







**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**

**“PATRONES DE CONOCIMIENTO EN LA EXPERIENCIA DE  
ENFERMERAS/OS AL ACOMPAÑAR EL PROCESO DE  
MORIR: UN APORTE PARA EL DESARROLLO ÉTICO DE LA  
PROFESIÓN”.**

**Claudia Andrea Collado Quezada**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGISTER EN BIOETICA**

**Director(a) de Tesis: Prof. Verónica Aliaga Castillo**

**2016**

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES  
ESCUELA DE POSTGRADO

**INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER**

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina,  
que la Tesis de Magíster presentada por la candidata

**Claudia Andrea Collado Quezada**

**ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magíster en Bioética.**

Prof. Verónica Aliaga Castillo  
**Directora de Tesis**  
**Académica**  
**Facultad de Medicina**  
**Universidad de Chile**

**COMISION INFORMANTE DE TESIS**

**Prof. Adela Montero**

**Prof. Carolina Montero**

**Prof. Verónica Anguita**  
**Presidente Comisión**

## DEDICATORIA

### **A mi hija Keiko**

*Por todo alegrarse con cada uno de mis avances, así como por la paciencia de pasar innumerables fines de semana dibujando y leyendo a mi lado mientras yo escribía, en donde salir juntas parecían sólo promesas.*

### **A mi madre Claudina**

*Por su apoyo incondicional y la paciencia de verme durante horas frente al computador, acompañando a Keiko a dormir y ayudándome en las labores domésticas que me aliviaron el trabajo.*

### **A mi padre Miguel**

*Por su compartir conmigo diálogos y reflexiones que constituyeron un aporte para el desarrollo de mi tesis. Por estar cerca cada vez que la tecnología parecía jugarme una mala pasada.*

### **A mis colegas**

*Por la confianza en que llegaría a buen término. Por las innumerables palabras de aliento para continuar, así como, las muchas veces en que asumieron mis tareas para que yo pudiera destinar tiempo a escribir.*

### **A cada una de las personas que han partido ante mis ojos**

*Por constituir la principal motivación para desarrollar el tema de esta tesis, siendo maestros que han llenado mi corazón de enseñanzas y soñar que siempre se puede hacer más. Por mostrarme que, un día, seré yo misma quien necesite acompañamiento al dejar este mundo.*

## AGRADECIMIENTOS

Al finalizar esta tarea, se agolpan en mi mente recuerdos de muchas personas que confiaron en mi trabajo, que me apoyaron en silencio, que me aportaron con sus ideas y experiencias de vida, entre ellas, es preciso mencionar:

- ) Prof. Verónica Aliaga y Prof. Gabriela Huepe por guiarme y destinar tiempo a dialogar, reflexionar sobre el fenómeno de estudio, así como las horas que destinaron a revisar los textos. Por su amable retroalimentación y respeto en el planteamiento de las ideas.
- ) Prof. Amalia Silva, Directora de Departamento y Prof. Viviana Cristi, Directora de Escuela, por permitirme gestionar mis propios tiempos, alegrándose cada vez que había avances concretos, lo que impulsó a cumplir con el compromiso, de obtener el grado de Magíster en Bioética, que adquirí con la Dirección del Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile.
- ) Mis compañeros/as de oficina, Marcela, Gedman, Cristian, Carolina, Patricia C., Patricia G, Jaqueline, Roxana, Flora, Alicia, Alba quienes constituyeron un apoyo permanente e incondicional. Agradezco cada uno de los aportes que me permitieron mejorar.
- ) A las colegas integrantes de la Comisión de Innovación Curricular de Enfermería por acoger mis eternas excusas al no asistir a las reuniones.
- ) A cada uno/a de los/as colegas que participaron en esta investigación, que compartieron sus saberes y vivencias comprendiendo que la construcción de evidencia es fundamental para el progreso de nuestra profesión, lo que es tarea de todo el colectivo de enfermería.

## INDICE

	PÁGINA
PORTADA	3
INFORME DE APROBACIÓN DE TESIS	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTOS	6
INDICE	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
OBJETIVOS	13
METODOLOGÍA	14
DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA	23
ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	40
RESULTADOS	43
DISCUSIÓN	100
CONCLUSIONES	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	115
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	116

## RESUMEN

Los profesionales de enfermería se desempeñan en diversos contextos lo que determina la necesidad de aplicar saberes propios del cuidado y otras disciplinas. Este cuerpo de conocimientos se organiza mediante patrones, descritos por Bárbara Carper en los años '70, que permiten pensar fenómenos de la práctica, construyendo conocimientos que sean de interés al colectivo de enfermeras/os. Este estudio consideró 4 patrones de conocimiento en enfermería descritos por esta autora: empírico, personal, ético y estético.

Las/os enfermeras/os acompañan el proceso de morir en el hospital, enfrentando tensiones éticas al gestionar cuidados en estas situaciones. El propósito es contribuir al conocimiento comprensivo de esta experiencia para prescribir cuidados de calidad en el marco ético de la profesión. El objetivo general: describir los patrones de conocimiento en la experiencia de las/os enfermeras/os al acompañar el proceso de morir. Se realizó un estudio cualitativo descriptivo con enfoque hermenéutico. La selección de los participantes fue opinático. La recogida de datos mediante entrevista semiestructurada. Se realizaron 13 entrevistas, analizando la información a través de análisis de contenido. Se concluye que los patrones de conocimiento en enfermería actúan de simultáneamente, siendo el personal y ético los de mayor significancia, los cuales determinan la calidad de los cuidados.

## **ABSTRACT**

Professional nurses are able to work in different contexts which determine the necessity of applying their own knowledge of caring and knowledge from other disciplines. This body of knowing, described by Bárbara Carper in the '70, is organized through patterns that allow the thinking of practical phenomenon, and building knowledge of common interest to nurses. This study considered four patterns of knowing in nursing described by this author: Empirical, Personal, Ethical, and Aesthetic.

Professional nurses accompany the dying process of their patients in the hospital, facing many ethical issues in the management of caring in this kind of situations. The purpose of this study is to contribute to the comprehensive understanding of this experience, in order to deliver quality care according to ethical guidelines. Objective: to describe the patterns of knowing in the experience of nurses who accompany the dying process of their patients. A descriptive qualitative study with a hermeneutic approach was carried out. The selection of the participants was opinion based. The data was collected by a semi structured interview. Thirteen interviews were carried out, interpreting the information through content analysis. Conclusion: the patterns of knowing in nursing simultaneously appear, being the personal and ethical patterns more significant, determining the quality of caring.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el proceso de morir se ha trasladado al espacio hospitalario, los pacientes llegan cada vez más deteriorados a los servicios de medicina aquejados por enfermedades en etapas terminales, donde necesitan cuidados pertinentes en este complejo contexto, lo cual constituye un desafío para la profesión de enfermería, dada la necesidad de aplicar saberes propios del cuidado y otras disciplinas. Este cuerpo de conocimientos es posible organizarlo mediante patrones, los cuales fueron descritos por Bárbara Carper en los años '70, que permiten pensar fenómenos de la práctica, construyendo conocimientos que sean de interés al colectivo de enfermeras/os. Los patrones de conocimiento en enfermería considerados en la presente investigación se relacionan con los descritos por esta autora, a saber: empírico, personal, ético y estético.

Por otro lado, corresponde a mandatos deontológicos el realizar los esfuerzos posibles para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas que requieren cuidados de enfermería a la luz de estándares éticos que rigen la profesión, lo que se suma a esfuerzos gubernamentales por mejorar el trato que se brinda a pacientes y familiares en el servicio público. En este sentido, conocer los patrones de conocimiento en enfermería en el acompañamiento de pacientes en el proceso de morir, constituye información de lo que ocurre en la praxis, con fin de incorporar estrategias que permitan abordar estas temáticas contando con profesionales formados en el área y con la expertiz necesaria.

En este sentido, se decide realizar la presente investigación a través de un diseño cualitativo con enfoque hermenéutico, que permita acercarse al fenómeno y de esta manera, conocer la forma en que enfermeras/os piensan y aplican sus saberes constituyendo un aporte para el desarrollo ético de la profesión con la posibilidad de incorporar contenidos en pregrado, postgrado y postítulo lo que, en un mediano plazo, pueda traducirse en que la personas en proceso de morir reciban cuidados pertinentes y ajustados.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de morir en el espacio hospitalario constituye un fenómeno de interés para enfermería, considerando que de acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información de salud del MINSAL, el año 2012 hubo 30.069 personas que fallecieron en los servicios de salud en Chile. Siguiendo esto, cabe destacar que *“los servicios de enfermería en un hospital significan más del 70% de las intervenciones y una parte significativa del presupuesto”* (1). De acuerdo a estos datos, y considerando la complejidad del proceso de morir, es que se levanta la necesidad de indagar en la forma en que los profesionales de enfermería toman decisiones las cuales tienen implicancias éticas en la práctica clínica, visualizado desde los patrones de conocimiento en enfermería con el propósito de contribuir al conocimiento comprensivo de esta experiencia en particular, teniendo en cuenta los múltiples saberes que se requiere movilizar para entregar cuidados de calidad en el marco ético de la profesión. Esta investigación se enfoca en la experiencia de enfermeras/os que acompañan el proceso de morir en servicios de medicina de adultos, ya que de acuerdo al Modelo de Gestión Hospitalaria del MINSAL, se establecen los cuidados progresivos según la complejidad de los pacientes, por lo que en estos servicios se observa el fenómeno con mayor frecuencia.

Existen investigaciones en el ámbito de enfermería relacionada con aspectos vinculados a la muerte, por ejemplo, la experiencia de enfermeras intensivistas en la muerte de un niño la que involucra vivencia, duelo y aspectos bioéticos (2). Otro estudio cuantitativo transversal descriptivo, trata sobre experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería ante la muerte de un paciente hospitalizado, que da cuenta que el 75% de los estudiantes han experimentado el proceso de muerte de pacientes (3). A su vez, existen trabajos relacionados con los patrones de conocimiento en enfermería, sin embargo, están referidos a experiencias que surgen desde incidentes críticos o eventos particulares (4).

Siguiendo lo anterior, se levanta la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo los patrones de conocimiento de enfermería se evidencian en la experiencia de enfermeras/os al acompañar el proceso de morir de pacientes y de qué manera son un aporte al desarrollo ético de la profesión?

De este modo, se hace necesario levantar conocimientos desde las experiencias cotidianas que permitan visibilizar los saberes que movilizan las/os enfermeras/os para tomar decisiones cuando se enfrentan a la experiencia de acompañar el proceso de morir de personas adultas en los hospitales, de manera de construir conocimientos relacionados con este fenómeno, que permitan orientar el cumplimiento de los requisitos éticos propios de la profesión de enfermería. Por último, visualizar la relación entre patrones de conocimiento en enfermería y la ética del cuidado parece ser un ejercicio coherente, considerando que hay un patrón de conocimiento ético que puede ser intencionado hacia desarrollar los aspectos éticos de la profesión más allá de los códigos de ética.

Por lo anteriormente expuesto, es menester facilitar el enlace entre el aspecto reflexivo que da la ética con lo que sucede en contextos reales, que permitan aportar conocimientos posibles de desarrollar tanto en pregrado, postgrado y pos título fomentando desde esta perspectiva el desarrollo de cuidados avanzados teniendo en cuenta que tal como menciona M. Duran *“las enfermeras expresamos nuestro conocimiento a través de la práctica y si no pensamos en términos reales del conocimiento podemos entrar en la penumbra de la repetición y el estancamiento”*(5), por lo que se convierte en una necesidad para la disciplina de enfermería, investigar en diversos espacios en los cuales se da el cuidado, teniendo en cuenta que este fenómeno constituye una piedra angular para que los profesionales de enfermería puedan entregar cuidados pertinentes debidamente argumentados en contextos de incertidumbre como lo es la práctica clínica.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Caracterizar los patrones de conocimiento de enfermería en la experiencia de las/os enfermeras/os al acompañar el proceso de morir de pacientes.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir cómo el profesional de enfermería utiliza el patrón de conocimiento empírico al acompañar el proceso de morir de pacientes.
2. Describir cómo el profesional de enfermería utiliza el patrón de conocimiento personal al acompañar el proceso de morir de pacientes.
3. Describir cómo el profesional de enfermería utiliza el patrón de conocimiento ético al acompañar el proceso de morir de pacientes.
4. Describir cómo el profesional de enfermería utiliza el patrón de conocimiento estético al acompañar el proceso de morir de pacientes.

## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio:

**Cualitativo descriptivo con enfoque hermenéutico:** La atención la dirige a sucesos relevantes (6), donde lo central radica en el entendimiento y la interpretación del fenómeno, considerando la subjetividad. Los investigadores son actores que también quieren experimentar lo que investigan por lo que están sujetos a interacción (7). Considera el contexto en el cual se investiga en donde el entendimiento surge del diálogo (8). Llevado al ámbito de la investigación en enfermería, *“busca fundamentar la investigación sobre la praxis, la totalidad, las divergencias y convergencias derivados de las determinaciones sociales presentes en la realidad objetiva, permitiendo explorar su dimensión singular, particular y estructural”* (9).

### Población de estudio:

Profesionales de enfermería que se desempeñen como enfermeras/os clínicas/os en el Servicio de Medicina de un hospital público de la Región Metropolitana durante el primer semestre del año 2016.

### Técnicas de muestreo:

El diseño muestral fue opinático, que consiste en escoger la población de estudio de acuerdo a la factibilidad y accesibilidad. Para esta investigación se consideró la disponibilidad de tiempo de los profesionales de enfermería dado que las entrevistas se realizaron fuera del horario de laboral según acuerdo con la Institución (10), así como en escoger participantes que proporcionen la mayor riqueza de información que permita acercarse lo más posible al fenómeno de estudio según lo explica Patton (11). Considerando lo anterior, los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- ) Profesional de enfermería que haya vivenciado el proceso de morir de algún paciente en el servicio en el que se desempeña.

No se consideró tiempo de desempeño profesional en el servicio en que se realizará el estudio como criterio de inclusión, puesto que es de interés de la in-

investigadora conocer si el tiempo de exposición al fenómeno marca alguna diferencia en la utilización de los patrones de conocimiento en enfermería.

Por otra parte, no se consideró la edad del profesional ni los años de ejercicio de enfermera/o, ya que interesa tener una muestra de amplio espectro. En este sentido, se intencionó una muestra heterogénea, no siendo determinante del número de entrevistas.

Otros aspectos como la religiosidad de los participantes se consideraron a posteriori en los resultados y discusión luego del trabajo de campo. Cabe señalar, que este aspecto se explora en la entrevista en el contexto relacionado con el patrón de conocimiento personal desde la disciplina de enfermería.

No hubo criterios de exclusión para la presente investigación.

### **Muestra:**

El criterio de muestreo fue por saturación de unidades de significado, el cual se estimó aproximadamente con 10 a 15 entrevistas.

Se realizó un total de 13 entrevistas a profesionales de enfermería entre enero y marzo del año 2016, que cumplían con los criterios de inclusión declarados en el marco metodológico, hasta la saturación de la información. Se intencionó una muestra heterogénea que permita aproximarse al fenómeno desde distintas perspectivas. Entre los tópicos que permiten caracterizar las/os participantes se encuentran: género, edad, universidad, años de egresada/o de la carrera, años trabajando en el servicio de medicina y la creencia religiosa de las/os profesionales entrevistadas/os.

En relación al género, la mayoría de las/os profesionales de enfermería son personas de género femenino lo que corresponde a 10 de las 13 entrevistas. En cuanto a la edad, 9 profesionales tenían una edad que fluctúa entre 24 y 30 años, el resto está entre 30 y 37 años lo que da cuenta que, en este servicio, predominan

las/os profesionales jóvenes. Las universidades de las cuales egresaron las/os entrevistadas/os son variadas, correspondiendo a instituciones públicas y privadas, con predominio de las privadas. Destaca que dentro de las/os entrevistadas/os, se encuentran 2 egresados de universidades extranjeras, a saber: Colombia y Brasil lo que es considerado positivo para los fines de la investigación.

La mayoría tiene menos de 3 años de egresados, lo que corresponde a 7 de los 13 entrevistados. A su vez, 4 entrevistados tienen entre 3 y 6 años de experiencia profesional lo que da cuenta que la tendencia en este tipo de servicios es a tener profesionales de enfermería adultas/os jóvenes. La misma tendencia se observa en los años que llevan trabajando en el servicio, ésta fluctúa entre 1 y 9 años concentrándose en el intervalo de 1 a 3 años de experiencia.

Se consultó como antecedente general la creencia religiosa, considerando la relevancia que implica en relación con el tema de la investigación, lo cual se estableció en el diseño metodológico que es de interés de la investigadora indagar en este aspecto dada la temática del estudio. Todos los entrevistados declaran tener alguna creencia religiosa, la mayor parte de ellos se define como católico lo que corresponde a 6 de los 13 profesionales entrevistados. Las otras opciones de creencia no se repiten con la misma frecuencia. Entre las otras creencias religiosas que se categorizaron ellos mismos al realizarles la pregunta se encuentran: católico observante, cristiano, creyente y católico-cristiano.

Las características de las/os participantes se resumen en el cuadro N°1:

**Cuadro N°1: Caracterización de los profesionales de enfermería entrevistados**

Genero	Masculino	3
	Femenino	10
Edad	24 a 30 años	9
	31 a 37 años	4
Universidad	Andrés Bello	1
	Autónoma	1
	Católica	1
	Del Bío Bío	1
	De Chile	2
	De la fundación Universitaria de Área Andina de Colombia	1
	De Los Andes	1
	De Santo Amaro de Sao Paulo, Brasil	1
	Santo Tomás	4
Años de Egreso	1-3 años	7
	3-6 años	4
	6-9 años	1
	> 9 años	1
Años en el Servicio de Medicina	1-3 años	8
	3-6 años	4
	6-9 años	0
	> 9 años	1
Creencia religiosa	Católica	6
	Católica observante	1
	Creyente	4
	Cristiano	1
	Católica-cristiana	1

## **Técnica de recolección de datos:**

Entrevista semiestructurada individual de manera de contar con una guía que permitió abordar todos los temas a explorar (10). Sin embargo, es necesario precisar de acuerdo a lo planteado por Flores, que la entrevista no es un cuestionario rígido que el investigador deba seguir paso a paso, sino que las preguntas sirven como referencia para abordar los temas y objetivos relevantes para la investigación, es decir, existe libertad y flexibilidad para el desarrollo de la entrevista (12).

## **Técnicas de análisis de datos**

Se realizó mediante análisis de contenido, que busca interpretar el contenido y sentido del discurso (10) mediante *“la recolección, organización, selección y agrupación de los datos a través de un criterio lógico, se desarrolla en base a un soporte teórico para atender un objetivo y responder a un problema...”* (9).

Las entrevistas fueron grabadas, previa autorización de la/el participante junto al registro de notas de campo durante al momento de la recogida de datos.

Se transcribieron las entrevistas textuales, posteriormente se construyó una matriz de categorías preliminar la que fue rediseñada una vez que se identificaron y clasificaron las unidades de análisis. Posteriormente, se ajustó la matriz y se reclasificaron los datos identificando categorías y subcategorías preestablecidas y emergentes.

Del análisis de las unidades de significado, se obtuvo un total de 4 metacategorías las que fueron previamente definidas en el marco teórico, las cuales corresponden a: patrón de conocimiento empírico, patrón de conocimiento personal, patrón de conocimiento ético y patrón de conocimiento estético. De estas metacategorías, surgieron categorías y subcategorías, unas preestablecidas según lo mencionado en

el marco teórico y otras emergentes de acuerdo a los datos obtenidos de las entrevistas. El Cuadro N°2 muestra el resumen de la matriz de categorías.

### **Cuadro N° 2. Resumen Matriz de Categorías.**

<b>METACATEGORÍA 1: Patrón de Conocimiento Empírico</b>	
<b>CATEGORÍAS</b>	<b>SUBCATEGORÍAS</b>
1.1. Conocimientos de enfermería	
1.2. Procedimientos de enfermería y enfermería básica	
1.3. Cuidados al final de la vida (emergente)	1.3.1. Alivio del dolor
	1.3.2. Acompañamiento del paciente
	1.3.3. Condiciones del paciente al final de la vida
1.4. Cuidados post mortem (emergente)	
<b>METACATEGORÍA 2: Patrón de Conocimiento Personal</b>	
<b>CATEGORÍAS</b>	<b>SUBCATEGORÍAS</b>
2.1. Vivencias personales	2.1.1. Experiencias personales previas
	2.1.2. Experiencias profesionales previas
	2.1.3. Impacto provocado por el fallecimiento de los pacientes en los profesionales de enfermería (emergente)
	2.1.4. Modificación de la práctica de enfermería a consecuencia de las vivencias personales (emergente)
2.2. Preparación del profesional de enfermería para acompañar en el morir	2.2.1. Credo religioso del profesional de enfermería
	2.2.2. Sin preparación interna específica (emergente)
	2.2.3. Otro tipo de preparación interna (emergente)
2.3. Autoconocimiento	
2.4. Habilidades Blandas	

<b>METACATEGORÍA 3: Patrón de Conocimiento Ético</b>	
<b>CATEGORÍAS</b>	<b>SUBCATEGORÍAS</b>
3.1. Principios	
3.2. Valores	
3.3. Conflictos éticos	3.3.1. Limitación del esfuerzo terapéutico
	3.3.2. Ensañamiento terapéutico
	3.3.3. Trato digno (emergente)
	3.3.4. Sobrecarga de trabajo (emergente)
3.4. Influencia de las emociones en el cuidado otorgado. (Emergente)	
3.5. Compañía espiritual (Emergente)	3.5.1. Desde el profesional de enfermería al paciente
	3.5.2. Necesidad del paciente o familia de compañía espiritual
3.6. Responsabilidad Profesional (Emergente)	3.6.1. Resguardo de la intimidad y privacidad
	3.6.2. Obediencia reflexiva
	3.6.3. Relación con la familia
	3.6.4. Muerte Digna
3.7. Conflictos éticos con el equipo de salud (emergente)	3.7.1. Médicos
	3.7.1. Profesionales de enfermería
	3.7.2. Técnicos de enfermería
<b>METACATEGORÍA 4: Patrón de Conocimiento Estético</b>	
<b>CATEGORÍAS</b>	
4.1. Características personales (emergente)	
4.2. Praxis en su conjunto (emergente)	
4.3. Autoconocimiento (emergente)	

## Calidad y rigor

Los criterios de calidad y rigor, fueron abordados desde Lincoln y Guba (1985), que consideró (6):

- *Credibilidad*: Se realizó mediante comprobación de participantes, en el que se contrastaron los datos con los mismos entrevistados/os que son los que construyen la fuente de datos. Son considerados como conocedores profundos del fenómeno. Esto se llevó a cabo mediante el envío vía correo electrónico de los resultados dándoles la posibilidad de hacer comentarios respecto a si se sienten identificados con ellos.
- *Transferibilidad*: Esta investigación se realizó en un hospital de alta complejidad el que tiene la modalidad de cuidados progresivos de acuerdo a la normativa vigente en el servicio público. Por tanto, los resultados son posibles de extrapolar en otros establecimientos con características similares en el país, gracias a que se cuenta con la descripción detallada del proceso investigativo, considerando tanto las notas de campo como la descripción del contexto, que respaldan esta extrapolación.
- *Dependencia*: este criterio fue cautelado mediante notas de campo de cada una de las entrevistas, que da cuenta de la similitud del procedimiento. Las notas de campo tomadas por la investigadora muestran que todas las entrevistas se realizaron en similares condiciones, respetando la preferencia de la/el participante. Se llevaron a cabo durante las mañana en el saliente de turno en el hospital, a excepción de 2 casos particulares en el que las/os entrevistados solicitaron otro lugar de su conveniencia.
- *Confirmabilidad*: para dar cumplimiento a este criterio, se realizó triangulación entre investigadores en el proceso de construcción de la matriz en su etapa final, así como en el análisis de las entrevistas para examinar si los datos apo-

yan las interpretaciones realizadas. El procedimiento de triangulación se llevó a cabo con cada una de las metacategorías de manera independiente. Se contó con la colaboración de las tutoras de esta tesis, como investigadoras para este fin.

## **DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **1. Introducción**

Considerando la temática de la presente investigación, se abordan los principales aspectos relacionados con la muerte, tomando en cuenta la perspectiva histórica, así como las fases por las que atraviesa la persona durante el proceso de morir. Así mismo, se resaltan algunos elementos del acompañamiento en la muerte intentando mantener una mirada laica y pluralista con énfasis en el rol del profesional de enfermería.

Por otro lado, se desarrollan aspectos conceptuales relacionados con los patrones de conocimiento en enfermería, la forma en ellos constituyen saberes disciplinares y las posibilidades de aplicación en la praxis. Se incorpora el aporte de la ética del cuidado así como los argumentos que sostienen su crítica.

Finalmente, se establece el vínculo que existe entre patrones de conocimiento en enfermería y ética del cuidado el cual permite fundamentar el cuidado y acompañamiento de las personas en proceso de morir.

### **2. Antropología de morir**

Muchos han escrito en relación al tema de morir desde distintas perspectivas, así como de los cambios que se han producido en esta temática en los distintos periodos históricos, dando cuenta de evidentes diferencias culturales. A pesar de los distintos enfoques, parece ser, que un punto de encuentro entre ellos consiste en que la modernidad, con su progreso y la mejora indefinida de sus procesos y productos, no ha sido capaz de vincularse pacíficamente con la muerte y el morir, donde estos se escapan de la racionalidad propia del avance tecnológico, constituyendo una forma de anti-progreso necesaria de difuminar para evitar el sufrimiento por la imposibilidad de controlarla. Por tanto, es necesario volver cada vez más sutiles los símbolos y ritos, evitando a toda costa que se evidencie

la finitud del ser humano donde el fin constituye el fracaso del avance técnico científico (13).

Entenderemos el morir como llegar al término de la vida y muerte como la cesación de la vida que en el pensamiento tradicional se explica como la separación del cuerpo y del alma, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española. Es, decir, el morir es un proceso y la muerte un momento. Los seres humanos, a través de la historia, han intentado explicar este fenómeno temido y respetado a la vez. Distintas áreas del conocimiento estudian este periodo de la vida: la filosofía con sus argumentos, la religión con la trascendencia, las ciencias sociales entendiendo los procesos colectivos que envuelven el final de la vida, la antropología explicando los ritos, la medicina siendo su férreo oponente que intenta derrocarla a toda costa sin éxito que, cuando se da por vencida, le estira la mano esperando ser tocado por ella. Así, es posible construir alegorías, reflexiones, poemas, pinturas, música en torno a tan inescrutable acontecimiento que constituye la única certeza cuando se nace y que, sin embargo, nos envuelve en un manto de misterio y temor.

El historiador Philippe Ariès, mediante sus investigaciones da cuenta de 4 actitudes en la historia occidental en torno a la muerte (14) que es pertinente mencionar:

- **La muerte domesticada:** esta actitud ante la muerte se da hasta aproximadamente el siglo XII. Está relacionada con la forma en que morían los caballeros en las batallas, en donde se consideraba que siempre estaban advertidos que les podía llegar su fin, ya sea por signos físicos o premoniciones sobrenaturales. Impresiona que la muerte tenía una presencia particular, que avisaba su llegada al moribundo y éste la recibía con relativa tranquilidad realizando gestos como el quitarse la armadura. Esperan la muerte en el lecho y éste se transforma en espacio público el cual comenzó a ser cuestionado en el siglo XIII atribuyendo normas de higiene, ya que eran lugares momentáneamente superpoblados. Los ritos

y ceremonias eran cumplidos sin dramatismo ni emociones desmedidas. Era una muerte cercana, familiar; por eso Ariès la denomina de esa manera.

- **La muerte propia:** esta actitud se inicia sutilmente entre el siglo XI y XII, en el que se va desarrollando un sentido más dramático y personal con la muerte, que se relaciona con la idea del juicio frente a las acciones. Por tanto, hay una lucha entre el bien y el mal por la posesión de esa alma y el moribundo parece ser un espectador. Esto da cuenta del incremento en la carga emocional que implica morir. El arte fúnebre se desarrolló en el intento por identificar las tumbas, pasando del anonimato que envolvió los sepulcros en el periodo anterior, a breves inscripciones y retratos realistas como un intento de mantener la identidad post mortem. En suma, en este periodo el hombre se puede reconocer en su propia muerte, lo cual va asociado al nivel social, es decir, personas ricas y poderosas.
- **La muerte del otro:** se da a partir del siglo XVIII, en la cual adquiere características dramáticas asociados lamentos y llanto por la muerte de otros. Esto lleva a intentar mantener vivo el recuerdo del fallecido dando lugar a una nueva forma de culto en los cementerios. Entonces, se comienza a ver la muerte como una ruptura, una separación que se convierte en intolerable por los deudos, quienes necesitan manifestarla: aparece el luto, el que imponía una forma de vida por un tiempo determinado. En el siglo XIX, existe una exageración del duelo, en donde se instala la idea del temor a la muerte del otro más que a la propia.
- **La muerte prohibida:** esta actitud ante la muerte comienza lentamente en el siglo XIX transformándola en objeto de cesura. Se prefiere no hablar de ella, surgiendo la necesidad de proteger al que está muriendo. La verdad produce controversias apareciendo la conspiración del silencio en torno al diagnóstico y pronóstico. Por esto, el dramatismo disminuye, se hace cada vez más discreto. En entre 1930 a 1950 se inicia el periodo en cual los enfermos son trasladados al hospital en sus últimos días, en donde muchas veces, el moribundo llega inconsciente al final por lo que las decisiones caen en manos de los médicos y familiares. Las ce-

remonias de despedidas se vuelven sucintas de manera de disminuir el dolor y que interrumpan, lo menos posible, el mundo acelerado de las grandes ciudades. El duelo es cada vez menos necesario y los cementerios se transforman en una oportunidad de negocio.

Finalmente, conscientes de los avances que ofrece la medicina en la actualidad, cabe señalar ciertas exigencias que existen en torno al final de la vida los que surgen como cuestionamientos en el mundo moderno. Por tanto, se exige hacer todo lo posible por mantener la vida independiente de las reales posibilidades de curación, dando lugar al concepto de ensañamiento terapéutico con el fin de vencer la muerte. En este escenario surge, proveniente de la reflexión bioética de los últimos años, la idea de limitar las medidas dando paso a lo denominado limitación del esfuerzo terapéutico, así como, a la muerte digna considerando, que ya no es posible curar y toma importancia el acompañamiento que se le pueda realizar al enfermo, abriendo un espacio relacionado con el equipo de salud, familiares y amigos que desean estar cerca (13).

### *2.1. El proceso de morir*

Corresponde al periodo que antecede la muerte el cual es de tiempo variable y es experimentado de manera particular. Los estudios de la Dra. Kubler-Ross en relación al proceso de morir, han permitido comprender de mejor manera esta etapa, favoreciendo la entrega de cuidados pertinente en este contexto. Así, esta investigadora ha definido la existencia de cinco fases por las cuales atraviesa la persona en proceso de morir (15):

#### **Primera fase: Negación y aislamiento.**

Se da cuando la persona se entera recién de su diagnóstico, en donde piensan que hay un error e intentan encontrar diversas explicaciones que den cuenta de la equivocación, o solicitan otras opiniones. Negar parcialmente la realidad es frecuente en la mayoría de los casos al principio. Aquí es donde es posible recurrir a buscar cura

por medio de la espiritualidad, las medicinas alternativas, chamanes, brujos, esperando la remisión total de la enfermedad.

### **Segunda fase: Ira**

Una vez que los pacientes se dan cuenta que efectivamente están en el proceso de morir, viene la ira que sigue a la negación. Aquí hay sentimientos de rabia, enojo, resentimiento. Esta fase es difícil de acompañar por el equipo de salud y la familia, ya que el enfermo está contra todo y todos. Requieren atención y tolerancia por las actitudes que toman con los demás, como si quisieran constantemente molestar al resto como una forma de descargar su malestar. La persona impresiona “problemática”, no hay cómo darle en el gusto.

### **Tercera fase: Pacto**

Es una fase menos conocida, dura periodos cortos. Es como si esperara alguna recompensa o que el dolor del final sea menor como si llegara a un acuerdo con alguien, por ejemplo, con Dios. Es un intento de retrasar el desenlace. Esta fase pasa una vez que se han vencido las promesas.

### **Cuarta fase: Depresión.**

Esta fase aparece cuando el impacto de la enfermedad es evidente, se siente debilitada, con dolor, requiere hospitalizaciones, transformaciones corporales o implica la pérdida del trabajo por la misma causa. Sin embargo, la Dra. Kubler-Ross menciona que hay un dolor que se da en esta etapa el cual está relacionado a la preparación para dejar este mundo, encontrando en esta fase 2 tipos de depresión: una reactiva y otra preparatoria en la que es de vital importancia que se le permita expresar su sufrimiento con libertad para disminuir la duración de esta y pasar la siguiente.

### **Quinta fase: Aceptación.**

Esta corresponde a la última fase en la cual se llega a la aceptación de la muerte. Ya ha manifestado sus emociones, se ha reconciliado con el mismo y con su familia. Se observa más bien cansado y débil necesitando mayores periodos de descanso. Exis-

ten pocos sentimientos, desea pocas visitas y prefiere la soledad. Aquí es importante apoyar la familia porque observan que su familiar está dispuesto a morir.

El tener claridad sobre las etapas del duelo en el proceso de morir, permite comprender las actitudes que tienen las personas en este periodo de su vida lo que permite que se les acompañe de acuerdo a sus necesidades.

Por otra parte, luego de lo anteriormente expuesto, no cabe duda que en la actualidad ha cambiado la forma de morir a causa del progreso de la medicina. Esto es expuesto por Javier de la Torre (13) tal como se menciona a continuación:

- Las enfermedades son más bien crónicas provocando deterioro a largo plazo.
- Existen medidas de soporte vital utilizadas en la actualidad, tales como: hidratación, asistencia nutricional y el uso de drogas vasoactivas que prolongan el proceso de morir.
- La muerte se produce luego de muchas intervenciones médicas.
- La muerte se produce en el espacio hospitalario, lejos de su casa y sus seres queridos.
- Durante el proceso de morir se va perdiendo la consciencia por lo cual, va siendo una tendencia el morir desconectado del medio.
- Escasa o nula posibilidad de tener momento de solemnidad o ceremonias previas a la partida en el hospital.

## *2.2. Acompañar el morir*

Cabe explicitar la visión que como investigadora enfrente al ámbito de acompañar en el proceso de morir, visión que se sostiene en mi experiencia profesional, así como en principios y valores personales.

Es complejo hablar del acompañamiento en el morir sin considerar el impacto del que acompaña, ya que no todas las personas parecen tener la capacidad de realizar esta labor, que requiere tener un mundo espiritual desarrollado. Si consideramos que

la tendencia actual es a que las personas fallezcan hospitalizadas, esto implica que están en contacto más cercano con el equipo de enfermería que con su propia familia, por lo que el tema de acompañar en el morir se transforma en una necesidad de aquel que brinda cuidado. Esto, reviste complejidades con muchas aristas, ya que no es posible exigir que los profesionales de enfermería tengan obligadamente una creencia religiosa ni mucho menos que se les imponga alguna a los pacientes en particular. Lo que sí es posible hacer, es estimular que las/os enfermeras que acompañan el morir, puedan considerar en su valoración, el indagar en el mundo espiritual del paciente de modo de propiciar un acompañamiento pertinente, el cual debe ser independiente de la creencia religiosa que tenga el profesional.

Respeto, tolerancia y compasión parecen ser valores relevantes en el cuidado en este momento de la vida, en donde los gestos, cercanía física y silencio van siendo buenos compañeros, en donde las palabras sobran y donde cada vez que se acompaña el proceso de morir, el profesional se queda con una nueva experiencia, un nuevo recuerdo que le permite la mejora continua de sus cuidados. Para esto, no es suficiente con la competencia profesional, es necesario ser buena persona.

### *2.3. La muerte en el espacio hospitalario.*

El avance tecnológico ha permitido, entre otras cosas, prolongar la vida por lo que la muerte se ha ido convirtiendo en un tema que cada vez se quiere tratar menos. De alguna forma, la gente busca ayuda en los servicios de salud vinculados a la cura de los males y este hecho es considerado por los equipos de salud como éxito, en este sentido hay que considerar que de acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información de salud del MINSAL, el año 2012 hubo 30.069 personas que fallecieron en los servicios de salud en Chile.

Hoy en día “el moribundo se encuentra solo, sin seres queridos, con unos profesionales que temen hablar con él, que, partícipes de la gran conspiración del silencio, le ocultan la verdad, se le niega apoyo espiritual. Podríamos seguir con esa lista de calamidades que se añaden a la de tener que morir” (16).

Los profesionales de enfermería que trabajan en el ámbito hospitalario, se ven en la complejidad que implica el recibir pacientes que tienen pocas posibilidades de irse a su hogar con vida y que finalmente fallecen en los servicios clínicos. Por esto “ser capaz de enfrentarse a la mortalidad de la vida exige cierto grado de madurez e integración de mundo interior” (17).

#### 2.4. *La muerte y la enfermería.*

Una vez que no es posible la curación, entendida como ámbito profesional del médico, resta el cuidado el cual es propio de enfermería ya que corresponde a su objeto de estudio. Por tanto, aquellos que dan cuidados al final de vida en el mundo hospitalario, son precisamente los profesionales de enfermería y su equipo. Una investigación precisa que *“el cuidado que ofrece el profesional de enfermería a un paciente moribundo y agónico rompe, en algunas ocasiones, las barreras de las normas. Envueltos en los saberes sociales y culturales arraigados, este personal intenta ceñirse a un protocolo de actuación que institucionaliza sus prácticas, mientras que se proporciona una atención que va más allá de fundamentos biológicos y de la racionalidad técnica o científica”* (18). Otra investigación, da cuenta que la actitud que tienen los profesionales de enfermería frente a la muerte depende variables tales como: edad de la/el enfermera/o, edad de su primer contacto con la muerte, años de experiencia profesional y preparación de pregrado en relación esta temática (19).

Lo expuesto en el párrafo anterior, da cuenta del componente humano, del impacto que puede llegar a provocar la muerte en las/os enfermeras/os y de las variables que afectan la actitud frente a la muerte, en donde las prácticas provienen de saberes variados, no sólo del ámbito técnico científico, es decir, el actuar del profesional de enfermería obedece a ciertos patrones de conocimiento.

### **3. Patrones de conocimiento en enfermería**

Con el tiempo, la enfermería ha desarrollado conocimientos propios que le han permitido constituirse como disciplina, donde lo central se vincula con el cuidado, el que se sostiene en un *“cuerpo de conocimientos construidos en modelos y teorías*

*que fundamentan la acción profesional*” (20). De este modo, disciplina y profesión se nutren mutuamente en una alianza que requiere ser reflexionada tanto desde el pensamiento, como desde las acciones específicas que involucran el cuidar personas en los distintos contextos.

Naturalmente, en la práctica de la enfermería como profesión, es posible observar diversos fenómenos que se dan en el espacio de interacción entre profesionales y las personas que son atendidas. En este sentido, Landeros E. sostiene *que “cuando se ejerce se adquieren experiencias que se van transformando en un conocimiento aprendido”* (21) el cual surge desde el fenómeno en sí, y que como bien señala, es posible analizar sus dimensiones, buscar antecedentes en la literatura, reflexionar e investigar respecto del tema para finalmente permitir cambios de conducta que mejoren la praxis desde la construcción de conocimientos nuevos o de la visibilización de conocimientos que se dan como reflejo de la experiencia relacionada con diversos fenómenos en el ámbito del cuidado.

Considerando lo anterior, es necesario tener en cuenta, de acuerdo lo planteado por Rivera S. *“el saber que se enseña en salud es un saber aplicado”*, entonces sostiene que *“el cuerpo de conocimientos que sustenta la racionalidad en Enfermería tiene ciertos patrones, formas y estructuras que caracterizan maneras de pensar sobre los fenómenos que interesan a la mayoría de los miembros de la profesión”* (20). Estos fueron descritos por Bárbara Carper en los años '70 lo que permite pensar en formas de acercarse a fenómenos que surgen desde la práctica. A su vez, precisa que es fundamental la comprensión de estos patrones para la enseñanza y el aprendizaje de la enfermería Así, describió 4 patrones de conocimiento en enfermería: empírico, personal, ético, y estético (22):

### 3.1. *Patrón de conocimiento empírico*

Corresponde a la ciencia de enfermería. Se relaciona con el conocimiento empírico específico de enfermería. Está referido a modelos y teorías que permiten describir, explicar y predecir fenómenos propios de la disciplina, creando evidencia que lleve a organizar y clasificar conocimientos permitiendo desarrollar teorías que permitan explicar la realidad (22). El componente cognitivo de este patrón involucra el uso

del razonamiento lógico para solucionar problemas (23). Así mismo, teoría y práctica permiten del desarrollo de este patrón, Durán de Villalobos hace mención a este ámbito de la siguiente manera: *“la práctica basada en la teoría, su réplica y validación, contribuyen a nuestro desarrollo de la competencia científica ya que refinan los significados conceptuales y validan las relaciones teóricas y lo resultados derivados de éstas”* (5). En resumen, de un modo u otro debemos caminar hacia cuidados sustentados en ciencia, lo que se condice con el auge que ha tenido la investigación en enfermería en los últimos años.

### *3.2. Patrón de conocimiento personal*

Se relaciona con la experiencia humana, cómo se percibe a sí mismo que facilite un encuentro con el otro. Por tanto, requiere del cotidiano para construir el conocimiento personal de uno mismo. Rivera S, explica que es necesario conocerse a sí mismo desde la autoconciencia, la construcción y reconstrucción de sí para de esta manera poder visualizarme a mí mismo como ser y comunicarlo a los otros lo que se manifiesta en acciones personales percibida como cualidades (20). Así, el conocimiento personal se refleja en la interacción con los otros, tal como señala Durán de Villalobos en la idea de desarrollar habilidades que permitan el uso terapéutico de sí mismo por lo que la mirada introspectiva se potencia donde el *“ser consciente de estar en el mundo y que expresan lo que la persona es, dentro de un contexto cultural”* (5) facilita la real comprensión de las necesidades del que requiere cuidado.

### *3.3. Patrón de conocimiento ético*

Se relaciona con contextos complejos en los cuales los profesionales de enfermería deben tomar decisiones que sean moralmente correctas. Los códigos de éticas orientan la conducta de las/os enfermeras/os basado en principios de servicio y respeto por la vida (24). Este patrón considera lo que es éticamente correcto y lo que debe ser realizado en un momento particular incluyendo elementos culturales, personales y de la profesión en las decisiones. En este sentido, es probable que se

visualicen conflictos entre profesionales de enfermería, miembros de los equipos de salud y los pacientes en donde el diálogo y la deliberación parecen ser el camino para tomar decisiones en situaciones complejas (20). Es de manifiesto que la enfermería requiere de orientaciones éticas y morales considerando que el contexto en el cual se cuida es complejo en donde claramente expresa Durán de Villalobos: *“los dilemas morales surgen en situaciones de ambigüedad e incertidumbre, pero sobre todo cuando las consecuencias de nuestras acciones son difíciles de predecir y donde los principios tradicionales y códigos de ética no ayudan para la solución de los problemas o resultan contradictorios”* (5). En consecuencia, este patrón permite comprender la forma en que los profesionales de enfermería abordan problemas de la praxis por lo que la comprensión de la naturaleza misma de este aspecto permite fortalecer desarrollo de la reflexión ética en las/os enfermeras/os.

Así mismo, Tronto en Davis A., menciona que para aquellos dedicados a la ética, es más conveniente describir sus características como fenómeno que desde una definición propiamente tal, por lo que realiza una descripción del cuidado desde cuatro dimensiones (24):

1. La primera corresponde a *“cuidar de”* que corresponde a la preocupación por aquellos que requieren cuidado, siendo una especie de punto de partida para el cuidar. De este modo, la actitud ética es *“estar atento/a”* a quien lo necesita, saliendo de sí para ver a *“otro/a”*. Así es posible visualizar las demandas de cuidado.
2. Como una segunda dimensión se encuentra el *“proporcionar cuidados”* que no significa necesariamente brindarlos, sino que se vincula con la responsabilidad de mejorar el estado de salud de las personas. Por lo tanto, la actitud ética es precisamente *“la responsabilidad”* que el profesional de enfermería tiene para con sus pacientes.
3. La tercera dimensión del cuidado se relaciona con la *“prestación de cuidados”* para cual es necesaria la *“competencia”*, entendiendo esto como las habilida-

des adecuadas para satisfacer las demandas de cuidado, por lo que no es suficiente “ser atento” y ser “responsable”.

4. La cuarta dimensión se vincula con “*el cuidado recibido*” ya que existe la necesidad de verificar si las demandas de cuidado fueron satisfechas por el profesional que las brinda. En este sentido, el destinatario manifiesta una “sensibilidad” hacia el cuidador la cual puede expresarse, por ejemplo, con la palabra “gracias” dando cuenta de un equilibrio entre las necesidades del cuidador y las de los destinatarios de cuidado.

Por otro lado, el proceso de tomar decisiones éticas en el ámbito clínico por los profesionales de enfermería constituye un proceso *complejo “que requieren una interpretación ético-normativa. Los problemas de dignidad y sentido trascienden el discurso clínico-técnico y exigen un juicio ético en el que pueda abrirse un diálogo entre todas las partes”* (24). Por lo tanto, es pertinente incluir en la discusión a otros miembros del equipo de salud, ya que la atención a las personas en el ámbito hospitalario se da desde distintos profesionales y técnicos, incluyendo a su vez, pacientes y familiares en la búsqueda de la “mejor decisión”.

Finalmente, el desarrollo del patrón ético en los profesionales de enfermería requiere una elaboración compleja del pensamiento que se traduzca en un actuar coherente, donde no es suficiente con ser bueno, virtuoso o tener buenas intenciones, requiere una postura ética.

### 3.4. *Patrón de conocimiento estético*

Se refiere al “arte de enfermería”. Se relaciona con situaciones particulares en el que se utilizan recursos creativos internos que permiten transformar una experiencia que puede ser única como el sufrimiento, el nacimiento o la muerte. Este patrón se hace visible en acciones, conductas, narraciones y otras interacciones que los profesionales de enfermería realizan con otros (23). De este modo, es posible enfrentar el mundo del otro desde la ambigüedad, desde lo incierto escogiendo distintas formas para llegar al otro. En palabras de Rivera S. “*significa aumentar la percepción*

*de la variedad de experiencias humanas subjetivas, lo que aumenta la complejidad de las decisiones a tomar” (20).*

Por último, es necesario precisar que los patrones de conocimiento de enfermería descritos por Carper deben ser estudiados como un todo, no es posible desmembrarlos ya que unos sostienen los otros y viceversa. Como explica Landeros E. *“todo se da junto, armónico o como sea, se da. Enfermería necesita expresar este saber total sobre experiencias totales y colectivas para poder tener nuestro propio cuerpo de conocimientos” (21).* Por lo tanto, el estudiar los patrones de enfermería en experiencias reales que viven los profesionales abren espacios para aportar comprensiones del actuar y de cómo se toman decisiones en contextos reales lo que, sin duda constituye un aporte para los colegas que se formarán en el futuro relevando el interés en *“prescribir cursos de acción para el fomento, prevención y recuperación de la salud a partir de conocimiento de enfermería y de las otras ciencias que ayudan a comprender salud” (20)* lo que se vincula, entre otras cosas, con el propósito de la profesión.

#### **4. Ética del Cuidado**

La ética del cuidado se inicia con los estudios de Carol Gilligan respecto a *“la revisión crítica del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg, que sostiene que la conciencia moral pasa por tres niveles: preconventional, convencional y postconvencional” (25).* Teniendo en cuenta que los estudios se realizaron en hombres, C. Gilligan precisa que *“el desarrollo de las mujeres ha estado tanto tiempo a oscuras y en el misterio” (26)* por lo que se dedica a estudiar el desarrollo moral en mujeres considerando problemas reales e hipotéticos, en donde C. Gilligan precisa que *“las convenciones que moldean el juicio moral de las mujeres difieren a las que se aplican a los hombres, también así la definición femenina del dominio moral diverge de la que se derivó de los estudios de hombres” (26)* de modo que es distinto en ambos sexos. Teniendo en consideración esta distinción, *“la interpretación que la mujer da al problema moral como problema de cuidado y responsabilidad en las relaciones, y no de derechos y reglas (...) de este modo, subyace una ética de cuidados y atención a*

*una lógica de relaciones que contrasta con la lógica formal de imparcialidad que imbuye el enfoque de la Justicia” (27). En este mismo sentido, Kohlberg considera la justicia como principio para la resolución de conflictos morales y Gilligan el cuidado y la responsabilidad con atención a las relaciones interpersonales dado que “la responsabilidad del cuidado incluye a la vez al Yo y a los otros” (26).*

Desde la perspectiva del género, la ética del cuidado se levanta como una teoría feminista en la cual se relevan elementos de subordinación en un mundo regido por el paternalismo en donde el cuidado viene a ser propio de la mujer, así Gilligan señala que *“los varones parten de una ética de la justicia, abstracta y universal, donde los factores situacionales y relacionales son irrelevantes. Las mujeres, bien al contrario, parten de la base de una responsabilidad concreta que tiene en cuenta las obligaciones directas y concretas hacia los allegados, los seres queridos o simplemente conocidos” (26).* En este sentido, importa para las mujeres las relaciones que se generan con otro atendiendo a las circunstancias más allá del pragmatismo del bien o del mal. Por consiguiente, cabe menester mencionar que Gilligan afirma que *“en un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina; en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana” (27)* que considera la perspectiva de género en donde el feminismo se extrapola y se plasma en la democracia la cual se libera del patriarcado (27), en donde las mujeres han sido acalladas y silenciadas en un mundo regido por hombres y en donde las mujeres quedan en una situación inferior.

Entonces, englobando lo anterior se constituye, de acuerdo a lo precisado por C. Gilligan, que *“cuidar es lo que hacen las mujeres buenas, y las personas que cuidan realizan una labor femenina; están consagradas al prójimo, pendientes de sus deseos y necesidades, atentas a sus preocupaciones; son abnegadas. En un contexto democrático, el cuidado es una ética humana. Cuidar es lo que hacen los seres humanos; cuidar de uno mismo y de los demás es una capacidad humana natural. La diferencia no estaba entre el cuidado y la justicia, entre las mujeres y los hombres, sino entre la democracia y el patriarcado” (28),* esto da cuenta de la perspectiva ampliada de la ética del cuidado que traspasa las relaciones interpersonales, desde lo privado a lo público con una propuesta más bien de transformación social, en la cual

releva la manera en la que se establecen las relaciones interpersonales, en donde el cuidado toma una dimensión ampliada la que es posible visualizar desde lo social en lo macro y en la particularidad que toman, las relaciones interpersonales en lo micro.

Por otro lado, el desarrollo de la ética del cuidado ha permitido la reflexión llevada al ámbito de la asistencia sanitaria en donde como señala F. Torrealba i Roselló: *“La ética del cuidar, como todo discurso ético, no es un discurso descriptivo, sino prescriptivo. Una cosa es, lo que es la realidad tal y como se observa en la vida práctica y, otra cosa es, lo que debería ser”* (29) entregando elementos orientadores centrales para el desarrollo de los profesionales de la salud. Así mismo, la disciplina de enfermería ha recibido la reflexión generada desde la ética del cuidado como una fuente que le permita “precisar unos criterios elementales para poder discernir la buena praxis de la mala praxis y poder, por otro lado, construir itinerarios para una excelente praxis del cuidar en el mundo institucional” (29).

Para cuidar, desde la perspectiva de la ética del cuidado, existe “un compromiso real por parte del profesional a su paciente y su profesión” (25) que proviene desde la asociación entre cuidado y responsabilidad en donde cabe mencionar a C. Gilligan cuando dice: “la responsabilidad del cuidado incluye al Yo y a los otros, y el mandamiento de no causar daño, liberado de frenos convencionales, sostiene el ideal de cuidados y atención...” (28). Para llegar a esto, S. Ramos hace mención a la necesidad de fomentar la autonomía y la participación de la persona que se cuida estableciendo relaciones más simétricas que consideren los contextos y concepciones de las personas que se cuidan revelando verdadera preocupación y humanizando la atención (25).

#### 4.1. *Crítica a la ética del cuidado (desde lo injusto)*

Si bien la ética del cuidado permite la reflexión respecto de las relaciones de cuidado que se establecen, es necesario tener en cuenta que éstas no se dan siempre de la misma manera, ya que, como atienden a particularidades, el cuidado también se debe considerar como lo señala S. Pozo como “algo injusto”, entendiendo

que las relaciones que se establecen entre profesionales de enfermería no son iguales con todas las personas lo que implica *“un favoritismo que puede derivar en cuestiones de racismo, discriminación por edad, etc.”* (25). De esto se desprende, que estas relaciones dependen en gran medida de las cualidades del que cuida más allá de las necesidades de las personas que requieren cuidado. Siguiendo esta misma línea se desprende que *“el enfoque de esta ética está centrada en el cuidador y no en la acción en sí o en las consecuencias”* (25). Si a esto se suma la relevancia de atender a la particularidad, quedan de lado otros principios necesarios como son la justicia, la imparcialidad y el enfoque de derechos en el cuidado. Por último, el que la ética del cuidado haya resonado de manera potente en la reflexión desde la asistencia sanitaria, pone en riesgo la posibilidad de ampliar esta teoría ética al ámbito social lo que podría, sin duda, permitir mayor inclusión de la diferencia en las discusiones sociales y ciudadanas.

Finalmente, desde la reflexión, es posible sostener que la ética del cuidado ha tenido un desarrollo considerable en diferentes esferas. A saber, da cuenta de la transición desde el patriarcado a la democracia como manifestación de la evolución esta teoría en donde se visualiza la polaridad *“fuerte/débil”* y cómo las sociedades y las relaciones se transforman como un llamado a la democracia y la simetría en los distintos contextos. A su vez, es posible sostener que en el mundo de la asistencia sanitaria puede no ser suficiente dado el riesgo de la ética del cuidado en relación a que se presenta desde lo centrado en el cuidador, sin embargo, *“el cuidado no puede ser concebido más que desde el punto de vista de la persona cuidada, por lo que el cuidador ha de adentrarse en sus valores para conocer cómo desea ser cuidada”* (23), por tanto, es menester relevar la importancia del diálogo permitiendo establecer relaciones más simétricas, atendiendo a las diferencias y llegando a acuerdos que permitan mejorar la praxis. En consecuencia, la ética del cuidado constituye un llamado a mejorar la forma en que se establecen relaciones con los demás en todas las esferas de la vida como una forma de sostener y transformar los vínculos.

## **5. Relación entre los patrones de conocimiento en enfermería y la ética del cuidado**

Visualizar la relación entre patrones de conocimiento en enfermería y la ética del cuidado parece ser un ejercicio coherente, considerando que hay un patrón de conocimiento ético que puede ser intencionado hacia desarrollar los aspectos éticos de la profesión más allá de los códigos de ética. En este sentido permite enlazar el aspecto reflexivo que da la ética con lo que en realidad sucede en lo cotidiano. Reflexionar sobre lo que sucede en la realidad identificando las brechas asociadas permite vislumbrar el propósito de mejorar la profesión interés común desde la ética y desde la construcción de conocimientos particulares en las distintas áreas que el cuidado involucra.

Interpretar lo que se hace en la realidad, considerando las variadas manifestaciones, constituye un interesante ámbito para desarrollar la profesión sujeta a valores universales y particulares, que faciliten la toma de decisiones con el sustento filosófico desde lo ético y lo disciplinar que facilite ejercicio de la enfermería guiado por principios éticos sólidos que orienten la práctica en donde existe reconocimiento de los fenómenos relacionados con los variados ámbitos que involucra el cuidado y la reflexión necesaria subyacente.

Entonces, es menester visualizar que la ética del cuidar se manifiesta en lo cotidiano al dar cuenta del patrón de conocimiento ético, en conjunto con los otros patrones, en una amalgama que puede parecer indiferenciable, donde la interpretación de las acciones permite su reflexión y reconstrucción que de un marco ético para decidir en el cuidar en su más amplio sentido.

## **ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

A continuación, se describen las estrategias que permitieron abordar los aspectos éticos desde los siete requisitos éticos en investigación clínica planteados por Ezequiel Emmanuel (30):

### **1. Valor**

Esta investigación nació de la necesidad de levantar conocimientos disciplinares desde las experiencias prácticas de los profesionales de enfermería que permita caracterizar los patrones de conocimiento de enfermería en acompañar pacientes en el proceso de muerte de modo de tener evidencias que contribuyan a argumentar las decisiones éticas que deben tomar las/os enfermeras/os lo que aporta insumos para el pregrado, postgrado y postítulo lo que permite incrementar los saberes con el consecuente beneficio para las personas que reciben este cuidado como para los profesionales que lo brindan.

### **2. Validez científica**

Para asegurar la calidad y rigor de los resultados concluidos en la investigación, se plantearon objetivos claros con un diseño que permitió acercarse al fenómeno y llevarse a cabo. Además, se realizó utilizando metodología pertinente en un contexto que permitió la obtención de información necesaria y con sujetos de estudio vinculados directamente con el tema. Contó con un plan de análisis de los datos obtenidos aceptado y viable para la investigación.

### **3. Selección equitativa de los sujetos**

La selección de las/os participantes de este estudio se llevó a cabo considerando el principio de equidad distributiva. En este sentido, se realizó con personas que se relacionan directamente con la interrogante a investigar y que cumplían con los criterios de inclusión previamente definidos, ofreciendo la oportunidad de participación en la investigación. La selección de la muestra fue por conveniencia hasta la saturación de los datos sin hacer discriminación de ningún tipo ni restringir la elegibilidad de los sujetos.

#### **4. Proporción favorable riesgos – beneficios**

En este aspecto cabe destacar que los beneficios superaron los riesgos ya que permitió la construcción de conocimientos que benefician a todo el colectivo de profesionales de enfermería en donde también se ven beneficiados los equipos de enfermería y los pacientes. El proceso de entrevista se visualizó como algo liberador para la/el participante en cuanto a que pudo compartir ampliamente una experiencia significativa. Existió bajo riesgo potencial, el que cual estuvo dado por la posible labilidad emocional que se generó, en algunas ocasiones, durante la entrevista la cual se realizó dentro de los límites que permitió la/el participante.

#### **5. Evaluación Independiente**

La presente investigación fue guiada por tutora y co-tutora de tesis y revisada por comisión de acuerdo a lo reglamentos establecidos para los estudiantes de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Cada uno de los académicos que siguió el proceso contó con la expertiz y la aprobación del Comité Académico del Programa de Magíster en Bioética. Asimismo, previo a su realización, el proyecto fue evaluado por el comité de ética institucional y contó con los permisos correspondientes en la institución donde se realizó el trabajo de campo de acuerdo a las disposiciones locales.

#### **6. Consentimiento informado**

Este aspecto se abordó desde un proceso verbal y escrito, el cual se entregó al participante en donde se describió la finalidad de la investigación, los riesgos, beneficios, la confidencialidad, el tiempo que tomó su participación, el sistema en que se almacenó la información, los costos con énfasis en el carácter voluntario de la investigación y el derecho a retirarse de la misma en cualquier momento que estime conveniente.

## **7. Respeto a los sujetos inscritos:**

Se cauteló el trato respetuoso a cada uno de los participantes de la investigación, esto incluyó respetar las opiniones, valores, creencias, experiencias previas, así como la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna sanción, ya que se entiende que es un derecho del participante. Se resguardaron aspectos relacionados con la confidencialidad de la información entregada. Se informaron los resultados de la investigación mediante correo electrónico.

En relación a lo anteriormente expuesto, cabe mencionar, que se contó con un Ministro de Fe en el proceso de consentimiento informado como representante del Director del Hospital la cual fue propuesta por la investigadora a la Unidad de Investigación de la institución donde se realizó el estudio de acuerdo a la normativa vigente. A todas/os los participantes se les explicó verbalmente los detalles de la investigación, luego se le entregó el consentimiento informado para que lo leyeran junto a la investigadora y se le dio un espacio para responder dudas en relación a la misma. Ninguna/o de las/os entrevistadas/os se retiró antes de finalizar la entrevista.

## **RESULTADOS**

A continuación, se presentan los resultados de las entrevistas realizadas. Se describen metacategorías, categorías y subcategorías por separado.

Frente a cada metacategoría se realiza un esquema conceptual que resume los hallazgos y que introduce a la posterior descripción detallada de cada categoría que la compone.

### **1. Metacategoría Patrón de Conocimiento Empírico**

Esta metacategoría es definida en el marco teórico y se refiere al conocimiento empírico específico de enfermería, en el cual utiliza el razonamiento lógico para solucionar problemas. En otras palabras, los conocimientos de la ciencia del cuidado y de otras ciencias que requieren aplicar las/os profesionales de enfermería para acompañar los personas en su proceso de morir. En este contexto, se definieron 2 categorías preestablecidas: 1) Conocimientos de enfermería y 2) procedimientos de enfermería y enfermería básica. Como categorías emergentes surgen: 1) Cuidados el final de la vida y 2) Cuidados post mortem.



(Esquema elaborado por la investigadora, según matriz de categorías)

### 1.1. Conocimientos de enfermería:

Se refiere a los conocimientos que las/os profesionales de enfermería aplican cuando cuidan. En este contexto, son aquellos conocimientos que utilizan para acompañar a las personas en su proceso de morir, entre los que se encuentran: la valoración del paciente en cuanto a la piel y sus características; signos y síntomas de dolor como puede ser la fascie dolorosa, considerando que en muchas ocasiones se encuentran inconscientes, donde la capacidad de observación es central, siendo este aspecto reconocido por enfermeras/os que tienen mayor experiencia profesional, visualizado en la siguiente unidad de análisis:

*“Bueno, sí, se usa la escala del dolor, pero a veces es un poco difícil aplicarla, porque cuando los pacientes están, en general, como los que tenemos nosotros que están moribundos, son pacientes que, por lo general, están inconscientes, entonces mucho no te pueden responder. Entonces uno aplica ahí la observación” (E.2 L30-33).*

Por otro lado, se considera relevante que las/os profesionales manejen las drogas utilizadas al final de la vida como la morfina, especialmente dosis y reacciones adversas que permitan una atención segura, al igual que los conocimientos relacionados con oxigenoterapia y aspiración de secreciones dada la trascendencia de evitar que el paciente fallezca con sensación de ahogo y en donde los cuidados de enfermería son primordiales independiente del género, creencia religiosa o experiencia que tenga la/el profesional.

*“... entonces, después buscando decía que sí, que se podía administrar hasta 10 miligramos hasta 50 miligramos en un paciente, que no le iba a producir... decía un médico en un trabajo, que antes que tengamos un drogadicto en morfina, tendríamos un ángel en el cielo. Entonces, era un alivio para el paciente, pero no íbamos a tornarlo en adicto a la morfina” (E.8 L47-50).*

Se reconoce la necesidad de revisar contenidos vinculados con el proceso de morir, consideran que este tema no siempre se trata con la relevancia necesaria cuando los profesionales se enfrentan a personas en este contexto. Del mismo modo, es importante para brindar cuidados seguros, tener conocimientos específicos sobre aspectos fisiopatológicos, emocionales, espirituales, éticos y de habilidades blandas que favorezcan la relación entre enfermeros/as y familiares.

*“Los conocimientos, lo primero es como lo típico como los 4 pilares, que no solamente tiene que saber las cosas biológicas, fisiopatológicas del paciente, lo que le está pasando. También todo el tema emocional y espiritual del paciente. También un poco el tema de la familia, todo el tema que como que se desenvuelve, o sea, todo lo que uno puede ver en el hospital y bueno sobre todo en el tema de la muerte... el tema de los valores, el tema ético que ahí uno moviliza y en el fondo tiene que resguardar en el paciente” (E.13 L50-55).*

## 1.2. Procedimientos de enfermería y enfermería básica

Esta categoría se refiere a las intervenciones de enfermería que se realizan a las personas que están en el proceso de morir, ya sean realizadas directamente por los profesionales o bien, aquellas delegadas en el equipo de técnicos en enfermería. En este aspecto, resalta la necesidad de mantener los cuidados básicos hasta el final de la vida de la persona, los cuales son considerados similares a los que se realizan a pacientes con otras condiciones, esto se observa en la mayoría de las entrevistas, independiente del género o del tiempo de desempeño profesional de las/os enfermeras/os.

Dentro de las intervenciones se releva la importancia del aseo y confort, cambios de posición para prevenir úlceras por presión, así como la realización de procedimientos que permitan un fallecimiento tranquilo y sin dolor, reconociendo que el proceso de morir es complejo y que el tiempo es una variable a considerar en todo momento.

*“Ver un poco el tema de que el paramédico vea el tema del aseo y confort, de la oxigenoterapia, de... que el paciente se mantenga digamos en condiciones que se sienta como conforme en cierto modo consigo mismo, de la parte física, que no esté sucio, que no tenga vómitos, que no tenga secreciones, que esté limpio... como digno para recibir a su familia y que la familia también no le impacte y que no se sienta abandonada po’... por el sólo hecho de que está muriendo. No porque él esté muriendo se postergan los cuidados por otro paciente que a lo mejor está mejor, ¿cachai?” (E.5 L49.55).*

Por otro lado, es necesario cautelar el cumplimiento de las indicaciones médicas, mantener la hidratación, soporte nutricional, administración de analgesia, antipiréticos en caso de fiebre o antibióticos hasta el momento del fallecimiento. Este aspecto es considerado por las/os entrevistadas/os como uno de los más importantes y se relaciona con considerar a la persona como tal hasta el final.

*“Sí, porque igual en ese momento igual no se dejan de administrar medicamentos, hay que seguirle administrando sus medicamentos como corresponde, hay que seguir controlando sus signos vitales como corresponde, hacerle su aseo como corresponde, porque el paciente es el paciente todavía” (E.11 L45-48).*

De la misma manera, es necesario resguardar la privacidad de la persona respecto de los demás pacientes de la sala, por la connotación que puede tener para los demás el presenciar el fallecimiento, como para quienes viven el proceso directamente por la necesidad de intimidad que este momento amerita.

*“... entregar un ambiente tranquilo y un grado de intimidad al paciente y su familia si están presentes” (E.1 L 42).*

### **1.3. Cuidados al final de la vida**

Esta categoría se considera emergente, ya que en las entrevistas aparece este aspecto referido a un conocimiento específico que utilizan los profesionales de enfermería cuando brindan cuidados a personas que se encuentran en su última etapa de la vida. En las unidades de análisis se identificaron tres subcategorías: alivio del dolor, acompañamiento del paciente y condiciones del paciente al final de la vida. Cada una de ellas, se analizan por separado.

#### *1.3.1. Alivio del dolor*

Corresponde a uno de los principales aspectos a considerar en el marco de los cuidados al final de la vida, el que requiere conocimientos específicos que necesitan los profesionales en las diferentes etapas que el proceso de enfermería contempla. El alivio del dolor aparece como relevante en todas las entrevistas realizadas independiente de las perspectivas individuales o experiencia de las/os enfermeras/os.

*“... yo creo que lo más importante es el dolor, porque no hay nada peor que un paciente muera con dolor, así que más que nada las acciones en relación a la analgesia, a la sedación...” (E.4 L27-28).*

En este sentido, la valoración del dolor y el manejo pertinente de la analgesia y sedación facilitan el final tranquilo de la vida, lo que es visualizado como primordial, porque lo asocian con la dignidad de las personas. Cabe señalar, que existe inquietud entre las/os profesionales entrevistadas/os, especialmente en los más jóvenes, en cuanto a las dosis de fármacos que se utilizan en estas circunstancias, dando cuenta de la necesidad de profundizar en los conocimientos referidos a farmacología clínica, lo que les da tranquilidad en relación al cuidado que entregan, evitando el doble efecto de la analgesia y sedación.

*“... y me preocupaba también matarlo. O sea, adelantar el proceso de su muerte, pero no, al contrario, yo estaba como aliviando su momento más difícil que era ese momento, esa transición y con eso después de leer y estudiar, entonces estuve con la conciencia tranquila...” (E.8 52-55).*

### *1.3.2. Acompañamiento del paciente*

Esta subcategoría emergente se relaciona con la importancia que radica en que las/os profesionales tengan conocimientos y experiencia respecto a los beneficios de acompañar las personas en su proceso de morir, es decir, por un lado, que ellos mismos acompañen los pacientes, y por otro, facilitar que la familia pueda estar presente la mayor parte del tiempo posible. Reconocen que hay ocasiones en que los familiares no tienen interés en acompañar su paciente y son los propios profesionales quienes, dentro de sus posibilidades de tiempo, realizan esta labor por un sentido humanitario y por la importancia que reviste para el cuidado del paciente.

*“... como acción de enfermería es intervenir en el dolor y en el acompañamiento dentro de lo que se puede permitiendo el ingreso de familiares y si no*

*existen familiares, estando uno mismo al lado del paciente, entregando un entorno de más tranquilidad” (E.1 L35-38).*

Facilitar la entrada de la familia, implica flexibilizar normas del servicio lo que puede ser complejo en ocasiones, dado que no todos los profesionales de enfermería comparten la misma postura al respecto, fundamentalmente basado en experiencias previas con algunos familiares que tienen dificultades para sobrellevar el momento del fallecimiento requiriendo apoyo emocional o de otro tipo del equipo de enfermería lo que provoca cierta resistencia.

*“Hay mucho drama y cuesta un poco manejarlo, porque uno tiene que preocuparse del paciente y de los familiares, incluso hay familiares que se han desmayado cuando la persona fallece e incluso hay que darles medicamentos a ellos como ansiolíticos para tratar de calmarlos. Hay que controlarlos a ellos más que a los pacientes mismos, porque de repente se descompensan los familiares” (E.3 L54-59).*

En este sentido, surgen dificultades percibidas por las/os profesionales de enfermería dado que hay salas en donde hay varios pacientes y la presencia de familiares se hace complejo por la incomodidad que les pueda provocar a los demás usuarios el tener cerca permanentemente gente ajena a ellos, lo que implica que las/os enfermeras/os deben estar atentas/os a este tipo de situaciones. A esto se suma, la resistencia de algunos miembros de los equipos de enfermería, que visualizan la presencia de familiares como una dificultad, ya que demandan atención permanente en el contexto de la carga asistencial percibida de manera transversal por todas/os las/os entrevistadas/os.

*“Sí, hay colegas que no dejan, pero todo depende tanto de la carga asistencial que haya, del proceso de muerte que esté viviendo el paciente, de los familiares. Yo trato de que los familiares se queden toda la noche y lamentablemente*

*hasta los mismos pacientes alegan. A mí me tan tocado pacientes que alegan que por qué los familiares se quedan toda la noche” (E.4 L 53-57).*

Por tanto, existe claridad de que el acompañamiento de las personas que están al final de la vida es parte de los cuidados y que hay respaldo en la literatura, lo que se traduce en un actuar seguro frente al equipo de enfermería y sus pares. En este sentido, se releva la necesidad de argumentar las decisiones con conocimientos sólidos lo que se relaciona directamente con el patrón de conocimiento empírico que fundamenta la praxis.

### *1.3.3. Condiciones del paciente al final de la vida*

Esta subcategoría es emergente y se refiere a los conocimientos que las/os profesionales han adquirido a través de la práctica profesional, en donde se encuentran elementos que se van repitiendo en distintos casos y que para ellas/os es parte de aspectos que deben conocer en este contexto. Así mismo, aquellos egresados de universidades privadas que son más jóvenes, con menos de 5 años de experiencia, consideran que estos saberes son escasamente abordados como contenidos en las instituciones donde se formaron. En este marco, surge la necesidad de realizar acciones de enfermería que procuren la muerte natural del paciente, sin adelantarla ni retrasarla con el actuar; tener en cuenta la sensación de miedo que experimentan algunos pacientes en los momentos previos al fallecimiento, en donde se angustian solicitando ayuda explícita a los profesionales de enfermería, lo que repercute en la esfera personal especialmente en profesionales con menos de 3 años de experiencia.

*“... generalmente, de repente, los pacientes no tienen muy asumido que se están muriendo, como que, en la parte final, cuando están como con mucho compromiso hemodinámico, por ejemplo, están muy hipotensos, desaturando, están muy ahogados, ahí empieza como el tema del miedo. Al menos es lo que yo he visto...” (E.5 L89-92).*

Entonces perciben que las demandas traspasan la esfera profesional hacia lo personal, ya que considerando la relación terapéutica que establecen las/os profesionales de enfermería con los pacientes, éstos últimos realizan solicitudes que tienen que ver con la prolongación de la vida por miedo al momento de la muerte en sí o hasta que pueda ser acompañado por algún familiar significativo.

*“... porque algunos pacientes están súper somnolientos, en sopor profundo de repente y como que dejó de respirar, dejó de respirar y se murió y estábamos esperando que se muriera porque en realidad estaba sufriendo, pero hay otros que están conscientes y que te exigen cosas... como el “manténgame vivo hasta que llegue mi familia” y ese tipo de situaciones son como las más estresantes, más que la muerte en sí, es como siempre lo que rodea...” (E.5 L158-162).*

De este modo, se construye el conocimiento empírico, el cual proviene del ejercicio profesional y es traspasado verbalmente entre pares. Un ejemplo de esto, se refiere a la creencia de que hay pacientes que no fallecen por tener algún asunto pendiente con alguna persona y que, una vez que el paciente resuelve su conflicto, muere tranquilo, lo que se representa en la siguiente unidad de análisis:

*“Quizás están esperando algún familiar o alguna noticia, porque a veces llegan los hijos o llega la hija de que venía del sur y fallece. Entonces, siempre tengo la sensación de que algo están esperando a alguien o algo les quedó pendiente, no sé... y que por eso están alargando su estadía o por eso están ahí como luchando. Un día se recuperan, el otro no” (E.10 L360-264).*

#### 1.4. Cuidados post mortem

Esta es una subcategoría emergente, ya que surge como elemento relevante desde los propios entrevistados, por lo que se hizo necesario incorporarla en el patrón de conocimiento empírico ya que se relaciona con los cuidados específicos que se brindan a la persona momentos después del fallecimiento. Son de responsabilidad del profesional de enfermería, pero pueden ser delegados en el equipo de técnicos. Entre ellos se encuentran: instalación de gasa en el rostro para mantener cerrada la boca, aseo del cuerpo, retiro de dispositivos invasivos, permitir la visita de la familia, asegurar la identificación del fallecido, gestionar el traslado a la morgue, gestionar los documentos relacionados con la defunción, explicarle a la familia el procedimiento que se realizará, supervisar las actividades delegadas al equipo, entre otras.

*“Yo me preocupo harto de los cuidados post mortem, de que quede el paciente lavado, que quede lavado, quede limpio, de permitirle la compañía hasta el último a los familiares, porque lamentablemente en Medicina son "camas calientes". A uno la apuran mucho. De cuando está falleciendo el paciente la cama ya está perdida ya, pero yo trato de que el paciente muera, fallezca, lo limpien, lo ordenen, los familiares lo vean y después bajarlo” (E.4 L357-362).*

Las unidades de análisis dan cuenta de diferencias en el grado en el cual las/os profesionales se involucran en estos cuidados, los que fluctúan desde la delegación total de esta función, hasta el brindar los cuidados personalmente, por la necesidad de despedirse de su paciente como un último cuidado de enfermería, en donde es central el manejo respetuoso al cuerpo, constituyendo de esta manera, la despedida que le da el profesional de enfermería que reconoce un vínculo con la persona fallecida.

*“... me encargo lo más posible de retirarle dispositivos, todo lo que tenga encima yo y llamo a mi técnico paramédico. Si no están ellos cerca, lo hago yo. Sí, no me gusta decirle “ya falleció... desconéctenlo” ... no, yo voy y le saco las cosas, le*

*cierro la boca, le cierro los ojos y, generalmente, le hago un cariñito y le digo que vayan tranquilos... siempre. No... ¿Cómo se llama esto?... no puedo evitarlo... el paciente fallece y tengo que estar ahí, tengo que estarlo mirando, tengo que estar, tengo que estarlo tocando, arreglándole su cuerpo, dejándolo bien...” (E.7 L83-89).*

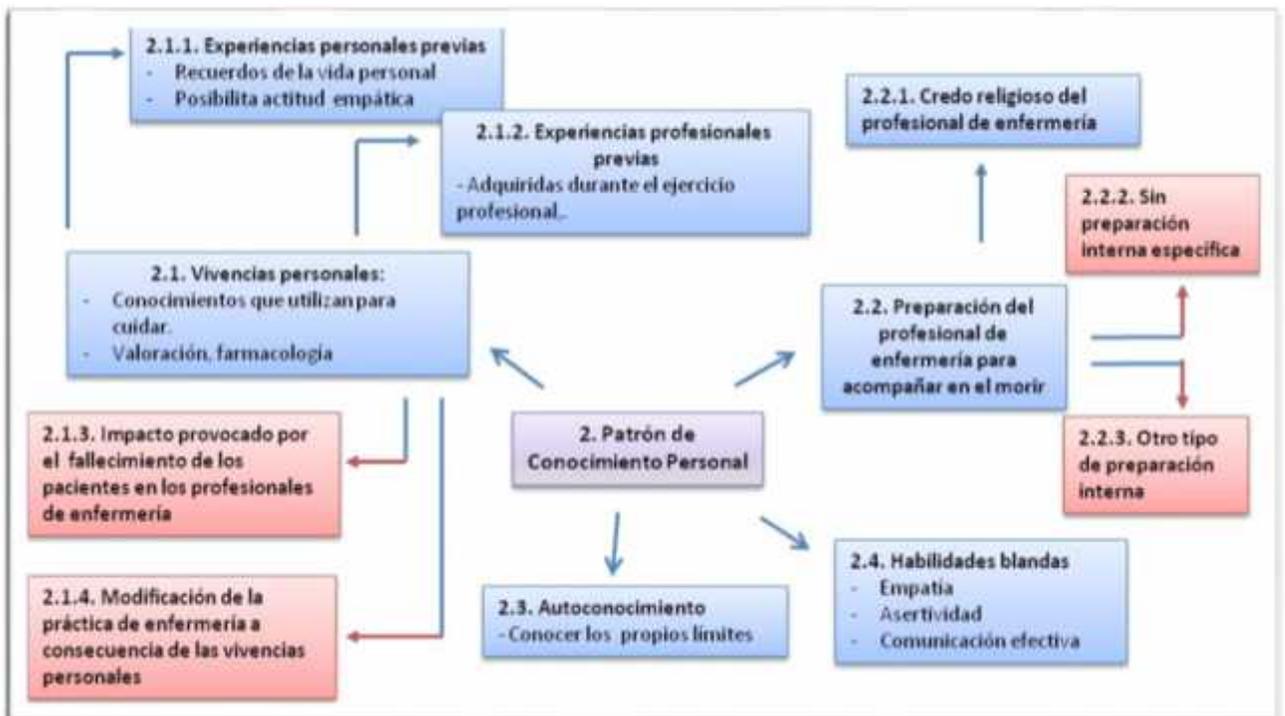
Por otra parte, este momento es complejo para quienes trabajan en estas unidades dado que la carga asistencial dificulta, en ocasiones, que se puedan brindar cuidados pertinentes y propiciar un momento de intimidad de la familia con el fallecido. En este sentido, la rutina y la necesidad de camas es una causa de estrés para los profesionales de enfermería que reconocen el impacto que les provoca el fallecimiento de personas con que tuvieron a su cargo o que siguieron de cerca el proceso de enfermedad, lo que implica dificultades para cumplir los procedimientos de rutina en estas situaciones. También se da cuenta de la importancia de confortar a los familiares de alguna manera, en donde se observan particularidades dependiendo de las vivencias previas, de la relación que hayan establecido con el paciente y sus familiares, y con la demanda del servicio en ese momento.

*“... el paciente fallece. Se llama la familia. La familia está todavía al lado de la cama, qué sé yo... y uno tiene que seguir con la rutina, tiene que seguir con el protocolo, que es ir allá explicarles que van a bajar el cuerpo... a mí eso me carga... me carga... pedirles el carnet para hacerle el certificado de defunción. Ahí me cuesta mucho entrar, porque tú interrumpes un momento privado o de ellos en estas cosas como tan mecánica po’ ¿cachai? De tener que explicarle que vamos a tener que mover de cuerpo, de tener que pedirles carnet, porque necesitamos tal cosa. Entonces me cuesta si... me cuesta llegar ahí, a ese momento. Lo más que he dicho es “pucha”, les toco el hombro. Más que hablar algo, les toco el hombro y decirle “pucha, lo siento”; “mucho fuerza”. ¡Eso como lo que más he hecho en estos momentos!” (E.8 L135-144).*

En suma, este punto se enlaza estrechamente con aspectos relacionados con el patrón de conocimiento personal, como son las vivencias previas y las características personales de los profesionales de enfermería.

## 2. Metacategoría Patrón de Conocimiento Personal

Esta metacategoría es definida en el marco teórico y se refiere a la experiencia humana y cómo ésta permite el encuentro con otras personas. Se va desarrolla a lo largo del tiempo, donde toma importancia el desarrollo de habilidades blandas, de autoconocimiento y autoconciencia que permitan el uso terapéutico de uno mismo de acuerdo lo expuesto por Duran de Villalobos (5), profundizando la comprensión de las necesidades de cuidado del otro. Incorpora experiencias personales, vivencias a lo largo de la vida, tanto en el ámbito privado como en el profesional. En este contexto, se definieron 4 categorías preestablecidas considerando los ámbitos que abarca este patrón de conocimiento: 1) Vivencias personales; 2) Preparación del profesional de enfermería para acompañar en el morir; 3) Autoconocimiento; 4) Habilidades blandas. De éstas, a su vez, se desprenden subcategorías las cuales son analizadas a continuación.



(Esquema elaborado por la investigadora, según matriz de categorías)

## **2.1. Vivencias personales**

Se vincula con vivencias personales que las/os profesionales de enfermería adquieren a través de la propia biografía, así como aquellas que surgen en el transcurso del ejercicio profesional, las cuales son valoradas como significativas dando cuenta de cambios de conducta o toma de decisiones cuando se enfrentan a cuidar personas que están en proceso de morir. Las unidades de análisis se distribuyen en subcategorías preestablecidas y otras emergentes.

Dentro de las subcategorías preestablecidas se encuentran aquellos tópicos considerados en el marco teórico provenientes desde la literatura y otras investigaciones relacionadas con los aspectos que involucra el patrón de conocimiento personal tales como las experiencias personales previas y las experiencias profesionales previas. Como subcategorías emergentes se encuentran: el impacto provocado por el fallecimiento de los pacientes en los profesionales de enfermería y la modificación de la práctica de enfermería a consecuencia de estas vivencias.

A continuación, se describe cada una de las categorías y subcategorías correspondientes a la metacategoría Patrón de Conocimiento Personal.

### *2.1.1. Experiencias personales previas*

Se refiere a experiencias de la vida personal que son consideradas significativas, ya que evocan recuerdos de la vida personal cuando las/os profesionales de enfermería acompañan personas en el proceso de morir. Dentro de los aspectos relevantes, están la vivencia del fallecimiento de seres queridos para las/os enfermeras/os, lo que posibilita el desarrollo de una actitud empática con pacientes y familiares. Esto es considerado fundamental para comprender ampliamente lo que representa esta vivencia en la vida de las personas. El haber tenido familiares cercanos que han fallecido es significativo de manera transversal al género, edad, experiencia profesional o creencia religiosa marcando una diferencia en el trato dado, porque les recuerda su propia experiencia.

*“Si yo no tengo alguien que haya muerto y que haya vivido la muerte de cerca, nunca va a entender lo que es ver morir un ser querido, ni vivir la muerte de un ser querido, no lo entiende, porque no lo ha vivido” (E.1 L132-134).*

El relato de estas experiencias representó para muchos de los entrevistados un momento de emoción, reafirmando la necesidad de tener consideraciones especiales en estos momentos en que brindan cuidados como una manera de reparar en sí mismos o, evitar que otros sientan lo que ellos sintieron cuando fueron familiares. Esto se traduce en dar facilidades para que las familias puedan realizar una despedida apropiada, lo que les da la tranquilidad de haber hecho una buena labor. Por otro lado, aquellos profesionales de enfermería que no han experimentado esto mantienen más distancia y son menos receptivos a permitir el acompañamiento permanente del paciente que vive el proceso.

*“Mira, en algún momento a mí me sirvió mucho como el periodo que yo pasé con mi padre ¿ya? De qué cuando él estuvo en esa etapa y que yo estuve con él todo el tiempo durante todo este proceso final, me di cuenta de que muchos, desafortunadamente, muchos de nuestros colegas tienen pensamientos muy erróneos ¿ya? de que no ven a esa persona como un ser integral, de que tiene familia también y de que la familia necesita de estar con ese paciente, sino que, por ejemplo, a mí me pasó de que no me dejaron entrar a la UCI con él. Bueno, obvio, yo sé que no podía entrar, pero yo necesitaba que me dieran información ¿ya? Con solamente darme la información yo quedaba tranquilo. No me dieron información y bueno, pasaron miles de cosas y eso... Bueno, yo dije “yo no voy a ser como ellos” ...” (E.11 L82-90).*

En suma, es transversal la percepción que las vivencias personales cambian la forma de actuar en el ámbito profesional, donde no es posible separar la propia biografía de la forma de cuidar, lo que se ve reflejado en la siguiente unidad de análisis:

*“Sí, yo creo que sí, porque todas nuestras experiencias impactan de alguna forma lo que nosotros hacemos. Siempre he pensado que es así” (E.12 L425-426).*

### *2.1.2. Experiencias profesionales previas*

Esta subcategoría se relaciona con la importancia que tiene para los profesionales de enfermería el haber tenido a su cuidado personas que están en el proceso de morir, ya que permite ponderar las decisiones evitando el sufrimiento innecesario del paciente lo que es apreciado como significativo y, a su vez, anticipar necesidades del que recibe cuidado.

*“Ahora uno también se afecta, pero uno está más entera y como con tus sentimientos y tus emociones más armados, lo cual no puede ser que a uno no le afecte y también respecto a los cuidados que uno puede brindarle a la persona, porque tal vez uno en un inicio quisiera hacer muchas cosas por la persona y ahí se cae en el ensañamiento y en cambio ahora, no, porque ahora uno logra diferenciar... “no, esto está demás” para qué ponerle tanto antibiótico, para qué pincharla a cada rato, para qué tomarle exámenes todos los días o 2 veces al día o 3 veces al día si ya sabes que el desenlace va a ser el mismo, que puedes hacer ciertas acciones sin pincharla a cada rato. ¿Me entiendes?... entonces en eso creo que es diferente, en que uno sabe cómo discriminar las acciones que están demás...” (E. 2 L 85-94).*

Entonces, la experiencia previa en lo profesional permite enfrentar mejor desde el plano emocional las situaciones en este contexto, lo que se relaciona directamente con los años de experiencia de los /as enfermeros/as que facilita un actuar seguro en condiciones de incertidumbre identificando cuidados imprescindibles que se traducen en protección para el paciente.

### 2.1.3. *Impacto provocado por el fallecimiento de los pacientes en los profesionales de enfermería*

Corresponde a una subcategoría emergente dada la repitencia en las entrevistas. Aparece como un aspecto central que no se aborda a menudo y, en donde, en muchas ocasiones, las/os profesionales lo experimentan en solitario. Se refiere al impacto interno que viven los profesionales de enfermería cuando fallecen personas que han estado a su cargo, y con las cuales reconocen haber establecido relación terapéutica. Esto se aprecia especialmente en profesionales con menos experiencia lo que les provoca emoción, tal como lo describe la siguiente cita:

*“... en mi casa yo no lo puedo hablar, porque les da lata hablar de sangre y de cosas así y también siempre que me acuerdo me pongo a llorar, soy súper llorona, me pongo a llorar... a llorar por todo. (...) porque en el fondo igual es una pega súper fuerte, no cualquiera está preparado para ver una persona morir casi todos los días.” (E.6 L107-113).*

El momento de la partida es reconocido como impactante independiente del número de veces que se han enfrentado a esta situación, en donde surge la necesidad de estar cerca de esa persona precisamente por el momento particular que vive. De esta manera, las/os profesionales tienen una sensación de tranquilidad interna al estar presente entregando un último cuidado.

*“... el proceso en el momento en que el paciente se va, es impactante... como que uno no lo asume como persona común y silvestre en la calle, caminando, pero en el momento de ver partir a la persona uno siente la necesidad de quedarse ahí... quedarse ahí y dejarlo lo más monono posible... dejarlo ordenadito, dejarlo bien” (E.7 L 89-92).*

Cabe destacar, que el impacto que les provoca la muerte de sus pacientes es directamente proporcional al vínculo previamente establecido, así como la contra-transferencia que ocurre espontáneamente cuando la situación de vida del paciente

resuena con vivencias personales que los lleva a ser más empáticos y a vivenciar de cerca la pérdida evocando recuerdos personales.

*“Si, y si más que nada el familiar. Dependiendo de la situación también, a lo mejor de cómo conociste el paciente también, en qué situación lo conociste. Porque a lo mejor es algún paciente que lo conociste durante todo su proceso de enfermedad hasta llegar hasta la terminal, ¿cachai? Si involucraste sentimientos o no, depende de eso” (E.9 L76-79).*

#### *2.1.4. Modificación de la práctica de enfermería a consecuencia de las vivencias personales*

Subcategoría emergente vinculada al cambio en la forma o en la perspectiva en que brindan cuidados los profesionales de enfermería a consecuencia de las vivencias personales. Esto reviste importancia debido a la complejidad del contexto, considerando que el patrón de conocimiento personal es acumulativo a lo largo de la vida de la enfermera/o y dando cuenta que, situaciones vivenciadas, efectivamente cambian paradigmas o estilos de cuidado, haciendo más empática la relación que se establece con los paciente y familiares, siendo reconocido como mejora en la calidad de la atención. Destaca que esta observación se da en enfermeras con mayor experiencia profesional y de género femenino lo que da cuenta de haber vivenciado el contexto en muchas ocasiones.

*“Yo lo veo con colegas que han vivido la experiencia de tener alguien hospitalizado y han cambiado su actitud, en cambio, a otros que como que no han tenido la experiencia de estar del otro lado, como que son más duros, más rígidos, más pesados, más intolerantes” (E.2 L186-189).*

Por otra parte, cuando los profesionales de enfermería han tenido experiencias que han marcado su vida con algún familiar relacionada con los cuidados específicos que se dan al final de la vida o post mortem, éstos generan un modelaje opuesto a lo que vivieron de modo de evitar que otros vivencien lo mismo que

ellos en el pasado. Un ejemplo de esto, se refiere al tratamiento específico del cuerpo en el periodo inmediato posterior a la muerte, como lo señala la siguiente cita:

*“Entré a la morgue, enderezamos el cuerpo para vestirlo y el empezó a exudar, así líquidos por todos lados: por la nariz, por los oídos, por la boca, por todos lados. Entonces, mi mamá le dice al tipo de la morgue que, es el mismo que trabaja ahí hasta el día de hoy, le dice “oye, es que sabes que nosotros nos tenemos que llevar el cuerpo fuera de Santiago y así como está no va aguantar, ¿me lo podrías taponear?”. Mi mamá le pidió a él si lo podía taponear y el gallo le dijo: “ya, salga” y después entramos y cachamos que tenía la nariz rasguñada, que tenía la boca rota en la comisura. Salga... y lo hizo de mala voluntad... y a nosotros como familia igual nos desgarró, porque fue como “¿weon, qué onda?” si te pedimos algo tan básico como dejarlo digno para poder trasladarlo. Y fijate tú que después de esa vivencia, que yo sé cómo funciona la morgue de mi hospital, es que cada vez que a mí se me muere un paciente, yo a anatomía patológica lo mando taponeado, con la cara vendada y con los ojos pegados y mis colegas no lo hacen y a nadie más le importa, porque no saben cómo funciona, ¿cachai?” (E.1 L171-183).*

## **2.2. Preparación del profesional de enfermería para acompañar en el morir**

Esta categoría es preestablecida, se relaciona directamente con una de las preguntas realizadas en cada una de las entrevistas a propósito de los tópicos que comprende el patrón de conocimiento personal. En este contexto, es posible distinguir tres subcategorías, una de ellas preestablecida que se refiere al credo religioso del profesional de enfermería, ya que es de interés de la investigadora indagar específicamente en este aspecto. Como subcategorías emergentes se encuentran: sin preparación interna específica y otro tipo de preparación interna no asociada a lo religioso lo que da cuenta de la variedad de perspectivas que

coexisten entre profesionales que se desempeñan en el mismo servicio. A continuación, se describe cada una de las subcategorías.

### *2.2.1. Credo religioso del profesional de enfermería*

Corresponde a una subcategoría establecida previamente, ya que es interesante conocer la forma en que se vincula el credo religioso del profesional de enfermería con el cuidado que entrega a las personas que están en proceso de morir. A pesar, de contar con una caracterización de la muestra en este aspecto, no aparece de manera recurrente que las/os enfermeras/os consideren relevante su credo al momento de acompañar pacientes en el morir, es decir, se da con menor frecuencia de lo supuesto. En la mayoría de los casos la atención está centrada en respetar la creencia de la persona más que en incorporar sus creencias en el cuidado. Sin embargo, existen unidades de análisis que dan cuenta que aquellos que refieren tener una creencia religiosa enfrentan, a su juicio, de mejor forma el proceso de morir de sus pacientes.

*“... va mucho con la creencia de uno también y lo que significa la muerte. Yo por ser católica, por haber sido por un buen tiempo muy religiosa, eh... muchas veces hago una oración, elevó mi pensamiento a Dios sabiendo que la persona puede estar por morir...” (E.8 L75-77).*

De este modo, consideran relevante para su interior realizar alguna oración, como una forma de entregar al paciente que está por morir a Dios y que, a su vez, el creer en otra vida les da tranquilidad de que la existencia no finaliza con la muerte. Esto, constituye una forma de preparación del profesional para enfrentar el fallecimiento de sus enfermos.

*“Y siempre yo me paro cuando veo una persona que ya está en la parte final ya, en el proceso final y yo me paro a rezarle. Yo siempre le rezo. Le doy un Padre Nuestro, porque no sé orar más. Pero yo creo que con un Padre Nuestro basta, independiente de la religión o las creencias que tenga el caballero,*

*yo se lo encomiendo a Dios... que se acuerde de él, de que le perdone todos sus pecados y yo creo que de ahí yo estoy preparado” (E.11 L100-105).*

### *2.2.2. Sin preparación interna específica*

Subcategoría emergente, se refiere a la ausencia de preparación específica declarada por los profesionales de enfermería cuando saben que durante la jornada laboral se encontrarán con pacientes que están en proceso de morir. Se considera relevante por el impacto que provoca en las personas ver morir pacientes como parte de su quehacer. En este sentido, se desprende que, a pesar de que es reconocida la complejidad del contexto, no declaran tener alguna rutina especial que los ayude en lo personal, y que la preparación que puedan tener, se da a través de la vida y del acúmulo de este tipo de vivencias. La experiencia previa toma relevancia ya que observan diferencias en la forma de enfrentar la situación dependiendo si ya han vivido situaciones similares.

*“Entonces, yo siento que la preparación para el momento de la muerte, no es que uno se prepare en el momento, sino que es la vida la que ha preparado para... y cada persona, de acuerdo a sus vivencias se ha preparado y tiene una preparación de acuerdo a cómo enfrentar. Tengo colegas que no han vivido la muerte de cerca y tienen una postura no fría, pero sí más indolente, porque no les afecta, porque no lo han vivido...” (E.1 L125-129).*

Por otro lado, destaca el momento personal por el que pasa el profesional de enfermería, ya que es distinto si su vida va bien o si en su ámbito privado tiene algún ser querido que está cursando el proceso de morir. Otros, no relevan la necesidad de prepararse para acompañar a sus pacientes, sino que lo ven desde una perspectiva más racional en donde ellos deben mantener el orden en el servicio considerando el equipo de enfermería y los familiares.

*“Pero no es que yo me prepare así como emocionalmente, porque aunque parezca un poco frío tampoco es algo que me afecte personalmente. Trato de*

*mantener cierta frialdad y racionalidad cuando alguien va a fallecer en buena parte para mantener al personal de salud y también por uno mismo, porque no puedo sentirme mal o ponerme triste cuando alguien va a fallecer cuando uno es la persona que contiene” (E3. L87-92).*

También destaca que la carga de trabajo dificulta el acompañamiento espiritual de paciente, ya que debe cumplir con las rutinas establecidas en donde no alcanza el tiempo para prepararse ni para acompañar de manera particular, ya que no debe perder la visión global del servicio y que, por ende, hay más pacientes que necesitan atención de enfermería.

*“No... en general no es algo que... porque en realidad si bien uno trata de acompañar y qué se yo, tampoco uno está como siempre como dándole apoyo espiritual o qué se yo... como que se hace la atención de enfermería general para todos y..., si uno tiene tiempo dentro de la rutina del día, uno se acerca a ese paciente, pero no siempre es así” (E.5 L77-81).*

Sin embargo, declaran que con el pasar del tiempo disminuye el impacto de la muerte. De modo que cuando eran estudiantes vivenciaban con mayor intensidad este proceso, atribuido a la necesidad de cumplir con las responsabilidades que implica ser enfermera/o clínica/o en un servicio de medicina.

### *2.2.3. Otro tipo de preparación interna*

Corresponde a una subcategoría emergente que incluye aquellas acciones que realizan los profesionales de enfermería para sentirse mejor dispuestos o preparados para acompañar los últimos momentos de los pacientes que están a su cargo durante el turno, especialmente en profesionales jóvenes de género femenino.

*“Entonces, cuando los pacientes están así, trato de desconectarme un poco porque ya me pasó en una de las últimas muertes que tuvimos que yo me puse a llorar ahí mismo. Entonces yo no sabía cómo enfrentarlo... tuvimos que*

*poner biombo y todo, porque la señora se nos murió literalmente realmente ahí yo agarrándole una mano y la X. agarrando la otra. Entonces primera vez que me había pasado y me puse a llorar...” (E.6 L46-50).*

Esta preparación es variable, destacando la necesidad de aferrarse a sus creencias personales, prestar atención a las necesidades del paciente más que a las propias, salir un momento del servicio para tomar distancia, solicitar ayuda a otro colega en caso que se sienta impactado por la situación.

*“O sea, depende: si es una muerte que me afecta mucho, sé que tengo que salir en algún momento, respirar, decir “ya, va a pasar, tranquila”, en el fondo que... o si necesito, por ejemplo, como ayuda, decir como “chuta, me siento mal” y decir como no sé, siempre está un poco el equipo de trabajo. Al final las compañeras de trabajo igual se apoyan unas a otras, entonces en general nunca me ha pasado a mí, pero por ejemplo he visto como que de repente hay situaciones como que quiebran más que otros y no sé... si tengo que salir, eso es como más que nada la preparación. No tengo otra forma” (E.13 L66-72).*

En suma, una mirada introspectiva permite que las/enfermeras/os puedan sobrellevar el momento de la muerte con tranquilidad en donde destaca el trabajo en equipo, ya que, en ocasiones, solicitan ayuda a sus compañeros de turno cuando sienten que la situación se les afecta en el plano emocional. En este sentido, se entrelaza esta subcategoría con la siguiente categoría que es el autoconocimiento ya que requiere conocer los propios límites personales.

### **2.3. Autoconocimiento**

Esta categoría es preestablecida ya que se relaciona directamente con el patrón de conocimiento personal que está descrito en el marco teórico, así como con las preguntas realizadas a los entrevistados. Dentro de los aspectos relevantes se encuentra: la importancia de conocer los propios límites, los factores que afectan en lo

emocional cuando se está cuidando personas en proceso de morir lo que es considerado relevante independiente del género, pero en donde la experiencia profesional permite mirar este aspecto con mayor claridad.

*“Entonces esa es una situación que uno tiene que conocer su verdadera emocionalidad. Puede parecer súper cliché, pero uno debe conocer su propio corazón para saber cómo enfrentarlo y cuando ya no se puede” (E.1 L223-225).*

Así mismo las unidades de análisis dan cuenta de la racionalidad a la cual apelan las/os enfermeras/os en este contexto, favoreciendo cambios de conducta con el pasar de los años, reconociendo que estas situaciones provocan un estrés mayor, pero donde es necesario el autocontrol para poder sostener la situación frente al paciente que de alguna manera espera y necesita apoyo del profesional.

*“... mi postura es una postura firme... siempre ha sido... cuando era más chica, cuando estaba estudiando, prefería no acercarme... nunca acercarme a los pacientes que estaban falleciendo, porque para mí era un quiebre... era algo emocional muy fuerte... yo llegaba a mi casa llorando... no, no lo toleraba, pero actualmente ya conociéndome, ya sabiendo en qué postura puedo estar, que... no voy a debilitar más a ese paciente, solamente uno le da fuerza, le da energía y sabe que tiene que estar firme y, una vez que el paciente fallece, liberar todo el estrés digamos, la pena y todo” (E.7 L73-80).*

En suma, tener herramientas de autoconocimiento permite poner una distancia saludable en el acompañamiento de los pacientes lo que se transforma en un factor protector para los profesionales de enfermería

*“Conocerme a mí misma, me ha ayudado a mí para saber cuál es el límite de hasta dónde puedo llegar, compartiendo como el sufrimiento de ese paciente. Hasta qué punto yo me puedo involucrar más que nada con ese sufrir... con ese sufrir de los familiares y de esa persona” (E.12 L128-131).*

## 2.4. Habilidades blandas

Se refiere a las herramientas que desarrollan los profesionales de enfermería que permiten el uso terapéutico de uno mismo, de acuerdo a lo mencionado en el marco teórico. Incluye la empatía, asertividad, habilidades de comunicación que son fundamentales para establecer relación terapéutica con los pacientes y familiares que transitan en el proceso de morir. De acuerdo a las unidades de análisis, resalta que las/os entrevistadas/os reconocen que esta área se desarrolla con el transcurso de la vida y que la formación universitaria no contempla explícitamente este ámbito en el pregrado, específicamente relacionado con universidades privadas, ya que hay otros profesionales entrevistados que dan cuenta del estudio más allá del tema en la institución en que se formaron.

En este sentido, la empatía es considerada fundamental para comprender lo que están vivenciando pacientes y familiares regulando el actuar profesional, agregando un componente humano lo que cambia la perspectiva, provocando mayor cercanía y sensibilidad con quienes atienden y que están muriendo.

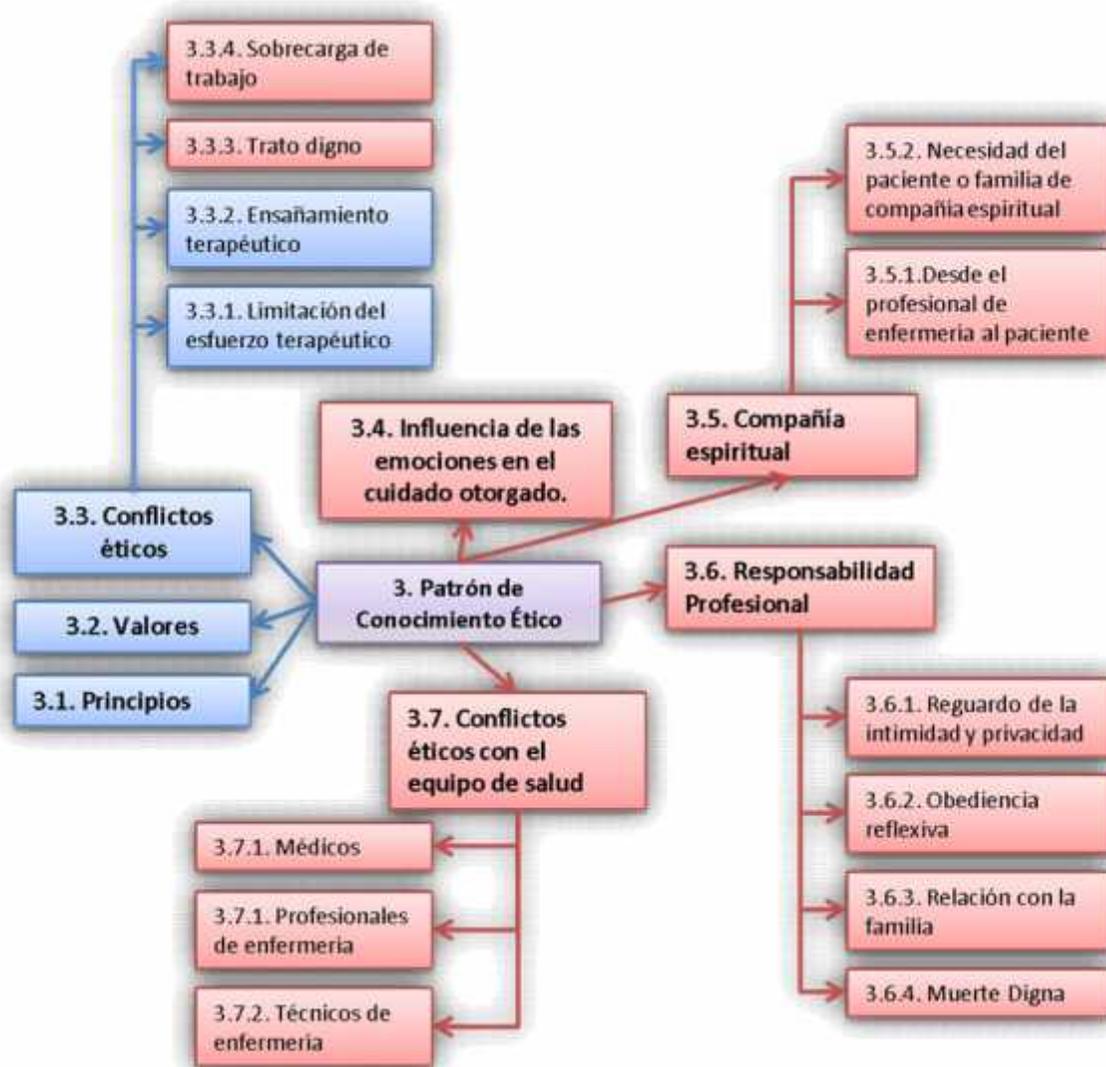
*“... el darse cuenta que es una persona, que no es cualquier cosa el que está acostado en la cama yo creo que eso... como lo más importante para mí yo creo...”* (E.6 L182-183).

Por otro lado, la asertividad es un aspecto que toma relevancia cuando los pacientes consultan directamente a las/os profesionales de enfermería sobre su situación de salud, lo que da cuenta de dificultades para comunicar claramente la información, así como temor de dar alguna información inadecuada o que no haya sido informada por el médico tratante. Entonces, la comunicación efectiva al interior del equipo de salud es fundamental para favorecer una actitud asertiva por parte de las/os profesionales de enfermería, considerando que muchas veces los pacientes o familiares solicitan información recursivamente como una manera de reafirmar lo que ya se les informó. En suma, la comunicación no verbal y cercanía física ayuda a enfermeras/os a soslayar esta compleja situación.

*“A mí como una frase que me mató y no tengo qué responderle yo le agarro la mano no más y le hago un cariño “señorita, ¿me voy a morir?”, pero nunca un paciente me ha preguntado, así como “señorita, qué pasa cuando uno...” sino que te agarran la mano te dicen “señorita, me voy a morir” o “me estoy muriendo” y ahí uno ¿qué le dice?” (E.4 L374-377).*

### **3. Metacategoría Patrón de Conocimiento Ético**

Esta metacategoría es definida en el marco teórico. Se relaciona con contextos complejos en los cuales los profesionales de enfermería deben tomar decisiones moralmente correctas, considerando que los códigos de ética orientan la conducta y responsabilidad profesional. Así mismo, da cuenta de los conflictos éticos que vivencian las/os enfermeras/os en el ejercicio de la profesión lo que visibiliza la complejidad del contexto. De este modo, se definieron siete categorías que agrupan diferentes tópicos vinculados a este patrón de conocimiento como son: 1) Principios; 2) Valores; 3) Influencia de las emociones en el cuidado otorgado, siendo ésta una categoría emergente; 4) Compañía espiritual; 5) Responsabilidad profesional; 6) Conflictos éticos; 7) Conflictos éticos con el equipo de salud. De éstas, a su vez, algunas desprenden subcategorías las cuales son analizadas a continuación.



*(Esquema elaborado por la investigadora, según matriz de categorías)*

### 3.1. Principios

Se entiende esta categoría desde la perspectiva principialista, en donde los profesionales de enfermería asocian acciones o decisiones que toman con los pacientes regidos por éstos. De ellos destacan, en primera instancia, la no maleficencia evitando producir daño al paciente, referido especialmente a calmar el dolor y permitir la compañía espiritual y familiar. Otro punto importante, es actuar considerando la autonomía de la persona que está en proceso de morir dentro de lo posible, donde se

releva la importancia de conocer las preferencias del paciente. El reconocimiento de los principios en acciones concretas da cuenta que ellos permiten direccionar el actuar de los profesionales de enfermería pudiendo otorgar un cuidado pertinente con el proceso de morir. La siguiente unidad de análisis corresponde la reflexión realizada por una/o de los entrevistados, con formación en bioética, sobre los principios aplicados en actos cotidianos lo que da cuenta de la manera en la que los principios pueden guiar la praxis.

*“Yo creo que como la no maleficencia todo el rato... emmm... en cierto modo la autonomía porque en realidad... tampoco puedo ser tan explícita, porque, por ejemplo, si me dicen “Oiga póngame algo y mátame”, yo no puedo hacer eso, pero sí tratar de que en el último tiempo que tienen... O las últimas horas o qué se yo... puedan decidir algunas cosas. Por ejemplo, sería súper absurdo... que se está muriendo y no quiere comer, por ejemplo, porque a veces pasan por un proceso como de desprendimiento de lo material y entre eso está el no querer alimentarse por ejemplo y... que yo lo obligara y le pusiera una sonda nasogástrica, por ejemplo... porque no quiero que muera de una hipoglicemia... porque es diabético, eso igual es como... pero ahí entraría el tema de la no maleficencia, pero además el tema de la autonomía porque le estoy quitando su derecho a decir “no quiero comer” o que quiera ver a su nieta de 2 años... y “No, es que no pueden entrar niños menores de 14 años”, también es como absurdo... es como: “ya que pase” cachai? Que pase un ratito corto, pero que pase igual... como tratar de que las últimas cosas que quiera hacer de alguna manera se puedan lograr dentro de lo que se puede, de lo que permite la hospitalización... Y eso creo que es como lo principal” (E.5 L255-262).*

En este mismo sentido, la no maleficencia corresponde al principio de la bioética más fácil de identificar por las/os enfermeras/os, ya que lo relacionan con indicadores de calidad como es el caso de las úlceras por presión y con el reconocimiento de la compañía de la familia.

*“Es que si yo no le hago, digamos cambio de posición del paciente y lo dejo solamente en una sola posición, yo voy a producir daño. Daño en adquirir una úlcera por presión o solamente su inconformidad. O solamente que el paciente se sienta incómodo. Eh, hacerle bien, como que siempre me vas a escuchar lo mismo. Yo le hago bien dejando al paciente en compañía de su familia ¿Ya? Ese es el bien. Eso es lo único que uno quiere para uno... para uno estar tranquilo y para que ellos se sientan que están acompañados con su familia y ahí yo les hago el bien ¿ya? Yo no le haría el bien si saco su familia y lo dejo solo” (E.11 L 183-190).*

Cabe señalar que fue complejo para los profesionales de enfermería identificar a qué nos referimos cuando hablamos de principios. Para lograr contextualizar, la investigadora debió definir previamente el término, en algunas ocasiones dar ejemplos. Quienes pudieron identificar sin dificultad, fueron los entrevistados de universidades extranjeras y de universidades públicas del país o con estudios de postgrado en ética. Esto llama la atención, considerando que desde hace alrededor de 15 años se imparten en pregrado contenidos relacionados con la ética, bioética y aspectos legales de la profesión en enfermería.

### **3.2. Valores**

Esta categoría es preestablecida, entenderemos como valor según lo plantea M. Sánchez como *“la estimación de un hecho que acompaña ineludiblemente a la percepción del mismo y nos hace preferirlo”* (31). Por tanto, se consideran los valores fundamentales asociados al cuidado que son reconocidos por las/os profesionales de enfermería cuando se encuentran en el contexto de acompañar en el proceso de morir. Destaca, al igual que en la categoría anterior, cierta dificultad para identificar valores desde lo conceptual, así, se tiende a considerar la empatía como un valor más que como habilidad social, indistintamente de los años de experiencia profesional.

En ellos se encuentran la tolerancia en cuanto reafirmar que cada uno tiene sus creencias las que, sin duda, pueden ser diferentes entre enfermeras/os y pacientes.

Sin embargo, es reconocido en la gran mayoría de las/os entrevistados, la importancia de practicar la tolerancia intentando comprender la creencia del que está viviendo el proceso de morir sin intentar convencer, ni de que piensen como ellos. Entonces, respeto y tolerancia, surgen como un binomio indisoluble que está muy presente en los profesionales de enfermería que se enfrentan a estos contextos, lo que se observa de manera transversal en las/os entrevistadas/os.

*“Ya, yo creo que lo más importante como principio al momento de acompañar en la muerte de un paciente es la tolerancia. ¿Desde qué punto de vista... de la tolerancia y la empatía, cachai? Desde el punto de vista de ponerse en el lugar del paciente un poco qué es lo que cree, qué es lo que piensa, qué es lo que siente. ¿Por qué?, porque no es lo mismo, por ejemplo, para mí que igual tengo en el fondo de mi corazón creencias cristianas, pero para una persona que es 100% atea, entra a practicar la tolerancia...” (E.1 L348-353).*

Así mismo, se relevan como valores relacionados con el proceso de morir, la protección de otro vulnerable en un espacio físico que es desconocido y que requiere que el profesional de enfermería resguarde el cuerpo y la posibilidad de realizar una despedida adecuada con sus familiares, lo que se traduce en acciones concretas que pueden gestionar como sería instalar biombos o trasladar pacientes a habitaciones individuales si las condiciones lo permiten para, de este modo, favorecer la compañía de la familia en un espacio íntimo que permita la expresión de emociones.

*“El respeto, la integridad... porque estamos trabajando con pacientes. Entonces, si hay necesidad de aislarlo... de cuidarle el cuerpo, la intimidad. Porque igual la familia a veces se siente incómoda y no se quieren expresar porque hay más gente viéndolos o en fin” (E.11 196-199).*

También se visualiza como valor el trato digno, en donde reconocen que, en ocasiones, es una falencia o no está tan presente en todos los equipos de salud. Es aquí, donde reconocen que el profesional de enfermería tiene un rol en transmitir a

su equipo, la importancia de tratar a los pacientes como personas ya que, tiende a ser minimizado con la carga asistencial y la rutina diaria. Destaca que la mayoría de los entrevistados reconoce que el trato humanitario es primordial, olvidado en ocasiones por sus colegas, pero no por ellos. Es decir, los entrevistados reconocen que otros profesionales de enfermería olvidan a veces la relevancia del trato digno, pero no ellos en particular.

*“... yo creo que el valor más importante es la humanidad, porque yo he visto gente que como que se olvida que los pacientes son humanos...”* (E.4 L237-239).

### **3.3. Conflictos éticos**

Los conflictos éticos constituyen una categoría preestablecida, ya que corresponde a una de las preguntas que se consideraron en las entrevistas. Aparecen claramente diferenciadas las temáticas en relación a este aspecto en donde la saturación de la información se logró tempranamente. Destaca que todos los entrevistados tienen identificados los conflictos éticos en el contexto del proceso de morir. Como subcategorías es posible distinguir: la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), ensañamiento terapéutico, trato digno y la sobrecarga de trabajo. Cada uno de los cuales, se describe por separado.

#### *3.3.1. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)*

Esta categoría se refiere a *"la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas de soporte vital cuando se percibe una desproporción entre los fines y medios terapéuticos"* (35). En este sentido, las unidades de análisis dan cuenta de la complejidad en el manejo de los pacientes cuando hay incertidumbre en torno a este tema. Tener claridad respecto a las conductas a seguir al final de la vida, permite evitar la instrumentalización y guía el actuar del equipo, ya que hay ocasiones en los cuales la agonía es más prolongada y si el equipo de salud no está al tanto de la decisión de

limitar, la que debe quedar registrada en la ficha médica, lleva a situaciones como la que a continuación se describe:

*“... en ese minuto estaba como todo en ascuas, si se paraba había que reanimar igual, porque no había nada concreto. No se sabía bien el diagnóstico, no se sabía bien lo que pasaba, pese a que estaba en las condiciones en que estaba, no había nada concreto, y la señora todavía estaba en las mismas condiciones, no había fallecido y preparé el tratamiento antibiótico y le pasamos los antibióticos, la volemos un poquito más y la señora salió, pero a los 3 días falleció” (E.1 L311-315).*

Entonces, es necesario dialogar entre los miembros del equipo de salud, ya que, pueden existir distintas perspectivas morales respecto a si corresponde o no limitar el esfuerzo terapéutico, por lo tanto, no es suficiente con que se declare en la ficha médica, sino que se debe tratar el tema abiertamente para la tranquilidad interna de sus miembros los cuales pueden tener percepciones diferentes de la situación por muchas circunstancias, lo que en este caso es dependiente de la experiencia profesional.

*“Como que siempre me quedaba con la duda de que si podía hacer algo más, pero quizás por la falta de experiencia hasta el momento, los médicos decían “no, hasta ahí no más tiene que llegar”... y yo decía: “pero no, pero si se puede hacer esto otro, se puede aliviar de tal manera”. Pero me decían “no, pero vea la condición del paciente, no se puede hacer más nada... sus órganos ya no responderán a nada más”. Entonces saber ese límite era como difícil, aceptar que un paciente igual estaba muriendo y que uno no podía hacer más nada. Hasta ahí llegaba a su límite, el límite de la medicina, y era como entregarlo...” (E.8 L100-107).*

### 3.3.2. Ensañamiento terapéutico

Esta subcategoría corresponde a lo que en la academia se denomina “distanasia”, entendido como “el retrasar la muerte por todos los medios posibles, proporcionados o no, aunque no haya esperanza de curación” (36). Se utiliza el término “ensañamiento terapéutico” debido a que es un concepto más conocido en el contexto hospitalario. Es interesante destacar, que 10 de 13 entrevistadas/os consideran que de alguna manera se da esta situación en varios de los casos en que hay pacientes en el proceso de morir. Fundamentalmente la tensión se refiere a indicaciones médicas que los profesionales de enfermería consideran desproporcionadas y que les corresponde a ellas/os realizarlas, como es el caso de las punciones en que observan el dolor que les provoca a los pacientes y, desde ahí, se desprende la reflexión de hasta dónde llegar en estas situaciones. Se han seleccionado las unidades de análisis más significativas.

*“No sé... yo creo que tal vez el tema de las decisiones que toman los médicos. Por ejemplo, cuando es evidente... hay algunos pacientes que los doctores dicen “ah, este paciente se va a morir”, pero hay algunos pacientes que por alguna razón siguen, siguen haciendo cosas con él, invadiéndolo, invadiéndolo y después de que lo invaden y lo dejan, pero mal, peor de lo que llegó dicen “no hay nada que hacer, hay que dejarlo morir”, de ese tipo de cosas...” (E.13 L227-232).*

*“... no logran ver el fondo... o ponle vía, ponle catéter, siendo que ya no po’ no va más. A lo mejor yo me imagino que les debe doler, porque cuando uno los pincha tiran los brazos para atrás, se mueven cuando uno les va a poner vía... entonces para qué insistir tanto sobre lo mismo si ellos mismos saben que está en proceso de muerte que obviamente tiene alteraciones hidroelectrolíticas, claro que está con hiperkalemia, que está con hiponatremia, que no sé qué, pero es obvio. Que métele suero, que pónale vía, que tómale gases. Entonces de repente uno trata de decirles, pero no, se nublan. Como que se nublan en el salvar al paciente y ellos ven solamente una hipokalemia...” (E.4 L253-260).*

Siguiendo con la idea anterior, los profesionales de enfermería plantean esta inquietud a los médicos, en donde el trabajo en equipo se torna central en permitir ver distintas perspectivas que, en ocasiones, son consideradas y en otras no. El hecho de que las/os enfermeras/os planteen su posición les da tranquilidad y da cuenta de la independencia moral de ellas/os. En suma, es posible sostener que los médicos más jóvenes tienden a intentar más acciones que prolonguen la vida, aunque éstas sean fútiles.

*“Sí, en realidad me escuchan y en realidad le digo “pero doctor, ¿qué más le van a hacer?, si ya está todo confirmado, si ya está todo resuelto, acá lo que hay que hacer es manejo del dolor no más” ... “colóquele una BIC de analgesia o mándele interconsulta a paliativos” o en fin. Pero cuesta, porque el paciente, uno está pinche, que pinche, que pinche... es puro producirle dolor al paciente y lo que menos queremos es hacerle sentir dolor al paciente. Entonces, muchos si le atienden a uno, otros escuchan... pero en realidad como que sigamos ¿ya? Pero lo que queda uno tranquilo, es que uno interviene. Igual yo sugiero, yo no puedo dar indicaciones. Yo le sugiero al doctor, entonces son como sugerencias... Algunos lo aceptan, otros no y en fin” (E. 11. L261-269).*

### 3.3.3. *Trato digno*

Esta subcategoría emergente es compleja de conceptualizar por las diversas aristas presentes en este concepto. Sin embargo, para esta investigación, se considerará el “trato digno” desde cuatro elementos importantes: lo emocional que se relaciona fundamentalmente con el ser tratado como persona (trato humano), la información durante la atención de salud, el derecho a contar con un médico comprometido/responsable y la atención oportuna, según lo señala un estudio realizado por la Superintendencia de Salud de Chile en el año 2013 (37).

Destaca que los profesionales de enfermería reconocen el trato digno como un conflicto ético, que lo relacionan con la carga asistencial, la disminución de personal para dar atención reconociendo que esto implica una merma en el trato a los pacien-

tes, situación que provoca estrés en ellos por sentir que no logran dar atención de calidad.

*“Hemos tenido semanas en que la X estuvo de vacaciones, hubieron hartos pacientes, hartos paros, hartos intubados y hemos tenido que estar con el paciente intubado ahí. Hemos tenido que decirle a un paciente: “No, no puedo traerte la chata”, porque más encima hemos tenido menos personal técnico y pésimo. Se atiende horrible, horrible. Y hay un estrés ¿cachai?, Los chiquillos también estresados, respondiendo mal, porque son ellos los que se llevan como la peor parte... los aseos... los técnicos. Y sí... hemos tenido turnos en que se ha trabajado mal, humanamente hablando. Cómo tratando de sacar la pega, como de hacer la técnica, olvidándose un poco de la persona en sí, de que es persona” (E.9 L294-301).*

Por otra parte, existe tensión en cuanto a que, en ocasiones, hay personal que trabaja molesto por alguna situación laboral o particular, que se traduce en un trato deficiente con pacientes que están en proceso de morir. Esto parece no tener solución, los profesionales de enfermería lo relatan con nostalgia, pero no se vislumbra una intervención concreta que modifique la conducta. Esto es observado principalmente en el equipo de técnicos en enfermería. Además, se le agrega que hay periodos en que hay varios pacientes en la misma sala en estas condiciones, lo que implica ser más dependiente de cuidados básicos, por lo tanto, son más vulnerables al trato que se les brinda, considerando que algunos de ellos no pueden reclamar la forma en que se les atiende porque no hablan, están desorientados o inconscientes.

*“... la mayoría los pacientes que llegan a medicina, llegan muy mal... llegan casi... he tenido salas, supongamos la sala X una vez que todos los pacientes me iban a fallecer, estaban todos desahuciados. Entonces, es como se dice triste... entonces más encima enojado y más encima tratar mal a las personas, es como que lo hace más triste aún. El venir enojado, entonces uno tiene que tratar de por último irradiarle algo al paciente, aunque sea que tú no estás enojado, porque*

*aparte que él está pasando por un momento súper difícil, súper triste y tú más encima le pones tu cara... y tus malos tratos, entonces no corresponde eso..."* (E.12 L263-269).

#### 3.3.4. Sobrecarga de trabajo

Esta es una subcategoría emergente ya que surge de las entrevistas realizadas. Al consultar sobre los conflictos éticos, las/os profesionales de enfermería relatan la tensión que les provoca la carga asistencial dado que les dificulta el acompañamiento cercano de los pacientes, especialmente de aquellos que están en proceso de morir. Aquellos con más años trabajando en el mismo servicio mencionan que este problema es más bien reciente, que en la actualidad los pacientes llegan en peores condiciones a la hospitalización, lo que demanda mayor atención y aumenta la carga laboral, disminuyendo la calidad del cuidado entregado. Esto constituye para ellas/os un conflicto ético.

*"No sé, a veces creo que me gustaría tener más tiempo, porque siento que igual es mucha carga laboral, porque a veces de verdad uno deja de lado cosas. Como que yo sería feliz en un servicio en donde de verdad se respetara la cantidad de enfermeras por paciente, porque me encanta conversar. Pero una de esas cosas podría ser eso, pero tampoco quiero irme del servicio... Y creo que eso ayudaría un poco más, porque a veces siento que de verdad es que hago algo muy pobre en ese sentido. A veces ni siquiera me he dado cuenta que se han ido, o los chiquillos me avisan: "mire, falleció" y yo ¿en qué estaba?... estaba haciendo una curación, estaba buscando esto o lo otro"* (E.10 L185-192).

*"... y con los últimos turnos que son bien movidos, uno se pone de verdad a hacer puras cosas, se pone hacer cosas, de verdad y a veces pasas y pasas tablas no más. De repente, ni siquiera te da tiempo como de mirar el paciente, ¿me entiendes o no? A no ser que esté muy complicado, que algo ande mal ¿cachai? es feo, de verdad... y eso no pasaba antes, conversaba más con los pacientes..."* (E.9 L280-284).

Siguiendo lo anterior, hay profesionales de enfermería que prefieren mantener la distancia frente a situaciones emocionalmente complejas que vivencian los pacientes, como puede ser haber recibido una mala noticia sobre su pronóstico y, en donde, sabiendo que corresponde acercarse a esa persona que sufre, no lo hacen por temor al tiempo que utilizarán dando contención, lo que va en desmedro de las posibilidades de terminar sus tareas del turno a tiempo. Esto, provoca una sensación de frustración ya que comprenden la dimensión de sus decisiones.

*“A mí me encantaba conversar con los pacientes, preguntarle cómo se siente, o qué sé yo, pero en verdad no te da el tiempo. De verdad, los pacientes a veces se quedan contándote algo y tú tienes que darles la cortada, porque si no le das la cortada, no completas... no alcanzas a terminar. O de repente he tenido algún paciente que está hablando con su familiar y está emocionado, porque recibió un diagnóstico, que de hecho me pasó con una paciente, de cáncer... y tú la ves emocionada y todo y de verdad, o sea, sientes que, si te acercas, sabes que no vas a tener tiempo de terminar toda tu rutina y no sé...” (E.8 L81-88).*

#### **3.4. Influencia de las emociones en cuidado otorgado.**

Este es una categoría emergente que surge de la repitencia en relación a la forma en que las emociones influyen el cuidado. Se vincula con la crítica que se levanta a la ética del cuidado, de acuerdo a lo señalado por S. Pozo como “algo injusto” (3), ya que la relación que establecen los profesionales de enfermería es distinta según el vínculo emocional que establecen con sus pacientes, lo que da cuenta de diferencias entre aquellos “más queridos” en donde un factor lo constituye el tiempo de hospitalización, teniendo en consideración que debe mantenerse un trato similar a todos los pacientes.

*“Cuando llevan mucho tiempo, inevitablemente uno se encariña. Eso que te enseñan que no te tienes que encariñar y que no tienes que tener favoritos, eso es*

*casi imposible. Por lo menos para mí, lo cual no quiere decir que yo trate mejor a uno y trate peor a otro...” (E.2 L274-277).*

Sin embargo, no es posible generalizar ya que se observan diferencias de género, los enfermeros varones reconocen que establecen vínculos, pero mantienen la racionalidad al momento de prestar cuidados sabiendo que existen posibilidades de sentirse sobrepasado o impactado por las situaciones de vida, poniendo límites claros en la esfera emocional lo que es distinto con las mujeres enfermeras independiente de los años de experiencia profesional.

*“... esta es una pega que involucra hartos aspectos emocionales, porque uno trata con gente igual, trata con gente principalmente vulnerable, yo igual soy un tipo más frío, más racional... quizá porque soy hombre, no lo sé, yo digo “bueno, la pega es la pega”, uno sabe a lo que se expone, uno sabe que con los cuidados van a salir bien, van a salir caminando, pero en este caso no” (E3 L118-122).*

También es reconocido que los esfuerzos adicionales que se hacen para cuidar mejor, van relacionados con el vínculo y la calidad de relación existente entre profesionales de enfermería y pacientes. Esto da cuenta de que es imposible evitar establecer relaciones significativas cuando las/os enfermeras/os acompañan en este contexto por periodos más prolongados.

*“... sí, por ejemplo, si llevo mucho tiempo con el paciente, uno se encariña y hace más cosas siempre. En cambio, si yo vengo recibiendo turno y no lo conozco, como que quedo ahí... y no sé cómo es la familia, no sé quién es la familia” (E.10 L61-63).*

### 3.5. Compañía espiritual

Esta categoría emergente hace mención a los aspectos espirituales de la atención de enfermería en el contexto del proceso de morir de las personas hospitalizadas en servicios de medicina. En este sentido, fue posible distinguir dos subcategorías que facilitan la comprensión de las perspectivas encontradas en las unidades de análisis. Estas subcategorías son: compañía espiritual desde el profesional de enfermería al paciente y la necesidad del paciente o familia de compañía espiritual.

#### 3.5.1. *Compañía espiritual desde el profesional de enfermería al paciente*

Subcategoría que da cuenta de las temáticas, relacionadas con la parte espiritual, que establecen los profesionales de enfermería con sus pacientes cuando están en el proceso de morir. Cabe señalar, que el instalar el tema es algo que se da de manera ocasional cuando el contexto lo permite, ya que no es algo que sea considerado como posibilidad plausible por la mayoría de los entrevistados. En general, es posible sostener que se da mayormente en enfermeras más cercanas a la religión, o que le dan a este ámbito una connotación especial, la cual comparten con las personas que atienden dando la posibilidad de entablar estos diálogos. Para otras/os, esto corresponde a la esfera íntima de la persona que está en el proceso y en donde no interviene mayormente, excepto apoyando la gestión de solicitudes explícitas de la familia para que puedan recibir los sacramentos del final de la vida de acuerdo a sus propias creencias.

En este sentido, el cuidado espiritual que dan se refiere a rezar por el paciente que está por morir, entendiendo que es algo que a la/o enfermera/o le hace sentido hacer por su vínculo con la religión y que no es algo solicitado por la persona que cuida. Sin embargo, el acto de rezarle al paciente es considerado como cuidado espiritual. Esto, es posible de observar en la siguiente unidad de análisis.

*“... lo primero que se me vino cuando me preguntaste, fue la religión. Yo soy católica, más que católica soy cristiana creyente. (...) No soy una católica ferviente*

*digamos, pero sí soy creyente y si me pasa que a veces cuando yo veo un paciente que está mal, que sabes que va a morir pronto, que está en gasping, que le queda muy poquito. Emmm, yo rezo, pero igual me acuerdo de la universidad en que te decían que no todos tienen la misma creencia y eso es un poco difícil a veces, porque uno tiende a no preguntarle a las personas qué creencia tiene” (E.2 L 108-114).*

En otras ocasiones el ámbito del cuidado espiritual es abordado directamente entre el profesional y el paciente en donde el centro está en dar apoyo, enfatizando la importancia de la fe y la trascendencia del espíritu, principalmente en enfermeras/os que declaran ser católicas/os o cercanos a esta religión, tal como da cuenta la siguiente cita:

*“... si po’, hemos conversado tanto con algunos que sí están muriendo y que ya están entregados un poco a lo que viene y con otros que están enfermos y que empezamos a hablar un poco sobre... no sé... por ejemplo que “Dios me va a ayudar, me va ayudar a salir de esto” que si no es su voluntad... y si no es parte de la vida que... bueno en realidad como que se llega hasta ahí un poco. Como que es difícil que alguien hable dónde se va a ir después quizás” (E.5 L 203-207).*

En otro sentido, hay quienes se acercan a entregar cuidados espirituales más genéricos, basados en reafirmar la importancia de la fe enfatizando la importancia del pensamiento positivo, más bien como darle ánimo en este momento complejo por el que atraviesa.

*... no les doy como una clase de religión ni nada, al paciente que lo veo no sé po’ como decaído o negativo qué sé yo siempre, ocupo la palabra fe, que tengan mucha fe, en el positivismo... no sé, pero pensemos que le va a ir bien, pensemos que va a salir de ésta, que se va a recuperar. Como que trato de animarlo un poco en ese sentido. De eso como que me ocupo (E.9 L158-162).*

### 3.5.2. Necesidad del paciente o familia de compañía espiritual

Esta subcategoría da cuenta de la importancia que reviste para el paciente y su familia el tener la posibilidad de contar con compañía espiritual de acuerdo a sus creencias en el espacio hospitalario. Cabe destacar, que transversalmente las/os entrevistadas/os reconocen que es significativo y mencionan las dificultades desde la gestión para concretar las visitas de pastores, sacerdotes u otros representantes de la religión.

*“Si ya, es su creencia religiosa, permitirle que vengan los grupos a los que ellos asisten, o en fin, la parte espiritual para que estén tranquilos. Eso le compete a la familia, porque muchas veces ellos le piden a uno que si puede venir el pastor este o que venga el otro... Igual, pues con las normativas de acá, uno tiene que pedir permiso con la OIRS y todo eso... para que suban... Bueno, todo eso. Pero si ya es tarde en la noche, uno como que tiene la iniciativa de dejar, de permitir que venga su creencia espiritual y le oren” (E.11 L173-178).*

Así mismo, a pesar de la importancia reconocida de permitir la compañía espiritual, declaran dificultades en la gestión para que vengan a ver los pacientes, ya que durante el día es otra unidad, la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) quien autoriza la entrada lo que, en ocasiones, retarda la llegada oportuna del acompañante espiritual. Sin embargo, fuera de horario hábil son las/os propias/os profesionales de enfermería quienes pueden dar las facilidades para que sean visitados los pacientes, pero es la familia quien debe traer al sacerdote o pastor, dado que no existe una base de datos única y centralizada de personas que presten servicios religiosos.

*“Eh, eso sí, en la parte espiritual estamos un poco deficientes. Si bien, es porque no manejamos mucho si el paciente es evangélico, esas cosas. Entonces no tenemos como esa coordinación de llamar a alguien para que le dé la extremaunción o la unción del enfermo también. En ese sentido, no estamos muy prepara-*

*dos. De hecho, yo no sé si en la noche habrá algún capellán o alguien como para que pueda ir acompañarlo en este momento...” (E.12 L39-44).*

### **3.6. Responsabilidad Profesional**

Esta categoría es emergente y surge a partir de la recurrencia de aparición de este ámbito en las entrevistas. Es relevante desarrollarlo con detalle, considerando que el patrón de conocimiento ético involucra el ámbito de la responsabilidad profesional y respeto a los códigos deontológicos que rigen la profesión. Para estos efectos, entenderemos responsabilidad de acuerdo a lo indicado por la Real Academia Española, quien la define como la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.

*”... uno igual después llega a la casa o cuando uno mismo va a la casa, durante el trayecto, uno dice: “pucha, esto hice mal” o “esto hice bien”... o no debí haber hecho esto. Uno igual siempre está, por lo menos me imagino que igual todas las personas hacen como una especie de mea culpa para tratar de... por lo menos yo lo hago para tratar de mejorar o para no incurrir en este error otra vez” (E.12 L116-120).*

Siguiendo esto mismo, resalta la responsabilidad profesional de mantener la persona en las mejores condiciones en cuanto a la calidad del cuidado, independiente de la situación en la que se encuentre. Sin embargo, para esto, es necesario que la/el profesional tenga la convicción que hay que hacer las cosas bien aunque nadie lo vea. Esto provoca cierta tensión en las/entrevistadas/os ya que recurrentemente hacen referencia a que han visto que otras/os profesionales de enfermería no lo tendrían tan claro, pero que ellas/os son capaces de verlo nítidamente.

*“Aplicando siempre, por supuesto, la ética, la responsabilidad... emmm... la seguridad con ellos... no porque estén falleciendo uno los va a dejar ahí con una vía venosa de 8000 días, ni los va a dejar ahí con un suero que ya lleve ahí tres días*

*y no ha pasado nada, no lo va a dejar así “ ah, ya si se está muriendo pa’ que le voy a tomar exámenes” uno siempre intenta hacer lo mejor para los pacientes y más que técnica, es la responsabilidad, es la necesidad que uno tiene de fluir la profesión como ser humano antes que profesional” (E.7 L45-50).*

Así mismo, esta categoría agrupa cuatro subcategorías según los aspectos identificados por las/os entrevistados como ámbitos relacionados con la responsabilidad profesional y que deben ser resguardados cuando cuidan pacientes en estos contextos. A continuación, se describen los hallazgos de cada uno de ellos.

### *3.6.1. Resguardo de la intimidad y privacidad*

Para esta subcategoría entenderemos intimidad como el *“ámbito privado en el que los individuos controlan su propia vida y gestionan sus valores libremente, sin injerencias de personas no deseadas”* (2), por lo que en el contexto del proceso de morir, debe necesariamente, ser resguardado y protegido por los profesionales de enfermería. Es justamente de esta manera como las/os entrevistados le dan la connotación a su rol en este contexto.

*“Entonces, yo creo que si se puede aislar y dejarlos con la familia solo, hay una oportunidad de ellos de conversar y decirle miles de cosas... que en algún momento cuando uno está vivo, uno no le dice nada al papá ni a nadie, porque a veces como que cuesta... o a veces hay personas que no somos muy expresivas. Entonces, si en ese momento quizás uno tiene como la oportunidad y es el último momento que puede estar con él. Entonces, la intimidad y el respeto” (E.11 L199-203).*

Del mismo modo, resguardar la privacidad en este contexto es considerado una responsabilidad relacionada con la protección de la persona que está próximo a morir, así como también proteger a los demás pacientes que comparten la sala dado el impacto que puede provocar en los otros la muerte.

*“... cuidamos también un poco la privacidad del paciente colocándole biombos, porque para las personas que están alrededor de él también es como impactante, tener compasión con los otros pacientes que de alguna forma se angustian, se pueden poner a llorar y se sienten súper mal, en ese sentido” (E.12 L36-39).*

Por lo tanto, las/os profesionales de enfermería deben ponderar las consecuencias de permitir el acceso libre a los familiares dado que pueden alterar a los demás con su presencia. Esto implica discernimiento y prudencia que, por una parte, permita la despedida de la persona que está por fallecer y, por otra, lo que puede significar en lo anímico presenciar esto por parte de los demás pacientes. Así, una acertada decisión sería trasladar a salas de aislamiento o habitación individual como una acción concreta que beneficia a todos.

### *3.6.2. Obediencia reflexiva*

Esta subcategoría hace referencia a la posibilidad que tienen las/os profesionales de enfermería de negarse a cumplir órdenes de un superior jerárquico que, en este caso, correspondería a acciones dependientes derivadas de las indicaciones médicas. En este sentido, el Estatuto Administrativo en su Art. 56 se refiere a esta materia reconociendo la posibilidad de negarse a cumplir indicaciones si se consideran ilegales (4). Para el caso de enfermería, la cual se respalda en la ciencia del cuidado y otras disciplinas, sería cuando el profesional de enfermería considere perjudicial para el paciente cumplir la orden dada por el/a médico/a. Las/os entrevistadas/os hacen mención a esta práctica cuando, a su juicio, causa mayor daño que beneficio la indicación dada y lo enmarcan en el ámbito su responsabilidad profesional. Destaca que no mencionan el término propiamente tal, pero su descripción corresponde a esta figura, aunque sin las características particulares que menciona dicha ley.

*“... lo hemos decidido como con las colegas, que sé yo, en pacientes que hemos tenido que tomarle exámenes y que, viendo las condiciones, y que sabemos que no tiene acceso y nos hemos negado. Pero ha sido como en conjunto la decisión,*

*de no hacerlo, porque hay colegas que tampoco entienden. Dicen “no le tomé este examen, porque las condiciones no lo ameritan también” y hay colegas que no entienden, porque piensan que, como vienen entrando al turno, van a tener que tomarlos ellas, y ahí como que se arma un conflicto. De repente puedes llegar a un consenso con tu colega de “No hacerlo”, emmm, pero en el momento en el que estás con el médico, así como al lado y el paciente ahí, como que de repente he tenido que hacerlo” (E.9 L196-204).*

### *3.6.3. Relación con la familia*

Esta subcategoría emergente se relaciona con la importancia que le atribuyen los profesionales de enfermería a mantener relación con los familiares de las personas que están en el proceso de morir. Destaca que este ámbito es considerado parte de la responsabilidad profesional. Los vínculos que establecen son variados y van desde mantener un trato distante y cortés hasta lazos más estrechos dependientes de la relación terapéutica que desarrolló con el paciente, lo que se condice con lo descrito en categorías de la metacategoría patrón de conocimiento personal. En este mismo sentido, dada la vulnerabilidad de la situación se considera un momento difícil de enfrentar por las/os enfermeras/os y en donde es necesario la asertividad, la compasión, la comunicación efectiva, de acuerdo a sus propios recursos. A su vez, los profesionales de enfermería requieren identificar a un familiar como interlocutor para entregar la información de modo que puedan realizar los trámites mortuorios.

*“Yo tengo colegas que dan las condolencias, otros que no, otros que se quedan callados. Yo les digo a los familiares a veces “sabe que lo siento, se hizo todo lo posible” “estén tranquilos como familia... y les das el resto de las indicaciones. Igual en ese momento tú tratas de buscar al familiar que está más entero po’, porque igual es como difícil decirle “ahora ya, tráigame el carnet de identidad que le tengo que pasar el certificado de defunción, ya deme los datos” “que lo tiene que ir a buscar a tal parte a tal hora”, entonces uno trata de buscar al familiar que esté más entero para entregarle esos datos duros” (E.4 L211-217).*

Continuando con lo anterior, es posible identificar el rol que tienen los profesionales de enfermería con los familiares de las personas que están cercanas a la muerte. Este es, básicamente, entregar información concreta que ayude a los familiares a comprender la magnitud de la situación, ya que, en ocasiones, observan las/os enfermeras/os que hay negación, entendiendo que ésta es propia del proceso de duelo. Sin embargo, sienten que es responsabilidad de ellos favorecer que la familia esté cerca y entendiendo la situación.

*“... no sé, creo que a veces es necesario un poco interceder como con la familia... Cómo decirle “sabe que... su familiar se está muriendo”, no con esas palabras, pero hacerles entender lo que está pasando, que necesita que lo acompañen, que necesita estar con ellos... y en el fondo tratar de ser un poco intermedarios como... con la familia...” (E.5 L273-276).*

También existen tensiones que se producen con los familiares cuando hay discusiones entre ellos mismos o cuando, dado el contexto, la familia culpa al hospital por el desenlace que tendrá su ser querido, lo que provoca incomodidad al equipo completo y en donde las/os profesionales de enfermería deben interceder recordando los conductos regulares para tener información eficaz y oportuna respecto del estado de salud de su paciente. En definitiva, existe molestia por parte de los profesionales cuando consideran que los pacientes se encuentran solos y la familia llega a última hora a exigir explicaciones alterando la tranquilidad que debe tener un servicio de hospitalizados.

*“...contención más que nada... “No mire, pasa que el paciente ya lleva tanto tiempo hospitalizado, usted no lo ha venido a ver, es primera vez que yo la veo aquí, lo único que le puedo decir es que lo acompañe”, “quédese con él llegó su momento... y quédese tranquila cualquier información que usted necesite saber de su tratamiento, de todos los procedimientos que se le han hecho y si gusta habla con el médico y él le va a confirmar que se ha hecho todo lo que se puede”... nada más” (E.7 L177-182).*

#### 3.6.4. Muerte digna

Subcategoría derivada de la categoría de la responsabilidad profesional debido a que las entrevistas dan cuenta de que los profesionales de enfermería consideran que, favorecer el buen morir de sus pacientes, es parte de la responsabilidad profesional, que por lo demás, está respaldado en el código deontológico que rige la profesión. Para facilitar la comprensión, entenderemos que una muerte digna invita a *reducir los conflictos, a comprender al paciente en términos de su propia imagen, restaurar relaciones sociales, y satisfacer sus deseos hasta donde sea posible* (5). Por otro lado, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en el año 2000 postuló y luego revisó en el año 2006: “Las enfermeras están excelentemente preparadas para ofrecer cuidados compasivos a los pacientes moribundos y a sus familias. El CIE considera que “la función de la enfermera es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes moribundos y de sus familias, mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales”.

Las/os profesionales de enfermería, en general, comprenden la importancia de la muerte digna y aportan elementos que permiten construir el concepto. Esto se aprecia de manera transversal en las/os entrevistados independiente de las diferencias de género, edad o años de desempeño en el servicio, en donde lo central lo constituye el favorecer lo más posible la calidad de vida de la persona mientras con vida.

*“... aplicarle un buen morir, en el sentido que tengan una buena calidad de vida de lo que les queda de vida” (E.3 L35-36).*

En este sentido, surge la reflexión de las/os profesionales de enfermería respecto a las condiciones en las cuales se encuentran las personas en el proceso de morir, precisando que la extensión del mismo provoca sufrimiento en todo el entorno, así como las posibilidades que habrían de reducir este periodo.

*"Uno se cuestiona para qué tanto sufrimiento. Tanto recurso humano, material, sufrimiento de los pacientes, sufrimiento de su familia. Que a veces pueden ser días o semanas y que pudiese ser menos, o disminuirlo, pararlo" (E.2 L146-148).*

Uno de los elementos que consideran de ayuda en este proceso es la utilización de analgesia, así como la cercanía física con su paciente. El gesto de tocar al moribundo aparece como significativo, como una forma de cuidado auténticamente humano.

*"También como cuidado especial, como que siempre indican morfina o algo así, y siempre les tomó la mano, o algo así. Como hago una cercanía, pero también me han tocado paciente que les tomo la mano y se van... en mis brazos" (E.10 L87-89).*

En el contexto de mantener la dignidad y calidad de vida al final, se observa la tensión que les provoca a los profesionales de enfermería cuando no se les brindan los cuidados básicos, considerando el impacto que les provoca a los familiares ver al paciente en ese estado. Así, se da cuenta de una realidad que es posible evidenciar en el servicio, pero que, al parecer, sería limitada a ciertos miembros del equipo de enfermería lo que conlleva la necesidad de mayor supervisión por parte de las/os enfermeras/os.

*"... hasta el último les mantienen la alimentación y nadie les limpia esa boca, nadie les limpia la boca, entonces tú llegas y yo creo que debe ser súper indigno pa' un familiar llegar a ver un familiar tuyo que se está muriendo con toda la boca llena de secreciones, con todos los brazos llenos de tela, de pinchazos, con todas las manos sucias. Es indigno" (E.4 L266-270).*

### **3.7. Conflictos éticos con el equipo de salud**

Esta es una categoría emergente y surge a raíz de la distinción que los profesionales de enfermería realizaron al referirse a los conflictos éticos, lo que permite or-

denar coherentemente los resultados. Por tanto, se identifican tres subcategorías: conflictos éticos con los médicos, conflictos éticos con profesionales de enfermería y conflictos éticos con los técnicos en enfermería. Cada una de éstas, reviste particularidades dignas de describir de manera independiente.

### 3.7.1. Conflictos éticos con los médicos

Subcategoría que se relaciona con la percepción del actuar ético de los médicos y que provocan conflicto en los profesionales de enfermería en el contexto del proceso de morir de pacientes en el servicio de medicina. Uno de estos conflictos está dado la perspectiva biomédica imperante tal como da cuenta la siguiente cita:

*“... Es que tú cachai como son los médicos. O sea, a ellos por mucho que les traten de inculcar el tema biopsicosocial, siempre tienen una formación muy biomédica. Entonces, ellos no ven a la persona muriendo con su familiar sufriendo. Ellos ven la insuficiencia renal, la fracción de eyección del 7%, que con el paciente no hay nada más que hacer, ven el daño neurológico. Cuesta mucho encontrar un médico que realmente vea una persona muriendo, ellos ven, un sistema deteriorándose, así lo veo yo y así lo leo yo” (E.1 L 263-268).*

Siguiendo lo anterior, tanto el ensañamiento terapéutico como el abandono son formas de actuar de algunos médicos que provocan conflicto en las/os enfermeras. Destaca la claridad que se observa en asociar los actos con los conceptos, lo que muestra los saberes que los profesionales de enfermería tienen de los aspectos éticos en las acciones, independiente del género o años de experiencia. Es decir, hay una base teórica proveniente de la formación de pregrado que ellos aplican en estas circunstancias.

*“También me causa rechazo también cuando en el caso de los médicos ocurren los 2 extremos. Porque por ejemplo hay casos en que el paciente está limitado ¿cierto? Y hay médicos que se empeñan en hacerles cosas y hacerles procedimientos y hacerles cosas y pincharlos y tomarle exámenes e invadirlos*

*y hacerles un montón de leseras que a lo mejor van a prolongar la vida del paciente por un par de horas más, pero que a largo plazo no tiene ningún beneficio terapéutico, entonces en ese sentido me choca un poco cuando prescriben demasiadas cosas. Como a su vez también los médicos abandonan totalmente al paciente y no le hacen nada, les da lo mismo si el paciente tenía fiebre, si está seco, si no está hidratado. Cuando hay un abandono médico en las indicaciones al paciente, igual molesta eso” (E3. L191-200).*

Otro aspecto a mencionar, dice relación con ciertas acciones médicas realizadas en los pacientes con fines académicos, es decir, intervenciones, estudios o procedimientos que les realizan a las personas que están en sus últimos momentos de vida con fin de aprender. Esto es visualizado en médicos jóvenes que están cursando su beca y que, aunque los profesionales de enfermería no tengan mayores posibilidades de intervenir en este sentido, les provoca conflicto interno ser observadores de estas prácticas.

*“Yo siento que lo único que quieren es aprender. No sé, yo siento que esto va fuera de mis principios. Esto no es para aprender, no se trata de eso. Aprenda con fantasmas o aprenda en otras instancias. ¡Hay muchas instancias para aprender!, pero a veces de verdad se ocupan de eso... como que les preocupa eso... no sé. También he visto como que a veces quieren intubar, no sé, por intubar. No lo he visto acá, pero lo vi en otro lado cuando fui interna. ¡Y esa cuestión me chocó mucho! Intubaron a un paciente que yo creo que ni siquiera estaba en esta vida. Y eso es como aprender, es como una cosa inhumana. Cómo “tratar a carne”, no sé...” (E.10 L446-453).*

Por último, está el tema de la indicación de administrar analgesia a los pacientes al final de la vida, es decir, los profesionales de enfermería declaran que existen personas que pasan su último periodo con dolor, lo cual es un conflicto para ellos, ya que dentro de los deberes de las/os enfermeras descritos en el código deontológico está el hecho que uno de los principales cuidados al final de la vida, dice relación con

el alivio del dolor y el sufrimiento por lo que consideran necesario dialogar con el equipo médico para que se les indique analgesia, ya que indicación de los fármacos está fuera del alcance de enfermería.

*“Sí, son malos para poner analgesia. Te dejan como 2 mg de morfina subcutáneo cada 6 o te dejan una bomba de infusión de fenta de... no sé... te hacen preparar 1.000 gamas en 1.000 cc a 3 cc/hr, esa cuestión es agua de las carmelas. Son bien amarretes con la analgesia” (E.4 L297-300).*

### 3.7.2. Conflictos éticos con profesionales de enfermería

Esta subcategoría da cuenta del conflicto que provoca en los profesionales de enfermería el observar prácticas de sus colegas que consideran moralmente cuestionables. Tal es el caso de la confidencialidad en la entrega de turno, así como el lenguaje empleado en la misma cuando hay pacientes inquietos o desorientados, dando cuenta de las molestias que provocó esa persona. Así lo ejemplifica la siguiente cita:

*“... eh, cuando de repente las colegas en la entrega de turno son... Como que no tienen mucho cuidado con decir algunos temas de los pacientes ¿cachai?... de repente como no sé... eh, “esta señora se portó súper mal anoche, tuve que contenerla y se sacó la vía dos veces y se la tuve que poner dos veces” por ejemplo” (E.5 L322-326).*

Otro motivo de conflicto entre profesionales de enfermería, dice relación con las perspectivas divergentes en cuanto a la postura que se debe tener con los familiares de los pacientes que están en el fin de la vida. Si bien, se entiende que la presencia de personas ajenas al servicio se traduce en una sensación de inseguridad, ya que se consideran “observados” por otros o que interrumpen su rutina con preguntas que, para quienes están insertos en el mundo hospitalario, pudieran ser obvias, no lo son para los familiares que visitan el hospital lo que causa molestia en algunas/os enfermeras/os. En este sentido, cuando hay un colega más permisivo con el acompañamiento de los pacientes por la familia, provoca tensión entre ellos mismos.

*“Entonces se empezaban hacer conflictos con mis compañeras. Eso me molestaba mucho, porque no quería hacer daño a ellas y quería que el paciente tuviera a su familiar. Entonces eso generaba conflicto, y eso me molestaba, porque igual me carga la pelea entre compañeras y surgía a veces alguna pelea chica, que después se olvidaba y yo cerraba mis oídos para no escuchar lo que decían...” (E8 L198-202).*

El nivel de compromiso que se tiene con los pacientes y con el cuidado que se otorga son motivos de conflictos entre profesionales, es decir, cuando unos hacen todo lo posible por mejorar el cuidado que entregan y, en contraste a esto, otros hacen lo suficiente o lo mínimo requerido sin buscar soluciones más creativas ni innovadoras. Esta idea trasciende años de servicio, género o lugar de formación. Es, para ellos, algo intrínseco a la persona. En este sentido, aplicaría traer esa frase que dice que para ser buen profesional es necesario ser una buena persona también.

*“... tenemos un conflicto de equipo. Pero es como que no hacen todo con el paciente... yo siempre he tenido esa sensación acá... como que ellos llegan, hacen su pega y hasta donde alcanzan. Por ejemplo, si no se consiguen algo dicen “ah, no hay de eso”. Para mí no es eso, para mí es como que “si no hay, consíguete”. Yo me he conseguido cosas hasta en otros hospitales, pero si no hay ¡busca! Tú tienes que encontrar una solución. Ya, si no alcanzaste es ¡Ya, no hay! Quédate con la sensación de que quedó hasta ahí, pero ese conflicto como que se aplica como a toda la profesión de trabajo. Hacen hasta dónde pueden, como que no son comprometidas con el paciente” (E.10 L464-471).*

### 3.7.3. Conflictos éticos con los técnicos de enfermería

Subcategoría relacionada específicamente con los conflictos que los profesionales de enfermería identifican como significativos con el equipo de técnicos paramédicos con los que trabajan. Si bien, es reconocido que hay muchos técnicos que son muy buenas personas y tienen un excelente trato con los pacientes y familiares, hay otros en que sus formas de ser y actuar causan conflictos en las/os enfermeras/os

considerando que hay acciones de enfermería que les son delegadas a este estamento y que, por lo tanto, requieren supervisión. Además, es necesario mencionar que el cuidado básico, especialmente, el aseo y confort es parte de estas funciones delegadas.

Entonces, es necesario que los profesionales de enfermería comprendan cuáles son sus ámbitos de acción, para ejercer con liderazgo su papel en el equipo de enfermería. Cabe destacar, que el manejo de los técnicos paramédicos es uno de los aspectos más complejos de lograr como competencia profesional. El respeto hacia el paciente que está muriendo, así como que valoren la importancia de que estén acompañados de sus familiares, constituyen actitudes que deben ser observadas y enmendadas si es necesario, dado que estos temas resaltan como conflictos con las/os técnicas.

*“... de mi experiencia, que he trabajado con hartos paramédicos, hay algunos que sí, que han sido muy especiales. Yo he aprendido de ellos a cómo tratar al paciente, pero los cabros jóvenes como que no tienen mucha conciencia ni respeto de que una persona está muriendo” (E.2 L164-167).*

*“... porque a veces tenemos muchos problemas con los técnicos porque dicen: “Ah, hasta cuándo va estar la familia ahí” ... “yo tengo que hacer mis cosas”, “yo tengo que hacer esto” o... y en verdad, ahí ya entramos en conflicto y... “este paciente tiene que estar con su familiar”” (E.10 L322-325).*

Por otra parte, la supervisión respecto al cuidado básico es una necesidad permanente por parte de los profesionales de enfermería en el contexto de aquellos que están en proceso de morir, ya que las unidades de análisis dan cuenta de descuido en este sentido. A su vez, hay diferencias entre la exigencia que ponen algunas/os enfermeras/os respecto de otros, lo que es percibido por los técnicos que lo ven como una carga adicional de trabajo.

*“Ponte tú, a mí mis técnicos me viven alegando que yo les sobre exijo, que por qué los otros turnos no. “Mientras Ud. sea mi técnico y yo vea una paciente con la boca sucia, yo los voy a mandar”, porque a pesar que se esté muriendo, o sea hasta el último hay mucho que hacer, a pesar que se esté muriendo...” (E.4 L263-266).*

Por último, existe una sensación de violencia silente en el trato que, en ocasiones, dan los técnicos a los pacientes, especialmente a aquellos más vulnerables o que no pueden reclamar. Esto es de complejo manejo por la sutileza de las acciones, las cuales se enmarcan en lo que sería el “trato digno”. Esta investigación no profundiza en las causas de estas conductas las cuales desvían cualquier intento por mejorar la calidad de atención a nivel global y la que, a su vez, se contrapone con los esfuerzos gubernamentales por instalar el enfoque de derechos en salud.

*“Claro que se molestan porque tienen que mudar, que les ponen como 1000 pañales para que no mojen la cama, que de repente es como que lo mueven pa’ allá, lo mueven pa’ acá y es como sin cuidado, sin hablarles: “Oye, te voy a hacer tal cosa” o qué sé yo, asumiendo que igual escucha... es como también un poco violento el movimiento que tienen los pacientes cuando los mudan, por ejemplo, eso... o que los retan por ejemplo no sé si está desorientado qué sé yo, es como “quédate tranquila”, “ te estás portando mal”... siempre es “te estás portando mal”...” (E.5 L341-347).*

#### **4. Metacategoría Patrón de Conocimiento Estético.**

Esta metacategoría es definida en el marco teórico, en donde este patrón de conocimiento es posible observarlo en conductas, relatos e interacciones que realizan los profesionales de enfermería, que les permite desenvolverse en condiciones de incertidumbre, posibilitando la comprensión amplia del que se cuida y permitiendo tomar decisiones complejas. Siendo lo anterior, especialmente relevante en el marco del acompañamiento de personas en el proceso de morir. Este patrón de conoci-

miento de alguna forma engloba o requiere de los demás patrones descritos mencionados (empírico, personal y ético) para lograr desarrollar lo que en enfermería denominamos “arte”, que es precisamente, ese actuar contextualizado que permite dar un cuidado único e irrepetible con un sello particular, de modo que el otro que observa percibe que ese profesional ha logrado dar una distinción particular al cuidado que brinda. Sin duda, categorizar este patrón de conocimiento reviste mayor complejidad que los demás, por el nivel de abstracción que requiere. Por este mismo motivo, no se definieron categorías preestablecidas, sin embargo, se han identificado categorías emergentes que ayudan a comprender en concreto sus características. En este contexto, se definieron 3 categorías emergentes: 1) Características personales; 2) praxis en su conjunto y 3) Autoconocimiento. Cabe destacar que algunas de éstas tienen la misma denominación que categorías utilizadas en los otros patrones de conocimiento, la distinción está dada en la pregunta realizada que dice relación con la particularidad que hace que el cuidado que entrega el profesional de enfermería entrevistado constituye su sello personal.



*(Esquema elaborado por la investigadora, según matriz de categorías)*

Las siguientes unidades de análisis dan cuenta de la complejidad que representa para los profesionales de enfermería identificar su propio sello que lo distingue de sus demás colegas:

*“Sí, pero eso yo creo que lo hace distinto... a mí por lo menos me gusta eso, creo que es como la parte más humana de... o sea, yo creo que enfermería es como una carrera de la salud como una de las carreras más humanas. Dónde se puede como poner al límite todo, de lo que es capaz un ser humano, sí como desde la bondad más pura hasta la maldad más terrible y oculta, así como, no digo que enfermería lo haga, pero sí creo que puede ser...” (E.5 L384-388).*

*“... o sea, igual no sé si es un sello, porque igual lo veo en varias de ellas. Eh, bueno que mis colegas... no puedo decir que todas las enfermeras, pero puedo decir que la mayoría, al igual que yo, son preocupadas en el tema de acompañar al paciente, en darle un buen morir, en tratar de estar ahí. Quizá en lo personal, trato de hablarles un poco más...” (E.3 L303-307).*

#### **4.1. Características personales**

Esta subcategoría emergente muestra la forma en que las características personales que tienen los profesionales de enfermería determinan una mayor cercanía con sus pacientes haciéndoles sentir que son cuidados de manera especial. Esto es posible cuando la empatía constituye una habilidad social desarrollada que hace que la/él enfermera/o se conmueva con la vivencia del otro que sufre y está vulnerable.

*“Yo creo que ese es como mi sello personal. Tenerles paciencia... tener paciencia con los pacientes a pesar de que alguna cosa te pone a prueba... siempre tienes que ser paciente y ponerte en el lugar del otro como si fuera un familiar mío, un pariente mío. Ese es como mi sello personal” (E.12 L388-391).*

Por otra parte, destaca que el carácter que tienen los profesionales de enfermería es un factor que se manifiesta como una particularidad y permite mayor cercanía con los pacientes lo que se traduce en confianza en que recibirá la ayuda que espera, por lo tanto, incide en la forma de vincularse con el que necesita cuidado.

*“...tengo un carácter mucho más suave, entonces creo que eso me trae mucho más beneficio, porque los pacientes me cuentan cosas que a otras enfermeras no les dicen. Por ejemplo, cuando, a pesar de que yo no soy su enfermera, me dice “señorita, ¿sabe qué?... me siento mal” –yo le digo- “¿Qué le pasa?... y son como que... yo me he dado cuenta que de repente están aguantando. Entonces, yo le digo “¿desde cuándo que le duele?... “desde ayer” ... pero ayer yo no estaba y “¿Por qué me dice a mí?” ... “no... es que Ud. no me va retar, Ud. va a hacer algo” ...” (E.13 L242-248).*

Por otro lado, está el autoconocimiento que muestra que el trabajo interno que realizan los profesionales de enfermería por diversas causas, aportan a mejorar su praxis, les amplía la perspectiva para manejar situaciones complejas, facilitando entregar cuidados de acuerdo a la necesidad de cada paciente, lo que es especialmente relevante en el contexto de personas en proceso de morir.

*“Yo creo que, por la historia de uno, cada persona tiene su historia, tiene su formación, sus creencias, independiente de que yo venga de otro país, independiente de eso. Yo creo que tengo como mi manera de pensar, mi cultura, que es distinta de cierta manera que aquí en Chile y yo intento pasar lo que yo aprendí, tanto lo que me enseñó mi familia como lo que yo aprendí de la religión y lo que yo aprendí de la universidad, eso hace de la persona única... única... entonces, cada enfermera tiene su manera de tratar a un paciente” (E.8 L238-243).*

*“Mira, yo creo que es mi forma de ser. Como en algún momento te dije que yo soy una persona súper tranquila, una persona que siempre me van a ver con el mismo ánimo de reírme. Yo siempre tengo buena comunicación con el paciente, y eso me ayuda mucho ¿ya?, porque igual a mí no me interesa saber mucho del paciente ¿ya?, pero sí me interesa que el paciente se sienta cómodo, porque igual te digo que está en un lugar que no es el de él” (E.11 L289-293).*

#### **4.2. Praxis en su conjunto.**

Esta subcategoría emergente hace referencia al todo que engloba la praxis en enfermería, es decir, las vivencias personales, los aspectos éticos, la creencia religiosa, el estilo de cuidado que tiene las/os enfermeras/os, todo en su conjunto permite declarar que su forma de ejercer la profesión presenta una distinción respecto de los demás colegas. Las siguientes citas, dan cuenta de lo descrito:

*“Yo creo que es un todo, que se logra complementar todo, porque si yo alguna vez fui cristiano, creo en Dios... ahí vemos el tema de los principios éticos, se ligan de alguna forma y si le sumamos a eso, lo que a mí me ha tocado vivir y que no quiero que le hagan a otra persona lo que a mí me tocó vivir... queda todo redondito” (E.1 L652-655).*

*“No sé, que el paciente es un ser vivo, hijo de Dios puede decir y que merece lo mejor que uno aprendió en la universidad en lo que puede pasar ahora y también en su totalidad. No sólo ver tal patología, tal enfermedad, sino que ver el paciente en su totalidad” (E.8 L245-248).*

## DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en la presente investigación muestran la complejidad de saberes que deben movilizar los profesionales de enfermería que se desempeñan en servicios de medicina, cuando cuidan personas en proceso de morir, ya que tiene una significación particular para cada uno de ellas/as. En este sentido, caracterizar los patrones de conocimientos de enfermería resulta una tarea compleja ya que, como lo señala la literatura al respecto, ellos actúan de manera simultánea y entrelazados.

### *Patrón de conocimiento empírico*

En relación a la descripción del patrón de conocimiento empírico en enfermería, los hallazgos concuerdan con señalado en la literatura. Las/os profesionales reconocen los conocimientos que deben tener derivados de la ciencia del cuidado y otras disciplinas para acompañar personas en el morir, así como la necesidad que se levantan desde la praxis y profundizar algunos contenidos lo que les da seguridad en el actuar, como es particularmente el caso de la farmacología. Destacan que existen temáticas particulares relacionadas con este tema que requieren conocimientos específicos como lo es la temática de los cuidados al final de la vida, en donde hay conocimiento desde la experiencia, pero escaso en lo formal. Aparecen en este patrón subcategorías que posibles de atribuir a otros patrones de conocimiento como el “acompañamiento del paciente” relacionado con los saberes que un profesional de enfermería debe tener para cuidar en el morir. En este sentido, existen diferencias vinculados a los años de experiencia y la universidad de egreso de las/os entrevistadas/os.

Los cuidados post mortem surgen espontáneamente dentro del patrón de conocimiento empírico, por tanto los profesionales de enfermería consideran relevante que se incluyan la enseñanza formal en pre y post grado.

Destaca por otro lado, que el conocimiento empírico está relacionado exclusivamente con la praxis y con saberes de disciplinas cercanas a la enfermería. Sin embargo, las unidades de análisis no dan cuenta de la incorporación de teorías de enfermería en cuanto a que existe poca claridad si las/os enfermeras/os consideran modelos teóricos a la hora del cuidar en el proceso de morir, independiente de la universidad de egreso.

### *Patrón de conocimiento personal*

En relación a la descripción del patrón de conocimiento personal en enfermería, son múltiples las repercusiones que tiene lo personal en la forma de dar cuidados en el proceso de morir. Efectivamente, los profesionales de enfermería reconocen incorporar en el acompañamiento que dan elementos propios y que éstos enriquecen su praxis. Es decir, hay una relación directa entre lo que menciona la literatura acerca de este patrón de conocimiento, relevando el uso terapéutico de uno mismo, lo que se visualiza en las categorías encontradas. Destacan las vivencias personales y profesionales que las/os enfermeras/os tienen en cuenta, así como el reconocimiento que la muerte de los pacientes les causa impacto en la esfera íntima independiente del género o experiencia profesional. Así es posible sostener que el cuidado entregado en el morir traspasa la fundamentación teórica y en muchos casos la racionalidad, lo cual se condice con los hallazgos de Perdigon descritos en la discusión bibliográfica. De esta manera hay una correlación entre las vivencias previas, y la modificación en que cuidan sus pacientes en el proceso de morir. Por tanto, se da de modo natural incorporar sus propias experiencias.

Respecto a la preparación que los profesionales realizan en estas circunstancias, resalta la importancia de la creencia religiosa, ya que disminuye la sensación de finitud que la muerte produce en la actualidad, en donde el sentido de trascendencia les da tranquilidad. Este ámbito es personal, no todos la viven de la misma forma, otros no realizan nada en particular, no apelan a sus creencias y se centran en las necesidades físicas de sus pacientes. Por otra parte, hay quienes refieren necesitar

un momento de soledad cuando se sienten sobrepasados emocionalmente por la situación, apoyándose en sus compañeras/os de turno con quienes comparten sus emociones.

A su vez, las habilidades blandas y el autoconocimiento contribuyen a realizar el acompañamiento en el proceso de morir. Conocer los propios límites les permite protegerse y mantener una distancia saludable que les facilite actuar asertivamente. Cabe destacar que estos aspectos son reconocidos como elementos que se adquieren con la experiencia profesional y que corresponde a contenidos escasamente incorporados en el pregrado.

Finalmente, el patrón de conocimiento personal es determinante de la praxis, lo que le otorga distinciones particulares. Esto se fusiona con el patrón de conocimiento estético.

#### *Patrón de conocimiento ético*

En cuanto a la descripción del patrón de conocimiento ético en enfermería, los resultados dan cuenta de la relevancia que tienen los aspectos éticos en los profesionales de enfermería que cuidan pacientes en el contexto de morir. Por tanto, recurren frecuentemente a este patrón de conocimiento que les permite conducir su actuar hacia lo que consideran moralmente correcto, lo que involucra el uso del patrón empírico y personal dadas las situaciones complejas en donde la incertidumbre juega un rol fundamental. Las dimensiones del cuidado mencionadas por Tronto en Davis A. se manifiestan en la práctica de la enfermería como valores asociados al cuidado, tales como la preocupación por el otro que incluye los propios sentimientos, emociones y vivencias lo que da cuenta del uso del patrón personal; la responsabilidad que involucra cuidar, lo que hace referencia al patrón ético; el contar con la competencia necesaria, lo que se relaciona a su vez con el patrón empírico y la sensibilidad que con la que debe contar el profesional para saber la forma que el otro recibe el cuidado otorgado, lo que es posible relacionar con el patrón de conocimiento estético.

Los profesionales de enfermería consideran como principios fundamentales en este contexto la no maleficencia y la autonomía como directrices a seguir en las decisiones que toman. Como valores resaltan la tolerancia, el respeto, la protección del otro vulnerable y el trato digno, lo que se condice con lo planteado en la discusión bibliográfica. Destaca la dificultad en las/os participantes para reconocer los conceptos de principios y valores requiriendo aclaración por parte de la investigadora, lo que da cuenta del escaso uso de estos términos en la práctica cotidiana.

Por otra parte, resaltan las influencias que las emociones tienen en el cuidado otorgado en cuanto a que las/os profesionales de enfermería reconocen tener mayores consideraciones con quienes han cuidado por mayor tiempo, tienen mayor afinidad o lo que el paciente vivencia se asemeja a sus vivencias personales. Es decir, habría argumentación empírica que sostiene que efectivamente la ética del cuidado está ligada a las emociones, lo cual sería injusto para los demás pacientes que no son tan cercanos. Sin embargo, los profesionales reconocen por sí mismos el riesgo que implica el encariñarse más con algunos pacientes que con otros, con los cuales mantienen relaciones más formales y distantes, pero que, según lo encontrado, no implican cuidar de manera diferente. La relación entre cuidado y emociones se da especialmente en el género femenino, lo cual permite sostener que efectivamente son las mujeres enfermeras las que consideran más relevante el vínculo emocional a la hora de cuidar.

La compañía espiritual se levanta como un requerimiento desde lo ético para los profesionales de enfermería. En ello hay diferentes perspectivas, desde realizar ellos mismos este acompañamiento hasta el mantener distancia y gestionar los servicios religiosos de preferencia del paciente y su familia. En este sentido, le atribuyen una relevancia tal, que realizan modificaciones en cuanto a permitir la entrada de acompañantes espirituales traídos por la familia, así como gestionar traslados de sala para favorecer la privacidad e intimidad en estos momentos. Enfermeras/os cercanos a la religión realizan oraciones por su paciente como una forma de cuidado espiritual, en otras ocasiones dan apoyo al que está en proceso de morir mediante diálo-

gos en torno a la fe que puedan tener con actitud de respeto a las creencias del otro. A su vez, existe acuerdo en que la necesidad del paciente o su familia de compañía espiritual es un deber del profesional de enfermería cubrir este aspecto independiente de las dificultades que pueda encontrar en otros colegas o en el equipo de técnicos en enfermería al respecto.

La responsabilidad profesional aparece como fundamental en el patrón de conocimiento ético, en el cual existe claridad en los ámbitos que le competen al profesional de enfermería, sin embargo, no fue posible precisar si se debe a la experiencia profesional o a la educación formal en los aspectos éticos de la profesión. En este sentido, la calidad del cuidado que se entrega es visualizada en ocasiones como un conflicto ya que declaran no contar con todas las condiciones para acompañar de mejor manera a los pacientes que están en el proceso de morir por factores como la carga asistencial del servicio. Siguiendo lo anterior, este aspecto involucra el resguardo de la intimidad y privacidad ponderando el impacto que puede tener para los demás pacientes el compartir la sala con personas que están en estas condiciones. Como otro aspecto a considerar está la posibilidad de negarse a seguir alguna indicación médica en particular si ésta es considerada un daño, dado que prima la responsabilidad en cuanto a proteger a la persona vulnerable, reconociendo que existen procedimientos de enfermería que causan dolor y que no traen mayor beneficio en personas cercanas a la muerte.

En relación a procurar una muerte digna, ésta es considerada como una obligación que tienen las/enfermeras/as de acuerdo a los códigos deontológicos que rigen la profesión, indistintamente de las diferencias de género, creencia religiosa o años de ejercicio profesional, ya que es básico evitar el sufrimiento y el dolor como una actitud auténticamente humana relevando la necesidad de analgesia y compañía, lo cual también se observó cómo primordial en el patrón de conocimiento empírico.

Entre los conflictos éticos que los profesionales de enfermería vivencian destacan el conocimiento de conceptos tales como limitación del esfuerzo terapéutico, ensañamiento terapéutico y lo ya mencionado acerca del trato digno y la sobrecarga laboral, que se transforma en una recurrente reflexión al momento de mirar introspectivamente sus prácticas. Por otro lado, es significativa la distinción que surge en relación a conflictos éticos con los médicos, con otras/os enfermeras/os y con los técnicos en enfermería, los cuales se relacionan con temáticas similares.

En suma, el patrón de conocimiento ético en el profesional de enfermería que acompaña al morir es uno de los más complejos de describir por las muchas aristas y perspectivas que lo componen, lo que se relaciona con la mirada introspectiva del actuar y las posibilidades de modificar la práctica hacia lo moralmente correcto. Por tanto, existe reflexión sobre la forma en que se acompaña en el morir.

#### *Patrón de conocimiento estético*

Por último, al describir el patrón de conocimiento estético en enfermería se sostiene que es el más difícil de identificar por los profesionales, ya que corresponde a la fusión de los otros tres que, cuando se logra desarrollar, se está ante lo denominado el “arte de enfermería”. Esta investigación logra sucintamente describir algunos elementos de él, por la complejidad conceptual que reviste. En este sentido, destaca como sello particular que distingue un cuidado de otro, las características personales que tienen los participantes y que se transmite a los pacientes.

A su vez, hay entrevistadas/os que relacionan el patrón de conocimiento estético con la totalidad de la práctica profesional en donde intervienen aspectos personales, los conocimientos y la actitud frente al otro. Es decir, donde se confluyen los demás patrones de conocimiento.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación, permitió dar respuestas a las interrogantes plasmadas en los objetivos general y específicos logrando caracterizar los patrones de conocimiento en enfermería con mayor detalle aplicado a un contexto real en donde fue posible conocer la perspectiva de varios profesionales que se desempeñan en el servicio de medicina. A su vez, fue posible identificar nuevos elementos correspondientes a cada uno de los patrones desarrollado los cuales surgieron como categoría o subcategorías emergentes no consideradas a priori que aportaron de manera significativa en los resultados de ésta.

En base a los resultados obtenidos se identificaron 4 metacategorías referentes a cada uno de los patrones de conocimiento de enfermería considerados: empírico, personal, ético y estético. En este sentido, es posible observar la correlación entre lo descrito en la literatura y lo encontrado en los resultados en cuanto a que ellos son utilizados de manera simultánea, sin embargo, los hallazgos permiten sostener que ellos tienen ámbitos y propiedades particulares posibles de caracterizar que los enriquecen, lo que se observa en la cantidad de categorías y subcategorías emergentes encontradas. Esto podría eventualmente ser atribuido a la complejidad que tiene el contexto escogido, es decir, el acompañamiento en el proceso de morir.

Uno de los aspectos más relevantes se refiere al patrón de conocimiento ético, el que muestra la complejidad que reviste la toma de decisiones para los profesionales de enfermería, requiriendo conocimientos previos y saberes derivados de la experiencia. En este sentido, se hace necesario proponer actividades académicas que permitan fortalecer la argumentación en el contexto del final de la vida con enfoque de derechos humanos lo que a su vez, permitiría mejorar las prácticas a nivel de equipo de salud con el consecuente beneficio para los pacientes y familiares, así como también permitan compartir experiencias y apoyar en el impacto que les provoca a las/os enfermeros ver morir gente constantemente en su lugar de trabajo, consi-

derando que en la actualidad la muerte puede ser vista como un fracaso para la medicina.

Los profesionales de enfermería reconocen la importancia de participar en investigaciones con miras a mejorar la práctica en enfermería lo que refleja un compromiso de ellos con la profesión, así como realizar el ejercicio de mirarse introspectivamente lo que implica un autocuestionamiento moral. De esta manera, identifican las fortalezas y debilidades que tienen tanto en lo personal como en el equipo en el cual están insertos, haciendo el ejercicio de identificar los conflictos éticos que presentan con detalle.

Sería interesante para futuras investigaciones, explorar patrones de conocimiento en enfermería descritos por otros autores posteriores a Bárbara Carper ya que ésta es un área de la disciplina de enfermería que se encuentra en desarrollo y en donde se sigue investigando. Otras posibles preguntas para investigar, se vincularían directamente con profundizar respecto a la construcción del patrón de conocimiento ético y su aplicación considerando la perspectiva de la salud con enfoque de derechos y eventual impacto en el cuidado que se brinda a las personas en el marco del final de la vida. Por último, una investigación acción que mida el impacto de un curso de ética para profesionales de enfermería aportaría información valiosa para ajustar la didáctica de los programas de ética y bioética que imparten en la actualidad para estos profesionales.

Para la investigadora, significó una oportunidad única de conocer las características que tienen los patrones de conocimiento en enfermería cuando se acompañan personas en el proceso de morir, profundizando en los aspectos éticos de la profesión los cuales son de gran importancia para las/os enfermeras/os. Por tanto, esta investigación aporta saberes disciplinares provenientes de la práctica real los cuales serán propuestos como temas relevantes de transmitir en la formación universitaria en pregrado, postgrado y post título. Por otro lado, esta investigación representa la posibilidad de acercar la academia a la praxis, fortaleciendo el lazo entre disciplina y

profesión y en donde se espera que los resultados de ésta se traduzcan en argumentos sólidos que contribuyan a mejorar el acompañamiento que las personas que están en el proceso de morir reciben en el servicio público. Finalmente, es necesario mencionar que realizar esta tesis ha permitido que reflexiones, sentimientos y conocimientos de los profesionales de enfermería, que generosamente accedieron a participar, sean visibilizados y sistematizados lo que contribuye a proyectar sus conocimientos hacia otras/os.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Milos, Paulina; Bórquez Blanca; Larraín Ana. La “Gestión del Cuidado” en la Legislación Chilena: Interpretación y Alcance. Revista Ciencia y Enfermería. XVI (1). Año 2010. Págs 17-29
- (2) García, Verónica; Rivas, Edith. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, muerte, aspectos bioéticos. Revista Ciencia y Enfermería XIX (2). Año 2013. Págs 111-124.
- (3) Orozco-González M., Tello-Sánchez, G., Sierra-Aguillón, R., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, A., Reyes-Rocha, B., Zamora-Mendoza, A. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte de un paciente hospitalizado. Revista Enfermería Universitaria Elsevier. Año 2013; 10 (1). Págs 8-13. Recuperado el 23 de junio de 2015 de <file:///C:/Users/Clau/Downloads/42093-107725-1-PB.pdf>
- (4) Landeros, Erick. Identificación de patrones de conocimiento en un incidente crítico. Revista Horizonte de Enfermería, 13. Año 2002.
- (5) Durán de Villalobos, María Mercedes. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan. Vol. 5.. Octubre 2005. Colombia. Págs. 86-95
- (6) Rodríguez, G., Gil, J.,García, E. Metodología de la investigación cualitativa. 2da edición, año 1999. Editorial Aljibe. Capítulo 1, 15.
- (7) Ruiz, J. Metodología de la investigación cualitativa. Año 2012. 5ta edición. Universidad de Deusto, Bilbao. España. Cap. 1
- (8) Cárcamo, H. Hermenéutica y Análisis Cualitativo. Cinta moebio. Año 2005. 23: 204-216 [www.moebio.uchile.cl/23/carcamo.htm](http://www.moebio.uchile.cl/23/carcamo.htm)

- (9) Lenise do Pardo María, De Souza María de Loures, Monticelli Marisa, Cometto María Cristina, Gómez Patricia. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y práctica. 2013. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000, Número 10. Washington, DC: OPS. Págs 77-87, 101
- (10) Cano Marcelo, Aliaga Verónica. Manual de metodología de la investigación aplicada a las ciencias de la salud. Financiado por el Proyecto Mecesup UCh0707. Universidad de Chile. Capítulo 3.
- (11) Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 2002. 3a. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- (12) Flores, R. Observando Observadores: Una introducción a las Técnicas Cualitativas de Investigación Social. 2009. Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile. Pág. 154
- (13) De la Torre, Javier. Pensar y sentir la muerte: El arte del buen morir. 2012. Editorial San Pablo. Madrid, España. Págs: 165-170, 209-210, 213
- (14) Ariès Philippe. Morir en occidente: desde la edad media hasta nuestros días. 2008. Adriana Hidalgo editora. Buenos Aires, Argentina. Págs: 19-89.
- (15) Kubler-Ross Elisabeth. Sobre la muerte y los moribundos. 1972. Título original On death and dying. Traducido de la edición de The Macmillan Publishing Company, Nueva York. Cuarta edición. Editorial Grijalbo S.A. Barcelona, España. Págs: 59-61, 64-66, 73-79, 111-114, 115-118, 147-152.
- (16) Fernández C, Nacimiento y muerte. Reflexiones y cuidados: Estrategias de ayuda para el afrontamiento. III Congreso Nacional de Enfermería del Mediterráneo. Ponencia. 2007, 3-5 noviembre; Almería. España
- (17) Boff, Leonardo. El cuidado necesario. Traducción María José Gavito. Editorial Trotta. Madrid; España. 2012. Página 124.

- (18) Perdigon Alba Griseida Celma, Strasser Georgina. Dying process and nursing: a relational approach. Theoretical reflections on assistance dealing with death. Rev. Physis. 2015. Río de Janeiro, Brasil. Vol. 25(2): 485-500. Recuperado el 15 de julio de 2016 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000200485&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200485&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009)
- (19) Maza Cabrera Maritza, Zavala Gutiérrez Mercedes, Merino Escobar José M. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Cienc. enferm. [Internet]. 2009 Abr [citado 2016 Jul 14] ; 15( 1 ): 39-48. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532009000100006&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100006&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100006>
- (20) Rivera, M. Soledad. Formas de conocer en enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional. Revista Horizonte de Enfermería, 14. Año 2003. Págs: 21-32
- (21) Landeros, Erick. Identificación de patrones de conocimiento en un incidente crítico. Revista Horizonte de Enfermería, 13. Año 2002.
- (22) Carper, Barbara. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv. Nurs. Sci, 1. 1978. Págs 13-24.
- (23) Chinn, Peggy y Kramer, Maeona. Theory and Nursing: Integrated Knowledge Development. 1999. Fifth edition. Editorial Mosby. Chapter 1, page 1-15.
- (24) Davis, A.J., Tschudin, V., De Raeve, (Editoras). Ética en enfermería: Conceptos fundamentales de su enseñanza. Capítulo 10, Editorial Tricastela. Madrid. Año 2009

- (25) Ramos Pozón, Sergio. “La ética del cuidado: Valoración crítica y reformulación”. REVISTA LAGUNA, 29; octubre 2011, pp. 109-122; ISSN: 1132-8177. Recuperado 12 de mayo de 2015 de <http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20LAGUNA/29%20-%202011/07%20Ramos.pdf>
- (26) Gilligan, Carol. La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino. Traducción de Juan José Utrilla. 1985. Editorial Fondo de Cultura económica. México. Capítulo 1: Página. 40. Capítulo 3: Páginas 126 y 159.
- (27) Rosario Alonso Alonso, Josefa Fombuena Valero. La ética de la justicia y la ética de los cuidados portularia vol. Vi, nº 1-2006, [95-107], issn 1578-0236. © Universidad de Huelva.
- (28) Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. La ética del cuidado. Nº 30. 2013. Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 – 08022 Barcelona fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org ISBN 978-84-695-8257-2 Depósito Legal: B. 19.846-2013. Presentación: Página 9. Gilligan C., “El daño moral y la ética del cuidado”, capítulo IV: Página 31. Gilligan C, “La resistencia a la injusticia: una ética feminista del cuidado”, pág 50-51.
- (29) Torrealba i Roselló, Francesc. Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. Institut Borja de Bioètica. Editorial Mapfre. España. 2002. Capítulo I: Páginas 5-7.
- (30) Emanuel Ezekiel. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. Capítulo en Lolas, Fernando; Quezada Álvaro (editores). Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Serie de publicaciones. Programa Regional de Bioética. Organización Panamericana de la Salud. Año 2003. Santiago de Chile. Págs 83 – 95.

- (31) Sánchez González, Miguel Angel. "Bioética en Ciencias de la Salud". Editorial Elsevier Masson. 2013. Barcelona, España. Págs. 28, 202
- (32) Ramos Pozón, Sergio. "La ética del cuidado: Valoración crítica y reformulación". REVISTA LAGUNA, 29; octubre 2011, pp. 109-122; ISSN: 1132-8177. Recuperado 12 de mayo de 2015 de <http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20LAGUNA/29%20-%202011/07%20Ramos.pdf>
- (33) Ley 18.834. Aprueba Estatuto Administrativo. Título III: De las obligaciones funcionarias, Art. 56. Publicada el 23 de septiembre de 1989, última versión 18 de marzo de 2005. Recuperada 11 de julio de 2016 de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30210>
- (34) Escobar, Jaime. Capítulo veintiocho: "Bioética y muerte digna como ejercicio final de una vida digna". En Beca, Juan Pablo; Astete, Carmen. Bioética Clínica. 2012. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile. Pág. 375.
- (35) Delgado Rodríguez, Janet. Expósito Barbuzano, Alberto. Implicaciones Éticas de la Limitación de tratamientos de Soporte Vital desde la Perspectiva Enfermera. ENE, Revista de Enfermería 4(3):18-26, dic 2010. Recuperado el 12 de julio de 2016 de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/93/78>
- (36) Betancourt Betancourt Gilberto de Jesús. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Rev Hum Med [Internet]. 2011 Ago [citado 2016 Jul 13] ; 11( 2 ): 259-273. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202011000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200003&lng=es).

(37) Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud. ¿Qué es el trato digno para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Informe Global. 2013. Chile. Pág. 26

## **ANEXO1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### **Entrevista semiestructurada**

#### **Datos sociodemográficos:**

1. Iniciales
2. Género
3. Edad
4. Universidad de egreso
5. Años de experiencia profesional
6. Años de trabajo en el servicio.
7. Creencia religiosa.

#### **Preguntas:**

1. ¿Qué acciones de enfermería realizas con las personas que están a tu cargo en el servicio cuando están vivenciando el proceso de muerte? (¿qué conocimientos de enfermería utilizas para entregar estos cuidados?)
2. ¿Cómo te preparas como persona para acompañar a un ser humano en el proceso de muerte? (¿de qué manera el conocerte a ti mismo en un amplio sentido te ayuda a realizar este acompañamiento?).
3. ¿Qué creencias, valores y principios entran en juego cuando debes acompañar alguno de tus pacientes del servicio en su proceso de morir? ¿qué conflictos ético-morales visualizas?
4. ¿De qué manera consideras que el cuidado que entregas tiene un sello particular tuyo y lo diferencia de lo que hacen otros colegas en el mismo contexto?

## **ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del proyecto:** “Patrones de conocimiento en la experiencia de enfermeras/os al acompañar el proceso de muerte de pacientes: Un aporte para el desarrollo ético de la profesión”.

**Nombre de la Investigadora principal:** Claudia Collado Quezada.

**R.U.T.:** 13.669.983-0

**Institución:** Universidad de Chile

**Teléfonos:** 229786629 – 93460008

### **Invitación a participar:**

A través del presente documento, se le invita a participar en el proyecto de investigación “**Patrones de conocimiento en la experiencia de enfermeras/os al acompañar el proceso de muerte de pacientes: Un aporte para el desarrollo ético de la profesión**”, ya que los profesionales de enfermería enfrentan diversos problemas éticos al gestionar cuidados en estas situaciones. El propósito de este estudio es contribuir al conocimiento comprensivo de esta experiencia en particular para prescribir cuidados de calidad en el marco ético de la profesión que faciliten las decisiones en este contexto. La realización de este estudio se da en el marco de Tesis conducente al grado académico de Magíster en Bioética de la investigadora.

### **Objetivos:**

El objetivo general del estudio es caracterizar los patrones de conocimiento de enfermería en la experiencia de las/os enfermeras/os al acompañar el proceso de muerte de pacientes en el ámbito hospitalario. Los patrones de conocimiento en enfermería se refieren a la manera en la cual se expresa el conocimiento de enfermería que permitan comprender la praxis. Consiste realizar entrevistas a profesionales de enfermería que se desempeñan en un hospital público de la Región Metropolitana durante el presente año.

**Método:**

Si usted acepta participar en el estudio, se le realizará una entrevista, la cual será respaldada por una grabación de audio para su posterior transcripción escrita. La entrevista durará alrededor de 1 hora y se llevará a cabo en un tiempo y lugar de común acuerdo entre la/el participante y la investigadora.

**Voluntariedad:**

La participación en esta investigación es voluntaria, teniendo el derecho de retirarse en cualquier momento, sin tener que dar razones y sin que esto implique consecuencias para usted de ningún tipo.

**Confidencialidad:**

Se mantendrá bajo estricta confidencialidad toda la información derivada de su participación en esta investigación. Los datos serán utilizados exclusivamente para fines asociados al proyecto. La investigadora es la responsable del almacenamiento de éstos. El acceso a las transcripciones de las entrevistas está limitado exclusivamente a la investigadora responsable. Cualquier publicación de resultados será anónima. Por otro lado, al participar usted podrá conocer los resultados de la investigación, los cuales se entregarán por medio de correo electrónico si así lo solicita.

**Beneficios:**

La participación en la presente investigación no cuenta con beneficios directos para usted. Sin embargo, su participación contribuirá a enriquecer los conocimientos relacionados los aspectos éticos de la disciplina de enfermería lo que permitirá aportar saberes en la formación de los profesionales de enfermería tanto en pregrado, post grado y post título, así como también los equipos de enfermería lo que se traduce en una contribución a la calidad de atención de las personas receptoras de cuidado. El proceso de entrevista se visualiza como algo liberador para el/la participante en cuanto a que puede compartir ampliamente una experiencia significativa.

**Riesgos:**

Al ser un tipo de estudio cuya metodología no implica un riesgo físico, no presentará daños directos en su persona. Existe bajo riesgo potencial, el que cual está dado, por la posible labilidad emocional que se pueda generar durante la entrevista la cual se realizará dentro de los límites que permita el/la participante.

**Costos:**

Su participación en el estudio no tendrá costos monetarios para usted, así como tampoco contará con remuneraciones de ningún tipo.

**Información de Contacto:**

En caso de presentar cualquier duda o solicitar cualquier tipo de información relacionado con la investigación, es libre de realizar sus consultas en cualquier momento de su participación. Para ello, se adjunta información de contacto para lo cual debe comunicarse con la investigadora responsable del estudio E.U. Claudia Collado Quezada, mail [ccollado@med.uchile.cl](mailto:ccollado@med.uchile.cl) o vía telefónica al 229786629, celular 93460008

Por otro lado, en caso de duda sobre sus derechos puede comunicarse con el Presidente del “Comité de ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., teléfono: 2-9789536, E-mail: [comiteceish@med.uchile.cl](mailto:comiteceish@med.uchile.cl), cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

En caso de aceptar participar de esta investigación, deberá firmar la declaración de Consentimiento Informado, el cual consta de dos ejemplares; uno para la investigadora responsable y otro para usted como respaldo de su participación.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Habiendo recibido y comprendido la información contenida en este documento y luego de aclarar todas mis dudas relacionadas con mi participación en este estudio. Yo, \_\_\_\_\_, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto de “Patrones de conocimiento en la experiencia de enfermeras/os al acompañar el proceso de muerte de pacientes: Un aporte para el desarrollo ético de la profesión”.

\_\_\_\_\_  
Nombre de informante  
Rut.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador  
Rut.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha