

A.C. Yagüe Frías
M.C. García Martínez

Diplomados en Enfermería

RESUMEN

Los profesionales de Enfermería estamos continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas, pero a menudo intentamos evitar el tema ignorándolo. En este artículo se presenta una reflexión sobre la influencia de nuestras actitudes en el duelo de los pacientes con enfermedad terminal. Para ello revisamos, en primer lugar, las investigaciones sobre las actitudes de los profesionales, pasando después a enumerar las dificultades de Enfermería para superar estos comportamientos negativos. Terminamos finalmente con una serie de recomendaciones prácticas para que, por medio del cambio de actitudes, mejoremos la asistencia prestada a pacientes terminales, en orden a un aumento en su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Para todo el género humano, vivir se convertirá en morir; la muerte es la consecuencia inevitable de la vida y, sin embargo, se ha convertido en un tabú. En nuestra sociedad, donde los fines que se persiguen son más materiales que espirituales, no se le permite al "yo" que sobreviva a la muerte; morir es igual a acabar, lo cual resulta ser una idea difícilmente soportable (1).

Las personas "conviven" con el miedo a la muerte, pero pueden postponer el plantearse el problema, que les resulta angustioso en sumo grado: así se defienden de la ansiedad que les crea. Pero los profesionales de Enfermería, por nuestras responsabilidades inherentes, estamos continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero debemos encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar nuestros sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente con enfermedad terminal.

A este respecto dijo el psiquiatra K. Eissler: "¿Qué es o realmente difícil, morir o presenciar la muerte? A algunos esta pregunta les puede parecer cínica o hipócrita, sin embargo, tiene su justificación cuando se mantiene un contacto íntimo con los moribundos". (Eissler, K; 1975).

Hay que añadir, además, que aceptar muerte del paciente contradice el objetivo esencial de las profesiones sanitarias, que es conservar la salud y la vida. Por ello, erróneamente, al individuo que entra en un proceso terminal se le cuida para que se cure y no para que viva con su calidad de vida el tiempo que le queda, ocultándose en un gran porcentaje de casos la realidad y negándosele la oportunidad de ser él mismo hasta el final.

Otro aspecto de vital importancia es que la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está asistiendo y en sus familiares. Es decir, existe un feed-back entre el proceso terminal y las actitudes del personal sanitario. De ahí la necesidad de que nuestras actitudes, como profesionales de Enfermería ante esta realidad cotidiana, sean lo más positivas y acertadas posible, y así contribuir con nuestros cuidados a una mejora en la calidad de vida de los enfermos terminales.

A menudo olvidamos la definición de Virginia Henderson, tomada por el C.I.E.: "La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte (...)" (Henderson, V; 1981). Virginia Henderson ya contemplaba los cuidados de Enfermería al paciente que va a morir.

OBJETIVO

El objetivo de este artículo no es demostrar unas hipótesis, ni transmitir conocimientos sobre esta materia. Tampoco lo es establecer verdades absolutas e indiscutibles, ya que el tema se presta a un interminable debate donde siempre las conclusiones serán personales.

Lo que pretendemos es invitar a la reflexión, personal o en grupo, para fomentar actitudes positivas en los

profesionales de Enfermería de cara al cuidado de enfermos terminales. Estas actitudes se traducirán en una mejor calidad de la asistencia.

DESARROLLO

- I) En los últimos años se ha investigado mucho en todo lo referente a la muerte y el morir, y se ha tratado de hallar nuevas y mejores formas de asistir a los pacientes terminales, que sería imposible enunciar aquí. Sin embargo, podrían destacarse los siguientes resultados:
 - a. El paciente moribundo es con frecuencia un estímulo que despierta aversión en las personas que le rodean y genera respuestas de evitación y huida (2).
 - b. El trabajo clínico con los pacientes a los que se ha permitido expresar sus sentimientos ha demostrado que:
 - i. La mayor parte de los pacientes tienen conciencia de cual es su situación, aunque intenten ocultársela, o se le niegue esa información
 - ii. Contrariamente a lo que para muchos cabría esperar, los enfermos encuentran gran alivio y se sienten confortados cuando pueden hablar de sus sentimientos y compartir sus preocupaciones respecto a la muerte (2).
- II) Sin embargo, otras investigaciones apuntan en el sentido de que las tres actitudes más frecuentes del personal sanitario (nada positivas) son:
 - a. Tendencia a evitar que el enfermo se entere de cual es su verdadero estado, o al menos postponer al máximo dar esta información (2).
 - b. Apartarse física o emocionalmente del moribundo, para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo. La muerte del paciente aparece como algo muy desagradable y amenazante. Esta segunda actitud se manifiesta en diversos comportamientos como:
 - i. Retirarse físicamente cuando se cree estar con un moribundo
 - ii. Apartar la mirada del paciente terminal
 - iii. Cambiar de tema o acabar la conversación cuando el paciente comienza a hablar de la muerte
 - iv. Tardar más en responder a las llamadas de los moribundos que a las de los demás enfermos de la planta
 - v. Llevar a cabo complicadas maniobras en algunos hospitales para ocultar los fallecimientos (2).
 - c. Tendencia a extremar las medidas terapéuticas. Esto se hace abusando de técnicas cruentas y de medios farmacológicos como si se persiguiera la curación. De esta forma, lo único que se consigue es disminuir la calidad de vida y alargar la agonía de algo que es inevitable. Ejemplos de esta actitud errónea son:
 - i. El abuso de citostáticos (con sus efectos secundarios correspondientes).
 - ii. El uso de técnicas cruentas como drenajes torácicos, gasometrías, etc.
 - iii. Los traslados innecesarios por distintas unidades y hospitales, etc. (3).
- III) Corregir estas actitudes no es tarea fácil, pero tampoco imposible. Sin ánimo de justificarlas, podemos decir que los profesionales de Enfermería encuentran muchos obstáculos para corregirlas, tales como:
 - a. Una falta de preparación profesional para hablar y tratar sobre la muerte (3).
 - b. La dificultad para valorar qué pacientes quieren hablar sobre su enfermedad y su muerte y cuáles no desean hacerlo (4).
 - c. Dificultad para encontrar vías de comunicación con aquellos que quieren hablar sin implicar a los que prefieren evitar el tema (3).
 - d. Las actitudes de algunos familiares que se ven trastornados por la inminencia de la muerte, y actúan de forma irracional e histérica, alterando aún más al paciente e incluso llegando a comprometer la relación terapéutica establecida entre paciente y personal sanitario. Esto le impide al profesional de Enfermería el involucrar a esos familiares en los cuidados del paciente, con lo que una actuación integral se pierde de vista (3).
 - e. La actitud de los médicos: algunos son totalmente partidarios de prolongar la vida mientras sea posible, no aceptando la eutanasia pasiva, la cual está moral y legalmente permitida; otros creen que, una vez establecida la enfermedad terminal, debería mantenerse al paciente cómodo, sin adoptar "medidas extremas", para prolongar la vida. Esta segunda actitud es la correcta, pero los profesionales de Enfermería tienen grandes problemas para interpretar lo que significa "no adoptar medidas extremas", ya que parece similar a "no hacer nada". Esta actitud de "no hacer nada", preocupa ciertamente a muchos profesionales, pues creen que significa acelerar la muerte; por lo tanto, pueden contribuir a la misma al descuidar las cosas necesarias para mantener la vida. De esta forma, existe una oposición a convertirse en un instrumento de la muerte por delegación médica (3).

Estos problemas éticos y prácticos alteran la estabilidad emocional de los profesionales de Enfermería, deteriorando así la relación terapéutica con el paciente terminal.

CONCLUSIONES

Como conclusión de estas investigaciones observamos que hay una gran discrepancia entre los que piensan y sienten los pacientes y, por otro lado, las actitudes y conductas del personal asistencial hacia ellos. Por tanto, parece válido pensar que el comportamiento del personal sanitario no va dirigido a satisfacer las necesidades de estos pacientes sino que va dirigido a cubrir las propias necesidades suscitadas por la situación.

RECOMENDACIONES

La única forma de resolver esta discrepancia es establecer unos criterios claros de cómo actuar en los cuidados a un enfermo terminal; este cambio de actitudes incidirá positivamente en nuestra práctica profesional y diaria, en el sentido de una asistencia total y humanizada, del enfermo.

A continuación recomendamos algunos de estos criterios, pero previamente partimos de una idea fundamental y motivadora: "las actitudes y conductas del personal sanitario tienen consecuencias directas para el enfermo". Este principio de partida justifica la necesidad de que asimilemos correctamente estos criterios:

1. Asumir que la profesión de Enfermería brinda a sus profesionales la oportunidad especial de ayudar y confortar al moribundo, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares, en un momento muy difícil y de acuciante necesidad de apoyo humano.

Estas actividades añaden, asimismo, una nueva dimensión a los cuidados de Enfermería.

2. Que el Equipo de Salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, ya que el asumir los profesionales de la salud (y especialmente los de Enfermería) la responsabilidad de un proceso terminal puede resultar sumamente estresante. Este "espíritu de equipo" incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.
3. Realizar una preparación intensiva sobre la muerte y los moribundos para todos los miembros del Equipo, con un temario concreto. Esto se podría hacer en las sesiones clínicas (3).
4. En un sentido más amplio, preparar al personal sanitario en este tema, incluso ya desde el periodo de formación en sus estudios universitarios.

En el caso de enfermería esto se podría conseguir de dos formas:

- a. Desde el primer año de estudios sería preciso que el enfoque de los cuidados se centrara más sobre la respuesta a las necesidades del paciente que sobre la importancia de la curación.
- b. Introducir en el programa una parte teórica de cuidados que tratase del proceso del duelo y de la aflicción; en ella se estudiarían los ejemplos de cada estadio por los que atraviesa el paciente (Etapas de Kübler-Ross) de manera que el alumno pudiera tomar conciencia de los que experimenta el paciente (4).
5. Animar al Equipo de Salud a escuchar (y a parecer siempre dispuesto a hacerlo) a los pacientes que deseen hablar de sus miedos y temores.
6. Procurar una relación franca y sincera entre el Equipo de Salud y el paciente y sus familiares.
7. Para pacientes con procesos terminales de larga evolución sería conveniente realizar sesiones de terapia de grupo periódicamente, con la ayuda de un psicólogo. En este sentido, el grupo funciona como instrumento terapéutico, pues los enfermos aprenden a apoyarse y a aconsejarse mutuamente.
8. No ser demasiado estrictos con las normas y protocolos de la institución donde trabajemos a la hora de aplicarlos, sino más bien adaptarlos a las necesidades de cada enfermo. Así evitaremos la pérdida de autocontrol en el paciente y los consiguientes efectos estresante, depresivos y de indefensión.
9. Que los médicos permanezcan más tiempo con el paciente terminal, comentando su estado físico, emocional y psicológico.
10. En cuanto a dar información al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad, no podemos negar al enfermo tanto el derecho de conocer la verdad como de no querer conocerla. Así pues, habrá que valorar si lo desea y es conveniente o no, por medio del trato directo con él, a través de sus preguntas, actitudes y también valorándolo con la familia. No se puede decir ni negar la verdad por sistema (5).
11. Agilizar, si el paciente y/o familia lo desean y resulta conveniente, el alta voluntaria. De esta manera el paciente puede morir en su hogar, en un ambiente íntimo rodeado de sus familiares y amigos.
Nunca utilizar esta medida para descargar el trabajo en la planta hospitalaria.
12. No extremar las medidas terapéuticas para alargar la vida a costa de aumentar el sufrimiento del paciente o alejarlo del contacto humano. Quizá, así, en lugar de alargar la vida se está alargando la muerte.
13. Tener unos criterios útiles para el uso y administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal y a su objetivo de confort, teniendo en cuenta la dificultad de administración (boca seca en la mayoría de los casos) (6).
14. Ofrecerle al paciente la posibilidad de ayuda religiosa en las horas finales de su vida, si así lo desea (1).
15. Ayudar y orientar a los familiares en las formalidades postmortem: cumplimentación de impresos, derivación a otros profesionales (trabajador social, sacerdote, etc).
16. Sería deseable hacer un seguimiento, desde el Centro de Salud, de la familia durante los meses difíciles que siguen a la muerte. Sabemos que un acontecimiento tan estresante como la muerte del cónyuge o un familiar es un factor de

riesgo para la aparición de patologías físicas y psicológicas; así, el seguimiento irá orientado a la prevención de las mismas.

17. Realizar Educación para la Salud mediante programas especiales de sensibilización para voluntarios
18. Trabajar con profesionalidad: si personalmente no deseamos plantearnos el tema, al menos como algo cotidiano en nuestro trabajo debemos aceptar que el fin de toda vida es la muerte. Esto, por supuesto, sin llegar a la frivolidad que se observa en muchos profesionales, que parecen estar tan acostumbrados que no personalizan la situación, comprendiendo el sufrimiento tanto del enfermo como de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berger, M; Hortala, F. Morir en el hospital. Barcelona: Rol, 1982
2. Jover Fulgueira, S. Algunas consideraciones psicológicas sobre la muerte y el morir. Revista Rol de Enfermería, 1979; 12: 37-45
3. Van Mc. RW. Paciente terminal y muerte. Barcelona: Doyma, 1987
4. Dobbs, B. La enfermera ante la muerte. Revista Rol de Enfermería, 1981; 32: 43-49
5. Sanz Ortiz, J. Conocimiento de la verdad en el paciente terminal. Medicina Clínica, 1988; 90: 538-539
6. Gómez Batiste, X. y cols. Enfermos terminales. Revista Rol de Enfermería, 1989; 136: 25-28