

Artículos de investigación:

Narrativas y significados en torno a la muerte en profesionales de enfermería de unidades de cuidados paliativos (CL)

Catalina Montt Aguayo¹

Resumen

El objetivo general de esta fue comprender las narrativas y los significados en torno a la muerte en profesionales de enfermería que trabajan con pacientes terminales en unidades de CL. El enfoque de esta investigación fue de tipo cualitativa, de alcance analítico-relacional. La escuela es la Teoría Fundamentada, por lo que se utilizó para el análisis de los datos la codificación abierta, axial y selectiva que plantea esta escuela. Los participantes fueron siete mujeres, profesionales de enfermería de unidades de CL de Chile, los cuales fueron seleccionados a partir de un muestreo teórico. La estrategia utilizada para la recolección de los datos fue la entrevista en profundidad de tipo semiestructurada.

Los principales resultados de este estudio muestran que las experiencias cotidianas y cercanas con la muerte, como también las narrativas y significados asociados a ellas. En las narrativas dominantes con pacientes fallecidos, destaca la importancia del vínculo que se estableció con ellos y/o con sus familiares, influyendo en las funciones que desempeñan y en las emociones que experimentan tras sus muertes. Destaca también, los aportes en la vida cotidiana otorgados por su trabajo en CL en donde los principales son el conversar sobre la muerte con personas externas a lo laboral y el valorar la vida en el momento presente.

Palabras claves: Cuidados Paliativos, muerte, narrativas.

Narratives and meanings regarding death in nursing professionals of palliative care units (CL)

Summary

The general objective of this was to understand the narratives and meanings around death in nursing professionals who work with terminal patients in LC units. The focus of this research was qualitative, analytical-relational in scope. The school is the Grounded Theory, which is why the open, axial and selective coding proposed by this school was used to analyze the data. The

participants were seven women, nurses from CL units in Chile, who were selected from a theoretical sample. The strategy used for the data collection was the in-depth semi-structured interview.

The main results of this study show that daily experiences and close with death, as well as the narratives and meanings associated with them. In the dominant narratives with deceased patients, the importance of the bond established with them and / or with their relatives is highlighted, influencing the functions they perform and the emotions they experience after their deaths. It also highlights the contributions in daily life granted by his work in CL where the main ones are talking about death with people outside the workplace and assessing life in the present moment.

Keywords: Palliative care, death, narratives.

Introducción

La muerte ha sido una interrogante constante en la vida de los seres humanos, ante la cual se ha pretendido entregar explicaciones que otorguen sentido y respuestas frente a la incertidumbre que provoca el hecho irrefutable de la muerte de uno o la de otro.

Más allá de las diferentes disputas en torno a la muerte existiría un punto de encuentro, en donde pareciera ser que, al tener *un carácter de incierto*, en nuestra sociedad occidental, existiría un rechazo a la muerte, lo que ha llevado *a la medicina a una lucha constante por evitarla*. (Maza, Zavala y Merino (2008) (Gálvez y Muñumel, 2010).

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, siendo un evento único y que sin duda es muy difícil de afrontar. Maza et al. (2008) plantea que no solo se temería a la muerte, sino que al proceso que lleva hacia ella, a la agonía lenta, al dolor que conlleva y a la pérdida de facultades mentales. Los cuidados diarios entregados a los pacientes, por el profesional de enfermería, van formando lazos, siendo algunos

1. Psicóloga Clínica. Tesis para optar al grado de Magister. Mención Construcción Social y Psicoterapias Contemporáneas

muy fuertes y significativos, como develó un estudio chileno realizado a enfermeras (os) pediátricas (os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa de cáncer (Vega et al., 2103), Pascual (2011), García y Rivas (2013), Maza et al. (2008), Pérez y Cibanal (2011), Vega et al. (2013) y Castanedo, Suárez y Vivar (2010) Pérez y Cibanal (2011), surge el interés por responder la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las narrativas y significados sobre la muerte que tienen los profesionales de enfermería que trabajan con pacientes terminales en unidades de C L. (OMS, 1999; 2002), (Pastrana et al., 2012). Pastrana et al., 2012) (Chile, Ministerio de Salud, 2011), relaciona la actitud negativa con emociones como *miedo, ansiedad e intranquilidad* que se traduce en una atención inadecuada hacia el paciente, como lo sería el rechazo al paciente, huida o inseguridad al tener que enfrentar *sus propios miedos ante la muerte*. Es importante destacar que el 81% de los encuestados tenían una actitud negativa ante la muerte asociada a una percepción de preparación pobre a regular en pregrado sobre esta temática. (Maza et al. (2008)

En otra investigación, realizada por Pérez y Cibanal (2011), García y Rivas (2013) concluyen que en los discursos de las enfermeras se aprecia una barrera, tratando de mantener distancia para lograr una separación mental y no dejarse invadir por sus emociones. Vega et al. (2013), concluyen que la experiencia de enfrentar la muerte de un paciente por parte de las/os enfermeras/os oncológicas es vivida como una pérdida, por lo que pasan por un proceso de duelo que las/os lleva a buscar un sentido a esta dolorosa experiencia.

Una de las principales afecciones que se encuentran relacionadas con el ejercicio de la profesión de enfermería, es el Síndrome de Burnout. Maslach y Jackson (1982) (Flores, Vega, Del Río y Zavala, 2014). Otra afección es el Desgaste por Empatía (Acinas, 2012) Urdaniz Pérez (como se citó en Acinas, 2012) plantea que otro factor importante que interviene en la salud mental del personal sanitario de C L, es la *represión emocional*, ya que, con tantas pérdidas asociadas y el afrontamiento constante al dolor de otros, podría ser una estrategia defensiva peligrosa.

Para acercarnos a la comprensión de las experiencias de otros y de nosotros mismos, resulta fundamental conocer la relación entre el lenguaje y la comprensión. Gadamer (1975 en Gergen, 1996) plantea que *no existe ningún significado en sí mismo*, por lo que comprender no se basaría en una recreación del significado de alguien distinto. White y Epston (1993) plantean que las narrativas que las personas cuentan acerca de sus vidas no sólo *determinan el significado que se le atribuye a las experiencias*, sino que también en ellas se expresan aspectos seleccionados de éstas, Payne (2002) señala que el hecho de relatar es influyente en la vida de las personas, ya que estos

relatos forman estructuras con las cuales se le *otorga sentido a las vivencias, a la manera de mirarnos y mirar a otros*. (Castillo, Ledo y del Pino, 2012).

Objetivo general

Describir el *concepto* de muerte

Tienen los profesionales de enfermería, comprender *la posible transformación del significado de muerte* durante el ejercicio de la profesión con pacientes terminales,

Comprender las *narrativas dominantes sobre la muerte*, describir las *emociones vinculadas a los fallecimientos* de pacientes asistidos por profesionales de enfermería

Comprender las *narrativas dominantes sobre la muerte de familiares y referir qué recursos personales y relacionales*, han contribuido a sobrellevar las diferentes pérdidas, tanto de pacientes como de familiares y personas cercanas.

Preguntas directrices

¿Cómo explican o comprenden el por qué morimos los seres humanos?; ¿Cómo explican o comprenden el para qué morimos los seres humanos?

¿Cómo significaban la muerte antes de trabajar en unidades de Cuidados Paliativos?; ¿Cómo las experiencias de muerte, de pacientes asistidos en unidades de Cuidados Paliativos, han afectado el significado que ahora le otorgan a la muerte?

¿Cómo vivencian personalmente la muerte de pacientes asistidos?; ¿Cómo afecta las experiencias de muerte de pacientes asistidos en su vida cotidiana?; ¿Qué es lo que más les ha impactado ante la muerte de un paciente asistido?; ¿Cuáles experiencias de muerte de pacientes asistidos recuerdan como las más significativas?; ¿Por qué recuerdan esas experiencias de muerte de pacientes como las más significativas?

¿Qué emociones predominan el sentir ante la muerte de un paciente asistido?; ¿Cómo son vivenciadas las emociones que predominan el sentir ante la muerte de un paciente asistido?

¿Cómo vivenciaron la muerte de su(s) familiar (es) o persona (s) cercana (s), fuera del área laboral?; ¿Cómo las experiencias de muerte de pacientes influyeron en la forma de vivir la (s) experiencia (s) de muerte (s) de familiar (es) o persona (s) cercana (s)?

¿Qué rasgos personales reconocen de sí mismos cómo herramientas fundamentales para sobrellevar las pérdidas?; ¿A qué o a quiénes recurren los profesionales de enfermería ante la

muerte de un paciente asistido y/o de un familiar o persona cercana?

Metodología

La investigación presente corresponde a un enfoque metodológico de tipo cualitativo. En relación con el enfoque presentado, la profundidad de esta investigación es de tipo analítico-relacional, cuyo fin es la creación de modelos teóricos emergentes estableciendo relaciones entre las categorías extraídas de los datos (Krause, 1995). El alcance temporal del presente estudio es de tipo transversal, ya que se indagan las narrativas y los significados en torno a la muerte en un momento determinado de tiempo. En relación con lo anterior, la escuela a la cual se adscribe el diseño mencionado es la Teoría Fundamentada.

Muestreo: Las participantes fueron *siete mujeres profesionales de enfermería* que trabajan con pacientes terminales en unidades de C L de Chile. Además, se consideró como criterios de *inclusión* que trabajen en estas unidades hace al menos tres años, que hayan vivenciado la muerte de un paciente asistido durante el tiempo que llevan trabajando en la unidad (es) de C L y que hayan vivenciado la muerte de un familiar y/o persona cercana durante el tiempo que han trabajado. Como criterio de *exclusión*, se consideró que no podían participar aquellas profesionales de enfermería que se encontraban con licencia médica. La estrategia de muestreo fue el muestreo teórico, técnica que fue desarrollada por Glaser y Strauss (1967) y en donde la muestra se selecciona mediante la utilización de una *estrategia sucesiva*. Krause (1995) (Figura 1)

Técnica de recolección de datos

La técnica que se utilizó es la Entrevista en Profundidad semiestructurada, (Gainza, 2006). Estas pueden dividirse en dos

grandes dimensiones: *narrativas* (que nos permiten conocer aspectos escogidos de la experiencias vivenciadas en relación a la muerte de pacientes y de familiares y/o personas cercanas; emociones vinculadas a las experiencias de muerte de paciente; recursos que tienen los participantes para sobrellevar las pérdidas) y *significados* (que emergen de las narrativas y en donde es posible abarcar el concepto de muerte que se tiene y dotar de sentido las experiencias para así ser comprendidas).

Resultados

Resultados descriptivos

Del análisis descriptivo de las entrevistas, realizado a partir de la codificación abierta se obtuvieron seis grandes categorías:

- I. Significados asociados al concepto de muerte.
- II. Experiencias significativas con pacientes fallecidos.
- III. Experiencias en relación con la muerte de un familiar.
- IV. Distinciones entre el trabajo y la vida personal.
- V. Recursos personales y externos.
- VI. Repercusión del trabajo en Cuidados Paliativos en la vida cotidiana.

I Significados asociados al concepto de muerte

Significados sobre la muerte en la actualidad

Podemos distinguir aquellas entrevistadas que definen la muerte como un paso hacia algo posterior a la muerte, que puede ser un paso a un cambio de vida, como también aquellas que refieren que la muerte es un paso hacia otra(s) dimensión(es): *"Para mí la muerte es como una transición se podría decir, es como un cambio de vida, yo soy católica, o sea lo dejo en claro igual, entonces está como un poco marcado con eso y lo veo como un poco de la muerte como el... que puede ser considerada como el fin de una vida física a una transición*

Figura N°1
Información sobre las participantes

Entrevistada	Edad (años)	Estudios Posteriores	Años cuidados paliativos
1	63	Curso de PNL y otros relacionados con Cuidados Paliativos	19
2	32	Diploma de humanización de la Salud, diploma en docencia de enfermería y Curso de Cuidados Paliativos online de la FEMEBA	10
3	27	Post- título en oncología	3
4	58	Título de psicóloga, magister en salud pública, magister en psicoanálisis, magister en educación, doctorado en educación, doctorado en psicoanálisis incompleto, especialización en Saint Christopher en Inglaterra (Cuidados Paliativos)	19
5	31	Sin	9
6	43	Sin	5
7	54	Diplomado en Cuidados Paliativos	11

a una vida que es un misterio por más católica que yo sea, siento que es un misterio” (III, 70-74).

El último significado relacionado con la definición de la muerte como un paso a un cambio de vida, está asociada al recuerdo, ya que sería el cuerpo el que muere, pero las personas fallecidas ahora vivirían. La segunda distinción de la muerte como un paso, es en relación con un paso hacia otra (s) dimensión(es): *“Y para mí la muerte, básicamente, es una separación entre dos dimensiones, una dimensión terrenal y otra celestial, desconocida, no terrenal, metafísica, pero otra dimensión”* (II, 30-32);

Otro significado asociado al concepto actual de muerte es *la muerte como parte natural de la vida*. Esto hace alusión a entender la muerte como parte de un proceso natural y de la cual se tiene consciencia de que sucederá en algún momento de la vida. Dentro de los relatos también es posible *identificar un significado asociado al proceso de muerte relativo a características individuales de vida*. Otro significado asociado al concepto de muerte actual es la muerte como final, que puede ser el final de un ciclo y/o de la vida.: *“yo creo que la muerte cierra un ciclo y se acaba esta vida, esta cosa, no creo que la vida siga con un rumbo, yo creo que queda ahí”*. (VII, 42-44).

El último significado en la actualidad es *la muerte como un descanso*. Esta concepción de muerte es explicada principalmente a partir de las experiencias con pacientes terminales.

Significados sobre la muerte previos al trabajo en C L

Razón por la cual no se pensaba ni reflexionaba en torno a lo que era para ellas; se consideraba la muerte como algo lejano e incluso irreal, por lo que no existía consciencia de que ésta podía suceder: *“Yo creo que más bien era un desconocimiento, más que tabú. Yo creo que era una inocencia, una ignorancia frente a la muerte, como que no lo veía que iba a ocurrir, no me detenía a pensar”* (V, 78-82). Con menor fuerza en los datos, es posible apreciar el significado previo de *la muerte como una experiencia cercana*.

El último significado, es *la muerte vista como algo negativo*, lo cual hace referencia tanto a la expresión de la muerte como algo negativo, horrible o espantoso, como también a las consecuencias en torno a esta concepción.

II. Experiencias significativas con pacientes fallecidos

Factores que influyen en recordar al paciente como significativo

En el caso del vínculo con el paciente, este es expresado, en el discurso de las entrevistadas, el cual se caracteriza por una re-

lación descrita como estrecha o cercana, involucrando emociones en torno al paciente, conocimiento de su historia, empatía frente a su dolor, confianza mutua y acciones en relación con el paciente: *“a veces me pasa, que con algunas personas siento que traspaso un poco en algunas cosas de lo profesional, más a las personas, se logra un vínculo un poquito más allá y se logra un vínculo un poquito más allá y se forma una relación bien estrecha”* (III, 284-287).

Uno de los aspectos fundamentales que incluye este tipo de vínculo, como se mencionó anteriormente, es *el conocimiento de la historia personal del paciente*, lo cual incluye el conocimiento sobre su historia de vida familiar y personal, sus deseos, sus preocupaciones, sus miedos en relación con la muerte y sus emociones en relación con situaciones de sus vidas.

Cuando este *tipo de vínculo se crea con un(os) familiar(es) del paciente*, puede ser a consecuencia de la cercanía establecida con el paciente, como también puede ser un suceso particular. El contacto diario con la familia, las tareas de acompañamiento a la familia y el ayudarlos a sobrellevar el proceso hacia la muerte del paciente, favorecerían establecer este tipo de vínculo.

La situación que emerge con mayor fuerza en los datos, en relación con el impacto emocional, es el considerar demasiado joven al paciente para morir: *“Es como si... es como si te sacaran algo del alma... Es que yo no entendía como dos personas tan jovencitas, no se hubieran cuidado, se fueran a morir, como te digo, algo me pasa con la muerte de los jóvenes que no me pasa con la muerte de los mayores y como que tengo esa cosa ahí”* (I, 265-268). El último factor es el sentirse identificado con el paciente, lo cual se relaciona principalmente con la similitud de la entrevistada con la edad del paciente y con la estructura familiar de este.

Funciones desempeñadas por la enfermera en el proceso hacia la muerte del paciente

El acompañar y ayudar en la aceptación de la muerte, también es descrita como una función que desempeñan durante el proceso hacia la muerte del paciente, también con la familia de él. Favorece que se establezcan conversaciones en torno a la aceptación de la muerte: *“Y pucha, con él, aprendimos mucho y a mí me tocó ser firme y acogerlo en su deseo de vida, pero también decirle, no Xxxxxx, hay que ir preparándose para la muerte, y era duro. Porque él me contaba todos sus deseos, planes, pero a mí también me tocaba escucharlo y confrontarlo”* (II, 161-164).

Conversar con el paciente, es una función que es posible de identificar en todos aquellos momentos que las entrevistadas

relatan los sentimientos, los deseos o la historia personal del paciente. Otra función que destaca es el *acompañar y ayudar a resolver aspectos pendientes de la vida del paciente*.

Emociones experimentadas por la enfermera tras la muerte del paciente

En primer lugar, se *evidencia la pena*, emoción que emerge con gran fuerza en los datos, siendo principalmente, la primera emoción que experimentan inmediatamente cuando se enteran o vivencian la muerte de un paciente, por algunas participantes, llenándose sus ojos de lágrimas o llorando durante esa parte de la entrevista. La segunda emoción que destaca es la *paz o tranquilidad con la labor cumplida* o por ver a la familia de la paciente tranquila. Esta emoción fue descrita, principalmente, como posterior a la pena. En las siguientes citas se aprecian algunos de los aspectos mencionados: *"De tranquilidad fíjate para mí...sobre todo en él que no sufrió al fallecer, hay pacientes que fallecen con mucho dolor y yo me preocupé mucho de que él no falleciera con dolor, lo manejamos muy bien..."* (VI, 77-79).

III. Experiencias en relación con la muerte de un familiar

Funciones desempeñadas en relación con la muerte del familiar

Previo a la muerte del familiar, en donde las entrevistadas sintieron la necesidad de decirle a un familiar la *importancia de prepararse para la muerte inminente*, como también ayudarlos a prepararse y aceptar esta idea. Otra función desempeñada previa a la muerte es la *realización de cuidados propios de enfermería*, lo cual incluye la aplicación de medicamentos y la realización de curaciones al familiar, lo cual tiene relación con el conocimiento técnico que poseen y que les permitió desempeñar esta función. Relacionado con esto mismo, destaca una función relativa al *rol de liderazgo desempeñado en torno a aspectos médicos*, lo cual implica tomar decisiones en torno al tratamiento del familiar. En relación con una mayor consciencia sobre el pronóstico y la muerte inminente del familiar, otra distinción es el preparar con *anterioridad todo lo relacionado con el funeral del familiar*, como un modo de anticiparse.

Emociones experimentadas por la enfermera tras la muerte del familiar

En los relatos también se aprecian otras emociones experimentadas de forma posterior a las mencionadas anteriormente. Estas son: *sensación de vacío por la pérdida*; preocupación por otros integrantes de la familia; impotencia por no haber podido hacer algo para mejorar las condiciones del familiar en su estancia en el hospital e impotencia por sentir que se le falló al familiar; rabia por no haber tenido los recursos económicos para pagar una clínica y rabia con la familia por responsabilizarles

las circunstancias de muerte del familiar; agradecimiento con el familiar fallecido, porque fue una oportunidad para acercarse como familia; y bienestar porque el familiar murió tranquilo.

Dificultades en los límites entre el trabajo y la vida personal

La primera dificultad es el *sobre involucramiento con pacientes*, lo cual hace referencia a una identificación con el paciente a partir de aspectos personales reconocidos como no resueltos de ellas. Esta dificultad se evidencia en menor medida en los relatos, pero dentro de ella es posible apreciar dos distinciones importantes. La primera hace *alusión a una sensación de rechazo con el paciente*, producida porque él tendría algo de ellas que no les gusta; y en la segunda, se *aprecia un compromiso emocional con el paciente* de una forma descrita como negativa, ya que se pretendería utilizar al paciente para resolver aspectos no resueltos de sí mismas.

En ambos casos, la manera que se describe de afrontar el *sobre involucramiento es a partir de la toma de distancia con el paciente*, reduciendo el contacto a lo menos posible; *"hay otros pacientes que yo noto que me provocan algún rechazo, pero después me pregunto: ¿qué tiene este paciente que a mí no me gusta? Porque lo más probable que sea algo que tengo que no me gusta o qué me recuerdo, así que trato de analizarlo desde lejos... eh... yo creo que aprendí a separar un poco"* (I, 561-565).

La última dificultad es la *sensación de no comprensión por parte de personas externas al trabajo*, en relación con las experiencias vivenciadas en él. Esta dificultad no impide necesariamente que dejen de conversar con ellos, sobre sus experiencias.

IV. Recursos personales y externos

Aspectos personales que han ayudado a sobrellevar las muertes en general

Uno de los recursos personales que han ayudado a sobrellevar las muertes, en general, que destaca con fuerza en los relatos, es la espiritualidad. En menor medida que el recurso anterior, pero de manera significativa en los relatos, emerge la alegría como un recurso personal que las ayudó a sobrellevar las muertes: *"Mi alegría, mi positivismo, mi entusiasmo, o sea si bien estaba súper enrabada cuando paso lo de mi tía, pero en verdad veía a mi mamá y no po hay que hacer...hay que levantarla, o sea alegría, eso yo creo que me ha ayudado mucho"* (V, 491-493);

Otros recursos identificados son: *la fuerza interior* que les permite superar dificultades y afrontar las muertes; *capacidad de amar al universo*, relacionado con una capacidad de comprensión más amplia; *confianza en los otros*, relacionado con las decisiones que toman las otras personas; *confianza en la propia intuición*, lo cual permitió tomar decisiones en el pro-

ceso hacia la muerte del paciente, en pro de su bienestar, que le otorgan tranquilidad en relación a su labor; *humildad ante los hechos*, relacionado con la aceptación de las muertes; *ser directa al momento de hablar*, lo cual es relacionado con decir lo que se quiere decir de forma clara y oportuna; y el haber estado en una **terapia psicológica previo al trabajo en Cuidados Paliativos**, lo cual es mencionado como algo que permite no verse afectada con las muertes. Cabe destacar, que este último recurso, es mencionado por la entrevistada que además de ser enfermera de profesión, también es psicóloga.

V. Repercusión del trabajo en Cuidados Paliativos en la vida cotidiana

En lo personal: Dentro de los aspectos personales en los cuales repercute el trabajar en C P destaca, de manera significativa, la *valoración del momento presente*: “*En disfrutarla, disfrutar el momento, si tienes ganas de abrazar a tu amiga abrázala, dile que quieres a tu amiga, conserva amigos, es que yo he cometido errores en mi vida ¿cachai?*” (V, 470-476).

Otro aspecto personal que destaca es la *humildad ante la vulnerabilidad de la vida*: “*Yo no me atrevería a decir que entiendo más la muerte porque como te dije al principio yo siento que es un misterio, pero yo siento que la aprendo a aceptar como tal*” (III, 214-218).

Otras repercusiones, en particular, que emergen en los relatos son: el *autoconocimiento* en relación con la posibilidad que entrega su trabajo de percatarse de aspectos de sí misma y tomar acciones en aquellos que creen necesarios de mejorar.

En relación con el medio: El aspecto en común que destaca en aquellas que relatan esto, es la posibilidad que el trabajar en C P les ha otorgado para integrar la muerte en su lenguaje cotidiano de manera natural.

2. Resultados relacionales

A partir de la codificación selectiva, se elaboró un modelo explicativo que articula e integra los datos obtenidos, en los resultados expuestos anteriormente, de forma comprensiva y que pretende sintetizar la información en coherencia con los objetivos y responder a la pregunta de la presente investigación. Este modelo fue realizado en torno a las experiencias cotidianas y cercanas con la muerte, que es el fenómeno central obtenido de los datos. (Figura 2)

Discusión

Ferrater Mora (1947) planteaba que la muerte permanecería como una problemática sin resolución, *ya que la muerte explicaría la vida*, pero no a la inversa. De acuerdo con este estudio,

es posible apreciar como a las participantes la vida las ayudaría a encontrarle sentido y significado a la muerte.

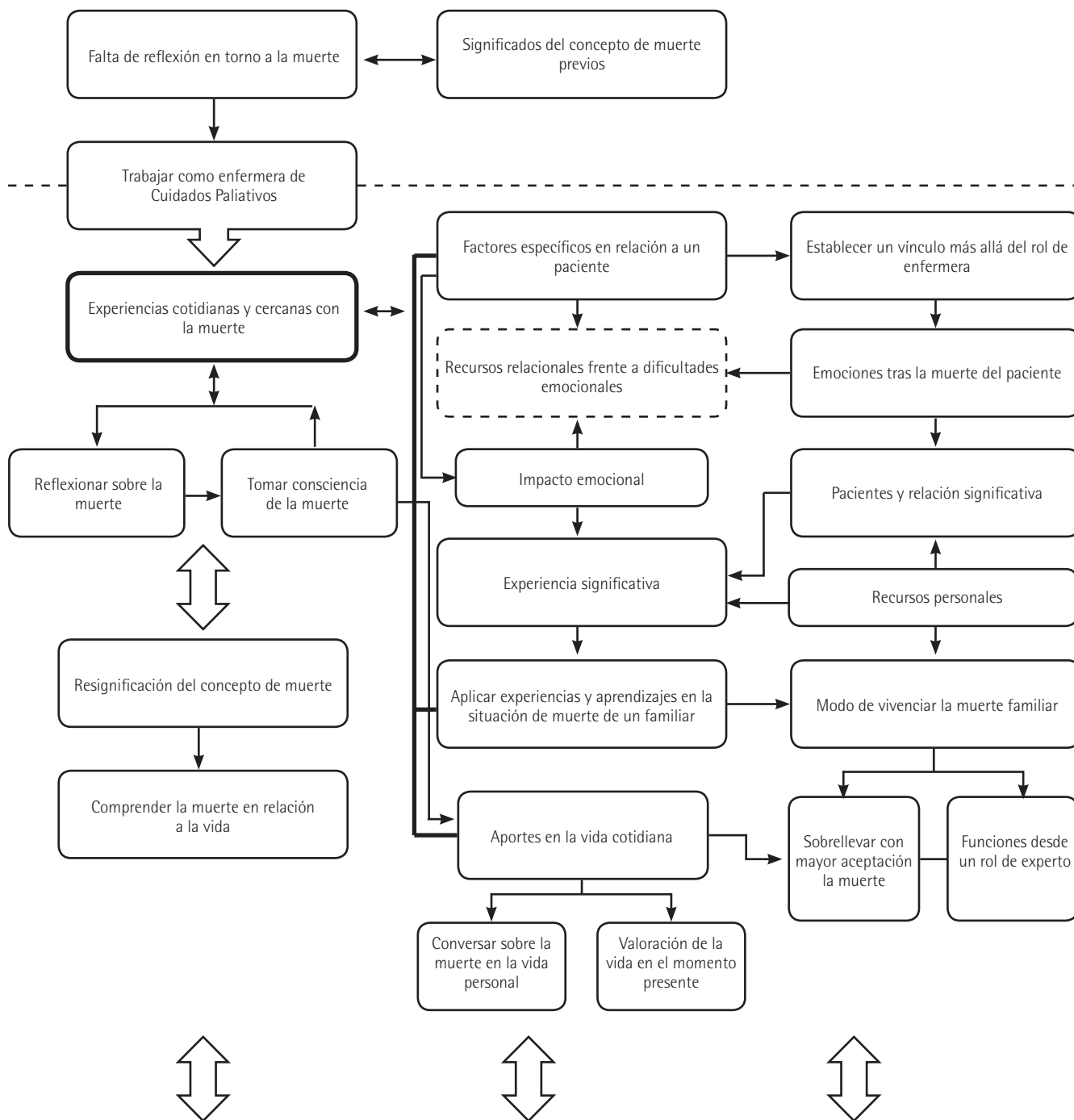
Además, esta transformación es posible de ser explicada a partir del construccionismo social. Como plantea Gergen (1985; 1996) los términos con los cuales comprendemos el mundo son *artefactos sociales* que se producen en relación con los intercambios con las otras personas, que están *históricamente situados*. Es así como las entrevistadas, al entrar en una unidad de Cuidados Paliativos, establecen nuevas *relaciones dialógicas en un contexto determinado*, el cual se caracteriza por la posibilidad inminente de la muerte, lo cual abre nuevos campos de comprensión tanto en relación con la muerte como otros aspectos de la vida. En relación con esto mismo, si se entiende que las palabras, como plantea Shotter (1998), Anderson (1999) y también Wittgenstein (1953 en Gergen, 1996; 2007), adquieren significado dependiendo del uso que se le da en una comunidad específica, es posible comprender cómo las participantes, a partir de un proceso activo, dinámico y constante de interacción, logran otorgarle significado a sus experiencias que repercuten en su concepto de muerte.

Como se planteó anteriormente, en el proceso de *resignificación*, existe una participación constante de las otras personas con las cuales se relacionan las entrevistadas, ya que las conversaciones, las relaciones y el contacto que se establece, fundamentalmente con los pacientes, fue esencial para el proceso de transformación, en el cual se resignifica el concepto de muerte.

La importancia de las relaciones que se establecen en los significados del concepto de muerte de las participantes, puede ser comprendido en base a que éstos son co-construidos con quienes comparten en sus diferentes dominios de existencia, frente a lo cual Shotter (1984 en Shotter, 2001) plantea la *“acción conjunta”* y Gergen (2009) la llama *“co-acción”*, en donde ambos conceptos explican cómo nuestra forma de hablar puede mover a los demás o modificar sus percepciones y así mismo a la inversa, lo cual permite dotar de significado sucesos, acciones y a nosotros mismos.

Dentro de los principales resultados que se establecieron en el estudio mencionado anteriormente, de Maza et al. (2008), se encontró que los factores que influyen en que el profesional de enfermería tenga una *actitud tanto negativa o positiva con el paciente*. La importancia del vínculo revelado en el presente estudio resulta significativa de considerar para futuras investigaciones, como también el poder discutir en relación con la formación profesional que se da en las universidades en torno a este. En relación con lo anterior, en la presente investigación, se observa que la muerte de un paciente *vivido como una pérdida*, se asocia a aquellos pacientes con los cuales se estableció

Figura N°2
Modelo selectivo



Narrativas dominantes y significados en torno a la muerte

una relación estrecha y cercana, lo cual no sucedería con todos los pacientes.

Pérez y Cibanal (2011), en torno a la labor de la enfermera con pacientes oncológicos terminales, se concluyó en sus resultados, que las participantes, tienen una idea personal, hospitalaria y de formación profesional de que deben ser un ser escindido entre su yo personal y su yo profesional, originándoles una angustia existencial profunda, muchas emociones contenidas y un caos en los parámetros del comportamiento cotidiano. En la presente investigación, se observa, que en las narrativas de las participantes se menciona la importancia del *autocontrol emocional en ciertas ocasiones*, asociado a su labor como profesionales, como también frente a los pacientes con los cuales existe mayor vínculo.

Otro de los aspectos relevantes de esta investigación se relaciona con los efectos en la vida cotidiana de las participantes de este estudio, producto del ejercicio de la profesión en Cuidados Paliativos. En los datos teóricos y empíricos encontrados

se plantea que los profesionales de enfermería, por el ejercicio de su profesión en estas unidades, estarían más propensos a padecer el síndrome de Burnout (Flores et al., 2014 y Acinas, 2012) y otras afecciones como el Desgaste Por Empatía (Acinas, 2012). La mayoría mencionó que más que por su labor con pacientes, existirían otras dificultades relacionadas con funciones administrativas y roces con colegas. A pesar de lo anterior, ninguna expresó que lo anterior había sido de una magnitud tal que las hayan llevado a replantearse su trabajo con pacientes en estas unidades, así como tampoco lo relacionaron con enfermedades.

Las participantes, a partir de los *intercambios sociales* que establecen en la unidad de C. P. donde trabajan, han logrado adquirir un tipo de lenguaje, en donde *la muerte es incorporada* y se asocia con diferentes significados productos de un *proceso activo y constante de interacciones* (Shotter, 1998). De esta manera, a las participantes les resulta más natural establecer conversaciones en relación con la muerte, ya que forma parte de su lenguaje cotidiano.

Bibliografía

1. Acinas, M.P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22.
2. ALCP. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (2009). *Currículo de Enfermería para un Programa de Postgrado en Cuidados Paliativos*. Houston: IAHPC Press.
3. Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
4. Bechtel, W. (1991). *Filosofía de la mente*. Madrid: Tecnos.
5. Castanedo, I., Suárez, C. y Vivar, C. (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y duelo. *Enfermería Docente*, 91, 16-18.
6. Castillo, I., Ledo, H. y del Pino, Y. (2012). Terapias Narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*, 42(10), 59-66.
7. Chessick, R. (1990). Hermeneutics for psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 256-273.
8. Chile, Ministerio de Salud (2011). *Guía Clínica AUGÉ: Alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos*. Santiago, Chile: MINSAL.
9. España, Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Unidad de Cuidados Paliativos. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
10. Ferrater, J. (1947). *El sentido de la muerte*. Buenos Aires: Sudamericana.
11. Flores, D., Vega, V., Del Río, C. y Zavala C. (2014). Ocuparse del bienestar de los profesionales de la salud: Un desafío pendiente. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 1(14), 33-34.
12. Gadamer, H.-G. (1977). *Verdad y Método*. Salamanca: Sígueme.
13. Gálvez, M. y Muñumel, G. (2010). Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos. *Index de enfermería*, 19(2-3), 191-195.
14. García, V. y Rivas, E. (2013). Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Ciencia y Enfermería*, 19(2), 111-124.
15. Gergen, K., (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist* 40(3), 266-275.
16. Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
17. Gergen, K. (2003). Meaning in Relationship. En M., Gergen y K., Gergen (Eds.), *Social Construction A Reader* (pp. 148- 154). London: Sage.
18. Gergen, K. (2007). La ciencia psicológica en el contexto posmoderno. En A. Estrada y S. Diazgranados (Comps.), *Construccionismo Social. Aportes para el debate y la práctica* (pp. 93-123). Bogotá: Uniandes-CESO.
19. Gergen, K. (2009). In the Beginning Is the Relationship. En *Relational Being* (pp.29-59). New York: Oxford University Press.
20. Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago:Aldine.
21. Gómez-Batiste, X., Porta, J., Tuca, A. & Stjernsward, J. (2005). *Organización de servicios y programas de cuidados paliativos*. España: Ediciones ARÁN.
22. Grandesso, M. (2002). *Terapias posmodernas: un panorama*. *Sistemas Familiares*, 18(3), 19-27.
23. Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago (2000). El enfermo terminal. *Revista médica de Chile*, 128(5), 547-552.
24. Guba, E. (1990). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park, California: Sage.
25. Heidegger, M. (1927). *Ser y Tiempo*. Barcelona: Planeta.
26. DeAgostini.T. (1993). *Construccionismo y psicología*. *Revista Interamericana de Psicología*, 28, 105-123.
27. Krause, M. (1995). *La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos*. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39.
28. Lévinas, E. (1994). *Dios, la muerte y el tiempo*. Madrid: Cátedra.

29. Martín-Crespo, M.C. y Salamanca A.B. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*, 27, 1-4.
30. Maslach, C. y Jackson, S. (1982). Burnout in the health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 227- 251). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
31. Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 37-43.
32. Maza, M., Zavala, M. y Merino, J. (2008). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 39-48.
33. Mella, O. (2003). Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación. Santiago de Chile: Editorial Primus.
34. Minayo, M. C. S. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, 6(3), 251-261.
35. Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Rodríguez, R. y Morante, M.E. (2003). El desgaste profesional o burnout en los profesionales de oncología. *Boletín de Psicología*, 79, 7-20.
36. Noreña A, Alcaraz-Moreno N., Rojas J., Rebolledo D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichán*, 12(3), 213-27.
37. OMS (1990). Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
38. OMS (2002). Programas nacionales de control de cáncer. Políticas y guías para la gestión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
39. Orange, D (2012). Pasar por la situación junto al otro. En *Pensar la práctica clínica* (pp. 109-130). Santiago: Cuatro vientos.
40. Pascual, M.C. (2011). Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería Intensiva*, 22(3), 93-103.
41. Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenchlas, J., Monti, C., Rocafort, J. y Centeno, C. (2012). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. Houston: IAHP Press.
42. Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa*. Barcelona: Paidós.
43. Pérez, M. y Cibanal, L. (2011). Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México. *Cultura de los cuidados*, 0, 52-59.
44. Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25(1), 5-27.
45. Quiroz, A. (1986). *Medicina Forense*. México D.F: Porrúa S.A.
46. Shotter, J. (1998). Toward a third revolution in psychology: From inner mental representations to dialogical social practices. En D. Bakhurst y S. Skanker (Eds.), *Culture, language, self: The philosophical psychology of Jerome Bruner* (pp. 17-34). Londres: Sage.
47. Shotter, J. (2001). *Realidades Conversacionales*. Argentina: Amorrortu.
48. Strauss, A., y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia.
49. Vega, P., Gonzáles, R., Palma, C., Ahumada, E., Mandiola, J., Oyarzún, C. y Rivera, S. (2013). Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras (os) pediátricas (os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichán*, 13(1), 81-91.
50. Wachterhauser, B (ed.) (1986). Must we be what we say? Gadamer on truth in the human sciences. En *Hermeneutics and modern philosophy* (pp.219-240). Albany: State University of New York.
51. White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
52. White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa