las crisis y/o empeoramiento antes de que sea una situación grave
3. Evitar las complicaciones.
4. Anticipación de las necesidades asistenciales del enfermo. 5. Valoración de las posibilidades de satisfacción del paciente y su capacidad de respuesta a las distintas vías de tratamiento

D. Acción eficaz de situaciones que cambian rápidamente.

La enfermera debe evaluar, proceder y movilizar al paciente idóneamente para evitar complicaciones; así mismo actuar rápidamente en caso de urgencia

E. Administración y supervisión de intervenciones y tratamientos terapéuticos.

Estas actividades pueden ayudar a:

1. Iniciar o mantener una terapia intravenosa con mínimo riesgo y complicaciones no deseadas.
2. Administrar de manera segura y eficaz medicamentos. Estando atenta a efectos adversos, reacciones secundarias, toxicidad, etc.
3. Movilizar al paciente para evitar lesiones por presión, complicaciones respiratorias y gastrointestinales.

F. Supervisión y garantía en la actividad de asistencia.

1. Facilitar un dispositivo de soporte que garantice una asistencia sin riesgos.
2. Discernir qué se puede omitir o añadir a las prescripciones médicas sin riesgos para el paciente.
3. Coordinación con el equipo interdisciplinario de salud para proporcionar una atención de calidad al enfermo en su entorno bio-psico-social y espiritual.

G. Coordinación en la organización del equipo interdisciplinario.

Es de vital importancia para la enfermera mantener relaciones adecuadas con todo el equipo de salud para brindar una atención de calidad a todos nuestros pacientes, manteniendo una buena comunicación con todos y cada uno de ellos.

Por último, se hace mención en que el paciente demanda tiempo que vaya más allá de la atención física, necesita ser escuchado, acompañado y que sea asistido en el:⁵⁷

1. Control del dolor.
2. Control sintomático por sistemas.
3. Soporte emocional.
4. Soporte familiar.
5. Consejería espiritual.
6. Asesoría profesional.

Debemos de agudizar nuestros sentidos para detectar todas y cada una de las necesidades de nuestros pacientes:

- Utilizar sus ojos para ver si se encuentra cómodo o si presenta signos de dolor.
- Observar su boca para ver el estado en que se encuentran las mucosas, dentadura, lengua.
- Observar la piel, ver si hay zonas de presión y el estado de hidratación.
- Observar el rostro; ver la expresión facial, la cual nos puede mostrar sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, cansancio, inviabilidad, indiferencia, miedo, etc.
- Utilizar los oídos para escuchar todo lo que el paciente nos quiera comentar o trate de decirnos, preguntar en cada una de nuestras acciones realizadas si siente mejoría o no.

⁵⁷ Ma. Pilar. El papel de la Enfermera en la Tanatología. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2000;8 (1-4): 69-73

- Vigilar el sueño del paciente, es importante su descanso.
- Utilizar el olfato para poder percibir olores desagradables; de dónde provienen para evitar infecciones.

Aportaciones a la disciplina.

1.-Realizar cursos de capacitación para docentes

Consecuentemente, el desafío a los docentes en trabajar contenidos que reporten a esta temática en Enfermería se debe al hecho de que los mismos no recibieron formación/cualificación necesaria para hablar sobre la muerte en sala, el aula o también se sienten aprensivos. Esto puede limitar su actuación, dificultar el proceso de enseñanza y descalificar la formación de nuevos profesionales. De este modo, en ausencia de discusión de la temática, siempre se tuvo interpretaciones diferenciadas y hasta incluso erradas.

2.-Dar la importancia de implementar Tanatología en el módulo donde el alumno hará su primera práctica hospitalaria.

Lo que sustenta la mayoría de las veces el argumento de dejar de trabajar la muerte es el hecho de que la mayoría de los planes de estudio tienen en los currículos de las disciplinas, el foco de trabajo solo en la vida, en el curar y bienestar del paciente. El reflejo de esto es la formación de profesionales sin la total preparación para lidiar con la muerte durante su práctica profesional siendo de mayor impacto el modulo donde inicia por primera vez su contacto con pacientes hospitalizados, ya que en este tiempo un paciente puede fallecer en su respectiva rotación, haciendo que este evento sea traumante y afecte de manera negativa su profesión si no se llevan las bases.

3.-Dar bases sobre el tema de Enfermería y la muerte

A partir de estas consideraciones, se percibe que la muerte es un punto crucial en la vida profesional del enfermero, y por eso, debe implementarse en todos los planes de estudios los futuros profesionales de Enfermería. Esta es una laguna considerada para debate en la formulación de los planes de enseñanza, en la lógica de formar enfermeros críticos, reflexivos y generalistas, capaces de actuar en los escenarios más variados de salud que impregnan tanto la vida como la

muerte. La muerte siempre estará presente en el cotidiano del profesional enfermero, de ahí una preparación académica dirigida al entendimiento de esta temática como algo natural e inherente a todo ser humano.

Conclusiones.

La muerte es un hecho social que ha pasado a ser institucionalizado: La instauración de ella en los hospitales, ya sea por deseo de prolongar la vida o por el miedo de morir sin atención, ha alejado este acontecimiento del entorno colectivo donde era visto como un evento natural.

Los padecimientos, los modos de enfermar y de morir son procesos históricos y socialmente contruidos según las condiciones de vida de los conjuntos sociales y sus modos de afrontarlos, produciendo sentidos, significaciones individuales y colectivas que se exteriorizan de diferentes formas.

La muerte es un acontecimiento inevitable y universal, pero las actitudes hacia los moribundos y hacia la muerte no son ni inalterables ni accidentales, son peculiaridades de sociedades determinadas, que no sé pueden delimitar, pero para los futuros profesionales de Enfermería se puede enseñar características y actitudes que le servirán en una situación donde fallezca el paciente.

En los últimos años han aparecido estudios sobre la muerte y sus influencias sobre el equipo, cuidado y calidad de la asistencia, tema que hasta entonces era visto como un tabú, y poco discutido. Además, la gran mayoría de los profesionales consideran la muerte como inevitable y natural presentando dificultad en comprender el proceso de muerte, morir y su representación en este contexto, pues se sienten fracasados e impotentes cuando un paciente muere, además puede repercutir en su vida profesional en la atención e incluso en su vida personal.

Por esto, resultan relevantes las investigaciones acerca de esta temática para la ampliación del conocimiento y deconstrucción de paradigmas existentes. Creando así ayudas para la educación permanente y continuada de los profesionales.

Bibliografía

Abellán A, Pujol R. La institucionalización de la muerte. Envg en R [Internet]. 2016 Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/La-institucionalizacion-dela-muerte.pdf>

Alfaro-LeFevre, R. (1996): Instructor's manual for critical thinking in nursing: A practical approach. Filadelfia, ee. uu.: WB Saunders.

Barreto y Soler, (2007), "Muerte y duelo", España, Ed. Síntesis, pp. 15

Bravo et al., ¿Qué es la tanatología?, Revista Digital Universitaria, 10 de agosto 2008, Vol. 7, num. 8, pp. 3-4

Brêtas JRS, Oliveira JR, Lie Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4):477-83.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K. y Dochterman, J. M. (2008): Nursing interventions classification (nic). 5.ª Edición, San Luis, ee. uu.: Mosby.

Busquets X. Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. Revista Medicina Paliativa. Madrid, España. 8(3):116-119; 2001.

Carpintero H. Notas históricas sobre la ansiedad. Madrid, España. Revista Ansiedad y Estrés, 6(1):1-19; 2000.

Celma A, Strasser G. El proceso de muerte y la enfermería. Sau Col[Internet]. 2015 [citado 23 marzo 2016]; 25(2): 485-500. Disponible en:<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-0200485.pdf>

Cloninger, Susan C., Teorías de la personalidad, México, Trillas, 1975
Cuidados Paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: Concepto y Factores pronósticos. Guías SECPAL. www.secpal.com.

Damasio, A. (2005) En busca de Spinoza. Neurobiología de la Emoción y los Sentimientos . Editorial Crítica, Barcelona.
Diccionario enciclopédico de ciencias médicas. 11 ed. Barcelona. Salvat; 1997.

Freud, S. (1967). Obras completas. España: Biblioteca Nueva.

Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. American Behavioral Scientist, 31, 416-430.

Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J.F. (2002). La personalidad resistente: una revisión e la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13, 136-162.

Gómez, M. *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Ed. Arán. Madrid, 1998.

Kobasa, S.C. (1979b). Stressful life events, personality, and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.

Kübler-Ross, (1969), *Sobre la muerte y los moribundos*, España, Grijalbo, pp. 59, 73,74, 111, 112, 116, 117, 147, 14

Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71, 573-575.

M.Castañedo, capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Rev digital*, Año 2009, Num.15

Márquez M, Arenas J, Feria D, León R, Barquero A, Carrasco M, et al. A propósito de la muerte. *Cultura de los cuidados* [internet]. 2016): 181-186. Disponible en: <file:///C:/Users/MIRP/Favorites/Downloads/28%20DE%20SETIEMBRE%20DESASTRE/marco%20teorico/muerteuerte.pdf>

Medeiros YKF, Bonfada D. Refletindo sobre finitude: Um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. *Rev Rene*. 2012; 13(4):845-52.

Morris, G. & Maisto, A. (2005). *Psicología*. México: Prentice Hall.

Orozco M.a, Tello G.O, Sierra R. et al. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de Enfermería , ante la muerte del paciente hospitalizado.

Pilar Ma, El papel de la Enfermera en la tanatología, *RMEC*.2000;8(1-4)

Richardson, G.E., Nigier, B.L., Jensen, S. y Kumpfer, K.L. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39.

Rivera, Jaime y Molero, Víctor, *Conducta del consumidor*, Madrid, Esic Editorial, 2009.

Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm*. Jan-Mar 2009; 18(1): 41-7.

Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm*. Jan-Mar 2009; 18(1): 41-7.

