

Retos del cuidado de enfermería ante la muerte: reflexiones sobre espiritualidad
Desafios do cuidado de enfermagem frente à morte: reflexões sobre espiritualidade
Nursing care challenges in the face of death: reflections on spirituality

Recibido: 11/09/2019

Aprobado: 17/05/2020

Publicado: 03/03/2021

Raquel Lima Dornfeld¹

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves²

Este es un estudio cualitativo realizado en 2016, en una ciudad del interior de Minas Gerais, con el objetivo de describir las dimensiones del cuidado ante la muerte y la influencia de la espiritualidad en la percepción de los profesionales de enfermería que trabajan en los sectores de emergencia y de hospitalización de un hospital universitario. Participaron 160 personas, de las cuales 141 eran mujeres, con edades comprendidas entre 30 y 39 años (44,3%) y entre 40 y 49 años (21,8%). En cuanto a la categoría de trabajo, hubo 131 profesionales de nivel medio (auxiliares/técnicos de enfermería) y 29 de nivel superior (enfermeros/as), con 5 a 4 años de trabajo (34,4%) y 10 a 14 años (25%), de religión católica (35,5%), seguida de espiritista (32,5%). El material resultante de las entrevistas se expuso al análisis del Discurso del Sujeto Colectivo, con la ayuda del software *DSCsoft*[®]. La agrupación de expresiones clave e ideas centrales similares dio lugar a tres categorías: *Actuación profesional ante los procesos de muerte*; *Mirar a ti mismo*; y, *Espiritualidad: dimensiones e influencia en el contexto profesional*. Los discursos revelan la espiritualidad como fuente de apoyo y restauración, aunque el significado inmanente lo reportan las relaciones entre las personas y el entorno en el que viven. Se destaca la importancia del autocuidado y la necesidad de que los profesionales tengan espacios de acogida como una oportunidad para resignificar el cuidado integral frente a la finitud.

Descriptor: Recursos humanos; Humanización de la atención; Atención de enfermería; Actitud frente a la muerte; Espiritualidad.

Este é um estudo qualitativo realizado em 2016 em uma cidade do interior mineiro, com o objetivo de descrever as dimensões do cuidar frente à morte e a influência da espiritualidade na percepção de profissionais de enfermagem atuantes em setores de pronto-atendimento e internação de um hospital universitário. Participaram 160 indivíduos, dos quais 141 eram do sexo feminino, com idades entre 30 a 39 anos (44,3%) e 40 a 49 anos (21,8%). Quanto à categoria de atuação, foram 131 profissionais de nível médio (auxiliares/técnicos de enfermagem) e 29 de nível superior (enfermeiros/as), com tempo de atuação 5 a 4 anos (34,4%) e de 10 a 14 anos (25%), religião católica (35,5%), seguida de espírita (32,5%). O material resultante das entrevistas foi exposto à análise do Discurso do Sujeito Coletivo, com o auxílio do software *DSCsoft*[®]. O agrupamento das expressões-chave e ideias centrais semelhantes resultou em três categorias: *Atuação profissional frente a processos de morte*; *Olhar para si*; e *Espiritualidade: dimensões e influência no contexto profissional*. Os discursos revelam a espiritualidade como fonte de amparo e restauração, conquanto o sentido imanente seja reportado pelas relações entre as pessoas e o meio em que vivem. Destaca-se a importância do autocuidado e a necessidade de que os profissionais tenham espaços de acolhimento com oportunidade de resignificação do cuidado integral frente à finitude.

Descritores: Recursos humanos; Humanização da assistência; Cuidados de enfermagem; Atitude frente à morte; Espiritualidade.

This is a qualitative study carried out in 2016, in a city in the state of Minas Gerais. It aimed to describe the dimensions of care in the face of death and the influence of spirituality on the perception of nursing professionals who work in sectors of emergency care and admission of a hospital. university. There were 160 participants, of which 141 were female, aged between 30 and 39 years old (44.3%) and 40 to 49 years old (21.8%). As for the category of activity, there were 131 professionals with secondary education (nursing assistants/technicians) and 29 with higher education (nurses), with experience of 5 to 4 years (34.4%) and 10 to 14 years (25%), The majority were Catholics (35.5%), followed by Spiritists (32.5%). The material resulting from the interviews was exposed to the analysis of the Collective Subject Discourse, with the aid of the *DSCsoft*[®] software. The grouping of key expressions and similar central ideas resulted in three categories: Professional performance in the face of processes of death; Self reflection; and Spirituality: dimensions and influence in the professional context. The speeches reveal spirituality as a source of support and restoration, although the immanent meaning is reported by the relationships between people and the environment in which they live. An emphasis is put on the importance of self-care and the need for professionals to have welcoming spaces with the opportunity to redefine comprehensive care in face of finitude.

Descriptors: Workforce; Humanization of assistance; Nursing care; Attitude to death; Spirituality.

1. Enfermera. Especialista en Administración Hospitalaria. Maestra en Asistencia a Salud. Enfermera del Hospital de Clínicas de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2771-7402 E-mail: rldornfeld@gmail.com

2. Enfermera. Especialista en Terapia Comunitaria. Maestra y Doctora en Enfermería. Profesora del Programa de Posgrado en Atención a la Salud y del Departamento de Enfermería en Educación y Salud Comunitaria de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6971-5296 E-mail: juremaluiz@hotmail.com.br

INTRODUCCIÓN

El origen histórico de la enfermería se remonta a las prácticas religiosas cuyo propósito era promover el alivio y el bienestar físico de los enfermos, así como el consuelo espiritual, incluso cuando no había posibilidad de curación. Es posible inferir que tales preceptos impregnaron la construcción de los ideales de la enfermería y están presentes en el sentido común sobre el ejercicio de esta profesión¹.

Las ideas emergentes del entorno sociocultural definen a la muerte como un enemigo al que hay que derrotar en favor de la vida, mediante la búsqueda de nuevos conocimientos, tecnologías, exámenes y procedimientos. El equipo de salud asume para sí el deber de luchar contra la finitud, como si fuera posible aplazar o suprimir este componente de la naturaleza biológica. Se puede identificar la difusión de estas ideas entre los profesionales de la enfermería, así como la creencia de que deben mejorar constantemente sus conocimientos técnico-científicos para ayudar a curar a sus pacientes².

En el contexto hospitalario, la enfermería está presente en cada etapa del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte. Los profesionales de enfermería están directa y constantemente involucrados en el cuidado de los enfermos en el proceso de muerte y después de su constatación médica; y también son responsables de la preparación, identificación y remisión del cuerpo. Estos cuidados requieren un alto sentido de responsabilidad en la toma de decisiones complejas y rápidas, además de la reorganización continua de las prioridades y una amplia variedad de informaciones³.

En el discurso y las actitudes, los profesionales de enfermería demuestran comprender que los cuidados ante la finitud van más allá de las necesidades psicobiológicas y abarcan las dimensiones sociales, culturales y espirituales⁴. Debido a la proximidad prolongada, se establecen vínculos afectivos y no pocas veces, cuando se produce el fallecimiento de un enfermo al que se le dedican muchas horas de trabajo, estos profesionales pueden experimentar sentimientos similares a la pérdida de familiares, denotando una sensación de fracaso tanto técnico como personal.

La muerte vivida en el día a día de hospitales puede producir, entre los profesionales de la enfermería, un malestar emocional a diferentes niveles, que incluye el sufrimiento espiritual que, a su vez, puede revelar o aumentar la intensidad de los síntomas físicos⁵. Es posible observar una relación directa entre la salud y el bienestar espiritual, con repercusiones tanto en la asistencia prestada como en la plenitud del trabajo realizado.

Presenciar procesos de salud-enfermedad en entornos hospitalarios y actuar de forma continuada en estos casos puede impactar en todas las dimensiones vitales de los profesionales implicados, y el recrudecimiento del impacto negativo puede llevar a una ruptura de la forma lógica de organizar el pensamiento y la cognición. La espiritualidad puede ayudar a lidiar con esos procesos, siendo un precursor de consuelo, estímulo y equilibrio en contextos de angustia y estrés⁶.

Las creencias existenciales, espirituales o religiosas pueden contribuir a una interpretación positiva de los acontecimientos críticos, así como a un enfrentamiento más eficaz, constituyendo una fuente de energía y apoyo que puede fortalecer al individuo en busca de una vida llena de sentido. El *coping* religioso-espiritual engloba herramientas para hacer frente a estos acontecimientos, con estrategias que pueden ser de búsqueda de un significado profundo, de consuelo espiritual, de intimidad con lo trascendente y lo inmanente, y de resignificación del camino de la vida⁷.

Definir la espiritualidad es algo complejo porque implica varios significados, propósitos y valores humanos. Como dimensión integrante del ser, abarca no sólo la religiosidad, sino también la esperanza y la búsqueda de un sentido profundo en las experiencias, así como los valores, actitudes, prácticas y sentimientos que nacen de la relación con uno mismo, el entorno

y lo sagrado. La confluencia entre los factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y religiosos se refiere a los valores por los que una persona vive y cree, el estilo de vida que sigue, cómo utiliza su tiempo, los hábitos que establece, todo ello se refleja como espíritu de vivir o espiritualidad⁸.

Aunque existen numerosos indicios que demuestran la relevancia de la espiritualidad en la salud, tradicionalmente los programas de formación en este ámbito no incluyen el tema con profundidad y amplitud necesarias. Así, los profesionales se sienten incómodos no sólo al abordar estas cuestiones en su práctica con los pacientes, sino también al identificar en sí mismos estas estrategias de apoyo y seguridad ante conflictos⁹.

En la actualidad, se ha demostrado que la espiritualidad desempeña un papel protector en los problemas de salud física y mental, con repercusiones en la calidad de vida. Se observa la prevalencia de investigaciones dirigidas a enfermos y familiares en relación con esta dimensión, así como la percepción de los profesionales de la salud respecto a los cuidados a observar en tales aspectos, promoviendo la asistencia integral¹⁰.

Sin embargo, se observa una laguna de estudios sobre los factores protectores a la salud psíquica de los profesionales de la salud, con énfasis en el equipo de enfermería, considerando las características inherentes al cuidado en relación con los procesos de finitud y también, cómo la espiritualidad podría permear, modificar o resignificar dicha experiencia.

El presente estudio tiene como objetivo describir las dimensiones del cuidado ante la muerte y la influencia de la espiritualidad en la percepción de los profesionales de enfermería que trabajan en los sectores de emergencia y hospitalización de un hospital universitario.

MÉTODO

Es un estudio descriptivo con delineación cualitativa, a través del cual se busca la investigación de las relaciones, costumbres y opiniones, datos subjetivos y no cuantificables que representan el producto de las interpretaciones que los humanos hacen sobre cómo viven, expresan lo que sienten, piensan, construyen sus artefactos y a sí mismos¹¹.

Se utilizó la *Teoría de las Representaciones Sociales* (TRS) como soporte teórico-metodológico que busca abstraer el significado, introducir el orden y las percepciones que permiten reproducir el mundo de manera significativa. La información recibida se filtra a través de cogniciones y valores cercanos a la percepción de la realidad del individuo, a partir de modelos y creencias presentes y compartidas en el contexto del grupo al que pertenece¹².

El estudio se realizó en un hospital general situado en la región sudeste del estado de Minas Gerais. Se seleccionaron los siguientes sectores de emergencia y hospitalización: Emergencias de Adultos, Emergencias de Niños, Pediatría, Neurología, Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Coronaria, Terapia Intensiva de Neonatal y Pediatría, Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Oncohematología, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Ortopedia, Guardería, Ginecología y Alojamiento Conjunto. Se optó por excluir del estudio los sectores caracterizados por la atención ambulatoria, para mantener la homogeneidad de las características asistenciales.

La muestra fue aleatoria e intencional, compuesta por enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería de ambos sexos, de 18 años o más. Como criterios de inclusión, se seleccionaron aquellos que asisten a personas en diversas etapas de salud o enfermedad, incluso en proceso de muerte. Se excluyeron los profesionales que estaban de baja o de vacaciones durante el periodo de recogida, así como los que no trabajan en la atención directa a los enfermos.

Hubo entrenamiento y supervisión del equipo de entrevistadores, compuesto por doce estudiantes de pregrado en salud. Se explicaron los objetivos y el guion del estudio, con la orientación de no modificar las preguntas ni opinar en las respuestas, sin embargo, sería

plausible reformular la pregunta o añadir colocaciones de la siguiente manera: “¿Tiene algo más que decir?” “¿Podría explicármelo de nuevo?”

La estandarización de los procedimientos de recogida se verificó mediante pruebas piloto con profesionales de los sectores implicados, lo que permitió comprobar la adecuación del instrumento. Estos resultados preliminares se excluyeron tras la transcripción y no se tuvieron en cuenta en el análisis.

El instrumento de recogida fue elaborado por las investigadoras responsables e incluía datos para caracterizar la muestra, referidos a género, edad, nivel de trabajo, tiempo de ejercicio profesional y sector/servicio. El guion de la entrevista abordaba las preguntas de forma secuencial: *¿Cómo es para usted atender a los pacientes en proceso de muerte? ¿Qué es para usted la espiritualidad? ¿Cree que la espiritualidad le ayuda a afrontar este aspecto de su profesión? ¿En qué sentido?* Cada formulario de recogida fue previamente identificado por un código alfanumérico, utilizado para registrar los resultados.

La recogida de datos se llevó a cabo durante un periodo de dos meses: agosto y septiembre de 2016. Para garantizar una mayor participación de los profesionales, se concertaron entrevistas individuales con profesionales de los propios sectores en horarios y periodos de conveniencia para los investigados, y si realizaron entrevistas en lugares previamente seleccionados en los sectores designados, para mantener la privacidad y la libre expresión de ideas.

La duración de cada entrevista varió entre diez y 30 minutos, según la disponibilidad del voluntario. Las entrevistas se grabaron en formato de audio mediante dispositivos electrónicos y fueron transcritas por los entrevistadores en su totalidad, salvo los datos de caracterización de la muestra y las informaciones que identificaban la autoría de los discursos. Se intentó conservar el contenido original de las respuestas obtenidas, como el significado atribuido a las expresiones y los silencios.

Los datos de caracterización se tabularon y se sometieron a un análisis exploratorio mediante frecuencias simples. Para sistematizar el tratamiento de los datos cualitativos resultantes de la transcripción de las entrevistas, se optó por utilizar el *software* DSCSoft®, basado en el método del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Este método consiste en una técnica de tabulación y organización de los datos cualitativos, que resulta de las expresiones clave identificadas en extractos más expresivos de las entrevistas y que representan la profundidad de las respuestas individuales y las ideas centrales que sintetizan el discurso revelado¹². El discurso-síntesis está escrito en primera persona del singular, en el que el pensamiento de un colectivo se expresa como un discurso individual¹².

El proyecto fue evaluado por el Comité de Ética en Investigación de la institución en estudio, aprobado bajo el dictamen número 1.715.828, CAAE 55434616.0.0000.5154. Tras la aprobación, se estableció contacto con los responsables de los sectores implicados para aclarar la investigación, los objetivos y los procedimientos metodológicos.

Los profesionales que aceptaron participar firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado - TCLI donde se declaran los objetivos, la garantía de confidencialidad sobre cualquier dato que pueda identificarlos y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Cada instrumento recibió previamente un código numérico aleatorio para garantizar el anonimato y la confidencialidad de informaciones.

RESULTADOS

En el estudio participaron 160 personas, 141 de las cuales eran mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años. En cuanto a la categoría de trabajo, había 131 profesionales de nivel medio (auxiliares/técnicos de enfermería) y 29 profesionales de nivel superior (enfermeros/as).

En cuanto al tiempo de atención, la muestra incluyó diversos grados de experiencia hospitalaria, desde individuos recién iniciados en su carrera hasta aquellos con más de 30 años de actividad en sectores de hospitalización (Tabla 1).

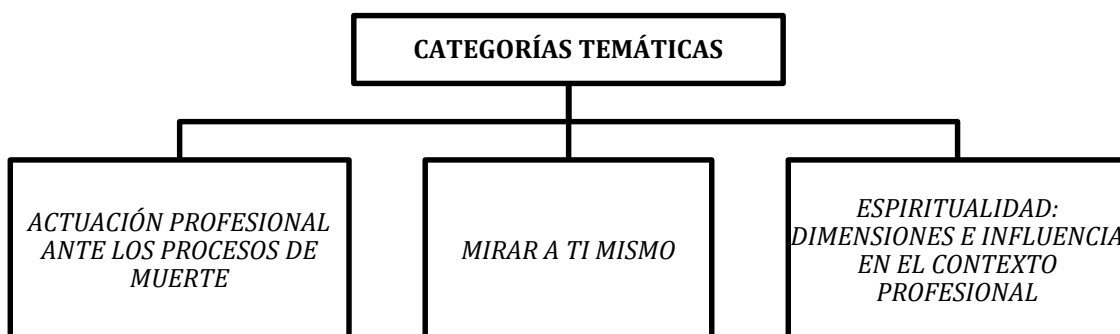
Tabla 1. Variables sociodemográficas de los profesionales de Enfermería en un Hospital Universitario. Uberaba, Minas Gerais, 2016.

Variables	F	%
Sexo		
Masculino	19	11,8
Femenino	141	88,2
Grupo de edad		
20-29 años	22	13,8
30-39 años	71	44,3
40-49 años	35	21,8
50-59 años	25	15,7
60 años o más	7	4,4
Tiempo de trabajo (años completos)		
Menos de 5 años	14	8,7
5 a 9 años	55	34,4
10 a 14 años	40	25,0
15 a 19 años	19	12,0
De 20 a 24 años	12	7,5
25 a 29 años	6	3,3
30 años o más	14	8,7
Religión o creencia		
Católico	57	35,6
Espiritista	52	32,5
Evangélico	27	16,9
Cristiano/Cree en Dios	7	4,4
Otras	4	2,5
No informa	13	8,1
Total	160	100,0

La agrupación de expresiones clave e ideas centrales similares dio como resultado tres categorías, a saber: *Actuación profesional ante los procesos de muerte*; *Mirar a ti mismo*; y, *Espiritualidad: dimensiones e influencia en el contexto profesional*.

Tras seleccionar y organizar las expresiones clave presentes en cada informe, se identificaron las ideas centrales con significados similares. Posteriormente, se editaron los DSC correspondientes para la complementariedad de las declaraciones. Estos DSC subvencionaron la formulación de tres categorías temáticas descritas en la Figura 1:

Figura 1. Categorías temáticas. Uberaba, Minas Gerais, 2016.



La categoría temática “*Actuación profesional ante los procesos de muerte*” recoge las percepciones de los profesionales sobre la atención prestada a las personas en proceso de muerte. Es posible comprender que los profesionales son permeables a los sentimientos y experiencias del paciente y sus familiares en este contexto, según el siguiente DSC:

Lidiar con la enfermedad y la muerte cada día no siempre tendrá resultados positivos; no se convierte en un hecho natural, pero es algo que sucede. No es que seamos fríos, sino que nos acostumbramos, porque alguien tiene que cuidar. Nosotros tenemos una visión muy equivocada de que todo paciente mejora, a veces lo que es mejor para nosotros no es lo mejor para él. Hay quienes aceptan la muerte de una manera muy natural, están tranquilos y la familia también, este pasaje se convierte en algo más sereno. Además del dolor, el enfermo sabe que la muerte puede ocurrir, se vuelve más deprimido y sensible. Se ve que la persona tiene miedo. La atención es mayor para sus sentimientos, en lo que está viviendo, en los deseos, en lo que todavía quiere en este proceso. Ver a la familia allí sufriendo y no poder decir que el tiempo está llegando, mintiendo todo el tiempo, diciendo que mejorará aún sabiendo que no sucederá. Miras el perfil de la persona y ves si está abierta a ello, habla un mensaje, consuela. Hay que dar ánimos, esperanza, fe en que todo irá bien (E43; E139; E23; E09; E44; E82; E01; E16; E96).

Por su parte, la categoría temática “*Mirar a ti mismo*” recoge informes de situaciones potencialmente generadoras de alteraciones emocionales y psicológicas, relacionadas con las acciones de cuidado prestado a enfermos graves. Los discursos denotan algunas estrategias enumeradas para hacer frente a tales demandas, como se destaca en algunos fragmentos a continuación:

Me siento muy impotente sabiendo cuál será el final, hay esta sensación de impotencia. Es frustrante, no puedes hacer nada para cambiar esa situación, no está en tus manos. Intento hacerlo lo mejor posible mientras estoy allí, no dejo que afecte a mi comportamiento en el trabajo ni me lo tomo como algo personal, trabajo del otro lado, si no, no tenemos vida ahí fuera. Tenemos que trabajar mucho en nuestras emociones para ofrecer una mejor atención, humanizada, de la mejor manera posible. Con el tiempo he desarrollado una fuerza, tanto para ayudar a la familia como al paciente, como para no llevar eso a casa. Trato de no involucrarme demasiado para no sufrir después, pero estas cosas se nos escapan de las manos, terminan metiéndose con lo psicológico y hay que hacer ese equilibrio, no ser totalmente frío pero no apegarse demasiado, estar bien estabilizado emocionalmente para sobrellevarlo. Sufro, pero creo que nos volvemos un poco más mecánicos y fríos, el día a día hace esto (E38; E145; E54; E92; E16; E25; E67).

Y en la categoría temática “*Espiritualidad: dimensiones e influencia en el contexto profesional*”, los informes denotan aspectos en la vivencia de la espiritualidad en el cotidiano, en su aspecto inmanente, con énfasis en la forma de relacionarse con el entorno y los demás. También hablan de la dimensión espiritual como la trascendencia de la materia, denotando la atribución de un sentido de sacralidad a la asistencia en la fase final de la vida:

Es el cuidado que tenemos con el alma, porque no sólo hay que cuidar el cuerpo. Está en la forma de sentir y actuar con la gente, mostrándose tal cual es, sabiendo afrontar y comprender la situación con paciencia. Es una forma humanizada de cuidar las cosas en tu vida diaria, tu experiencia aquí, en tu paso como ser humano, buscando siempre la armonía entre la vida material y la vida espiritual. Sólo podemos permanecer en la enfermería si creemos en algo superior, que nos da apoyo, apoyo incluso para nuestra salud mental, de lo contrario nos rendimos. Acabamos encontrando un consuelo en lo que creemos. La fe es un fundamento muy importante, los que creen son capaces de superar los momentos de conflicto y las fases más difíciles de la vida, mantienen el equilibrio. Tener una base espiritual ayuda en nuestra vida diaria, tomamos una mayor energía, la sostenemos y empezamos a ver con otros ojos. Nos ayuda a tener más fuerza para cuidar, más serenidad. Acaba preparándose para ser un poco mejor, para apaciguar el alma y el corazón de cada uno. Esta mirada hace que cada día sea mejor dentro de la profesión, se puede ver el panorama con una mayor comprensión, tener más calma, intuición y sabiduría en el cuidado (E22; E116; E38; E42; E107; E04; E32; E23; E21; E80; E122).

DISCUSIÓN

El equipo de enfermería actúa en todas las fases de la enfermedad hasta la preparación del cuerpo, después del desenlace fatal. Sin embargo, ocuparse de este aspecto de la profesión puede provocar un desgaste físico y psíquico, además de suscitar preguntas y reflexiones. Debido a las características que denotan los cuidados ante los procesos de muerte, estas situaciones pueden causar sufrimiento a quienes los cuidan.

Ante el proceso de la muerte, el profesional de la enfermería puede ser el último en quedarse con los que se van. Cuando otros miembros del equipo de salud se alejan del paciente,

considerándose impotentes para recuperar la plenitud de un cuerpo físico, la enfermería persiste, siguiendo el continuo vivir/morir, mientras hay un soplo de vida e incluso cuando se va, para preparar el cuerpo con dignidad¹³.

Los profesionales de enfermería son los principales responsables de los cuidados del enfermo al final de la vida en un entorno hospitalario. Ya sea en un contexto de emergencia o tras la hospitalización, su proximidad a la persona moribunda les invita a reflexionar. Aunque la muerte forma parte del trabajo diario de los profesionales de la enfermería, persisten las dificultades para hablar del tema, ya que se refiere a la inevitabilidad de la finitud humana¹⁴.

Algunos profesionales reaccionan negando la llegada de un desenlace fatal, lo que puede interferir en su forma de cuidar. Otros buscan en la naturalización del sujeto una forma de elaborar sus sentimientos, experimentando este proceso de forma más humanizada. De este modo, lo que puede parecer una actividad frenética alrededor de la cama puede representar, por parte de los profesionales de enfermería, la ansiedad y la negación de la inminencia de la muerte¹⁵. Esto puede dar lugar a comportamientos como la reticencia a interactuar con la familia y el paciente, el aplazamiento de las conversaciones difíciles y una estricta dedicación a las tareas de confort físico.

La muerte que se produce en el tiempo natural de forma digna y respetuosa se conoce como ortotanasia. Sin embargo, existe la posibilidad de que los profesionales practiquen lo contrario, porque sienten que deben invertir (o insistir) en salvar a la persona a la que se le prestó la atención¹⁵. Para ello, se discuten formas eficaces de preparar al profesional para afrontar la finitud en su práctica.

La labor de la enfermería está impregnada de una perspectiva amplia, destinada a garantizar la humanización y la integralidad de los cuidados. Sin embargo, cuando los cuidados deben centrarse en el proceso de la muerte y el fallecimiento, surgen sentimientos perturbadores, conflictos íntimos e incluso un vacío existencial. Los profesionales señalan la tristeza, el fracaso, la angustia, la impotencia, la inseguridad, la culpa, el dolor y el miedo como sentimientos que pueden surgir al cuidar del ser que se va. Así, pueden mantener una actitud neutral y técnica como forma de evitar el sufrimiento¹⁶.

Es importante comprender que la atención integral proporciona calidad a la vida restante y permite una muerte digna, lo que permite resignificar el sentido de la acción que pretende cuidar, además de tratar. El manejo de estos componentes hace que el profesional sea capaz de afrontar mejor las demandas de los pacientes, los familiares y sus propios sentimientos¹⁶.

Los profesionales de enfermería registran como notables los recuerdos relacionados con el cuidado de las personas con las que han establecido un vínculo afectivo y temen dejar de aliviar el sufrimiento de los demás. La juventud del individuo atendido, así como la historia clínica, la cronicidad del dolor y el sufrimiento, son los factores que más transmiten sufrimiento al cuidador¹⁷.

Presenciar los sentimientos expresados por el enfermo y la reelaboración de la existencia ante la muerte son factores percibidos como causa de sufrimiento laboral. El recrudecimiento de emociones negativas y la falta de oportunidades para expresar libremente sus experiencias pueden provocar sufrimiento en varios niveles de profundidad, incluida la dimensión existencial, lo que lleva a cuestionar la propia práctica¹⁷.

Existe una interdependencia entre el cuidado de uno mismo y del otro. Desde la perspectiva de Foucault, cuidar(se) es un ejercicio de biopoder. En esta comprensión, mirarse a sí mismo como un sujeto digno de cuidado remite a cuestiones éticas y de libertad, convirtiéndose en una herramienta para enfrentar los discursos totalitarios de control de las prácticas y del conocimiento, con el fin de estandarizar la vida subjetiva para el bien colectivo¹⁸.

El cuidado de sí mismo abarca los espectros físico, mental y espiritual, siendo una búsqueda individual, pero que se concreta en el encuentro con el otro, evidenciando la

necesidad de vivir armoniosamente en grupo. Se busca entender el cuidado de sí mismo como algo que se conquista a través del conocimiento interior, que mejora la comprensión de lo que es esencial en uno mismo y en el otro¹⁹.

Es necesario comprender los aspectos individuales y colectivos inherentes a la vida cotidiana que pueden interferir en la calidad de vida de los profesionales que cuidan, para que ellos también se sientan cuidados. La creación de lugares de acogida y de escucha, o incluso la realización de ruedas de conversación, son iniciativas que pueden contribuir a una auténtica experiencia de diálogo, aumentando la motivación de los profesionales de la enfermería. De este modo, hay que pensar en espacios para compartir de forma solidaria, en los que se encuentran los cuidados, las competencias y las experiencias²⁰.

La formación en salud debe contemplar espacios de explicación, escucha y acogida de los sentimientos y actitudes ante la muerte, utilizando diferentes estrategias didácticas que permitan un acercamiento gradual al escenario de la asistencia. Aunque el aprendizaje teórico no puede reproducir fielmente los diferentes niveles de impacto que producen las experiencias cotidianas de los profesionales en los espacios terapéuticos, el enfoque psicopedagógico puede frenar el impacto que la experiencia de enfrentar la muerte tendría en la vida personal y académica de estos futuros profesionales⁷.

Las políticas de humanización prevén el cuidado de los que cuidan. Las discusiones en equipo sobre cómo actuar ante los procesos de muerte y los impactos causados en los diferentes niveles individuales, para que tales situaciones no sean naturalizadas o trivializadas, pueden contribuir a aliviar el sufrimiento psíquico ante la impotencia frente a la finitud de la vida²¹. Los voluntarios de este estudio también mencionan el deseo de hablar y escuchar sus experiencias entre compañeros, como forma de validar o refutar las percepciones y reverberaciones resultantes del ejercicio profesional.

Considerando que los trabajadores contemplados en sus necesidades desarrollan un mayor compromiso con el trabajo realizado, debería ser el principal objetivo de las instituciones que asisten a pacientes gravemente enfermos, con posibilidad diaria de muerte, la valorización de los profesionales directamente involucrados en estas circunstancias, lo que puede reflejarse directamente en la calidad de la asistencia prestada y en una mayor satisfacción con los cuidados²¹.

Cada individuo tiene su forma particular de afrontar las situaciones de sufrimiento desde la perspectiva de la muerte. Algunos individuos evitan crear vínculos afectivos, lo que constituye una paradoja porque, a la vez que movilizan diversas emociones en aquellos a los que cuidan, la asistencia a la persona que va a morir exige una conducta de protección y gestión de los sentimientos y emociones del otro. La búsqueda de consuelo espiritual se sugiere como una estrategia para minimizar las perturbaciones psicoemocionales provocadas en el cotidiano de cuidar/asistir²².

Para analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales de enfermería, se señalan diferentes formas de afrontar el sufrimiento, siendo notoria la influencia de la espiritualidad como recurso mitigador del estrés laboral. La espiritualidad se define como una característica individual e intrínseca del ser, va más allá de la religiosidad, implica cuestiones sobre el propósito de la vida y su significado, representando una conexión del "Yo" con el Universo y con otras personas²³.

La espiritualidad es un constructo importante para los profesionales de enfermería que se enfrentan a los procesos de muerte en su vida diaria, en términos de consuelo espiritual para el paciente y los familiares, y la resignificación de los eventos potencialmente estresantes para el profesional y el establecimiento de un significado superior a su trabajo. Esta dimensión proporciona una vía terapéutica tanto hacia el otro como hacia uno mismo, permitiendo una atención integral y humanizada²⁴.

CONCLUSIÓN

La asistencia a los enfermos graves, además de proporcionar un entorno seguro y acogedor para que los familiares vivan los momentos de la despedida, puede generar sentimientos conflictivos y sufrimiento existencial entre los profesionales de enfermería.

Los discursos de los profesionales demuestran el reconocimiento, la valoración y la búsqueda de desarrollar aspectos relacionados con la espiritualidad. Las estrategias enumeradas tanto en relación con la trascendencia como en su relación consigo mismo, con los demás y con el entorno en el que vive, denotan la búsqueda de un cuidado integral y significativo.

Los profesionales que cuidan también son dignos de cuidados. Y, hay un anhelo de espacios de escucha y acogida en la propia institución en la que trabajan. La escucha entre compañeros ofrece la oportunidad de compartir experiencias, sentimientos y las reelaboraciones necesarias ante situaciones críticas para seguir encontrando sentido y propósito al cuidado, lo que puede reflejarse en acciones humanizadas y aportar más satisfacción con el trabajo.

Como limitación del estudio, se señala la recogida de datos en una sola institución. Aunque hay un número grande de entrevistas, éstas retratan las ideas que circulan y se validan en un estrato delimitado por políticas institucionales.

A su vez, se espera que haya contribuido a ampliar la comprensión de las percepciones de los profesionales de enfermería sobre el cuidado del proceso de la muerte, además de la influencia de la espiritualidad en sus actitudes y reflexiones, en la forma de relacionarse consigo mismos y con los demás. Se destaca la importancia de realizar más estudios para poder trazar un perfil histórico sobre las percepciones y reverberaciones de los cuidados de enfermería en cada proceso vital y del cuidado de sí mismo como factor de protección del bienestar del profesional.

REFERENCIAS

1. Santos SC, Almeida DB, Silva GTR, Santana GC, Silva HS, Santana LS. Identidade profissional da enfermeira: uma revisão integrativa. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2019 [citado en 31 ene 2020]; 33:e29003. Disponible en <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/29003/20115>
2. Gonçalves MJR, Simões JRS. A percepção do enfermeiro no lidar com a morte durante a assistência. *Rev JRG* [Internet]. 2019 [citado en 19 ene 2020]; 2(5):166-82. Disponible en <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/77>
3. Silva RS, Pereira A, Nóbrega MML, Mussi FC. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos. *Rev Latinoam Enferm.* [Internet]. 2017 [citado en 28 ene 2020]; 25:e2914. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2914.pdf
4. Lima SF, Vale HGQP, Silva VSC, Pasklan ANP, Reis LMCB, Noronha FMF. Representações sociais sobre o cuidado paliativo entre profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [citado en 28 ene 2020]; 11(Supl 5):1980-8. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23351/18965>
5. Tavares MM, Gomes AMT, Barbosa DJ, Rocha JCC, Bernardes MMR, Thiengo PCS. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 [citado en 25 ene 2020]; 12(4):1097-102. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234780/28688>
6. Souza MCS, Sousa JM, Lago DMSK, Borges MS, Ribeiro LM, Guilhem DB. Evaluation of the death attitude profile-revised: a study with health science undergraduate students. *Rev Texto*

- Contexto Enferm. [Internet]. 2017 [citado en 15 dic 2019]; 26(4):8 telas. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en_0104-0707-tce-26-04-e3640016.pdf
7. Foch GFL, Silva AMB, Enumo SRF. Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). Arq Bras Psicol. [Internet]. 2017 [citado en 15 dic 2019]; 69(2):53-71. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v69n2/05.pdf>
8. Copello LE, Pereira ADA, Ferreira CLL. Espiritualidade e religiosidade: importância para o cuidado de enfermagem de paciente em processo de adoecimento. *Discipl Scientia Saúde* [Internet]. 2018 [citado en 27 ene 2020]; 19(2):183-99. Disponible en: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2504/2166>
9. Silva JB, Aquino TAA, Silva AF. As relações entre espiritualidade e cuidado segundo as concepções de estudantes de enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [citado en 23 ene 2020]; 10(3):1029-37. Disponible en <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11055/12471>
10. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciênc Cult*. [Internet]. 2016 [citado en 23 ene 2020]; 68(1):54-7. Disponible en: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v68n1/v68n1a16.pdf>
11. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 7ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
12. Lefevre F, Lefevre AM. *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo*. 2ed. Brasília, DF: Liber Livro Editora; 2012. 224 p.
13. Magalhães ALP, Erdmann AL, Souza FGM, Lanzoni GMM, Silva EL, Mello ALSF. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2018 [citado en 27 ene 2020]; 39:e2017-0274. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2017-0274.pdf>
14. Baldissera AE, Bellini LC, Ferrer ALM, Barreto MS, Coimbra JAH, Marcon SS. Perspectiva de profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 [citado en 15 dic 2019]; 12(5):1317-24. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234545/28878>
15. Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Rev Bras Educ Méd*. [Internet]. 2018 [citado en 15 dic 2019]; 42(3):87-96. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n3/1981-5271-rbem-42-3-0087.pdf>
16. Bastos RA, Lamb FA, Quintana AM, Beck CLC, Carnevale F. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2017 [citado en 27 ene 2020]; 17:58-64. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n17/n17a08.pdf>
17. Prado RT, Leite JL, Castro EAB, Silva LJ, Silva IR. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2018 [citado en 17 ene 2020]; 39:e2017-0011. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0111.pdf>
18. Gomes MM, Ferreri M, Lemos F. O cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. *Fractal Rev Psicol*. [Internet]. 2018 [citado en 31 ene 2020]; 30(2):189-95. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v30n2/1984-0292-fractal-30-02-189.pdf>
19. Silva AA, Terra MG, Gonçalves MO, Souto VT. O cuidado de si entre profissionais de enfermagem: revisão das dissertações e teses brasileiras. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2014 [citado en 15 dic 2020]; 18(4):346-52. Disponible en: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/15263/14081>
20. Pawlowytsch PWM, Kowalski E. O entendimento da morte para profissionais de saúde de um hospital geral de Santa Catarina. *Rev Saúde Meio Ambiente* [Internet]. 2017 [citado en 20

- dic 2019]; 6(2):28-38. Disponible en <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/1107>
21. Lima ABS, Oliveira LP, Sá KVCS, Silva EL, Caldas AJM, Rolim ILTP. Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa. Rev Pesqui Saúde [Internet]. 2016 [citado en 25 ene 2020]; 17(2):116-21. Disponible en: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6093>
22. Luz KR, Vargas OAM, Barlem ELD, Schmitt PH, Ramos FRS, Meirelles BHS. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia de alta complexidade. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016 [citado en 20 dic 2019]; 69(1):59-63. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0067.pdf>
23. Santos NAR, Gomes SV, Rodrigues CMA, Santos J, Passos JP. Coping strategies used by oncology palliative care nurses: an integrative review. Cogitare Enferm. [Internet]. 2016 [citado en 19 ene 2020]; 21(3):1-8. Disponible en <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45063/pdf>
24. Maciel AMSB, Alexandre ACS, Ferreira DMB, Silva FC. A condição da espiritualidade na assistência de enfermagem oncológica. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2018 [citado en 19 ene 2020]; 12(11):3024-9. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234609/30497>

Editora Asociada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUCIONES

Raquel Lima Dornfeld contribuyó al diseño del estudio, al análisis e interpretación de los datos y a la redacción. **Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves** participó en el análisis e interpretación de los datos, la redacción y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Dornfeld RL, Gonçalves JRL. Retos del cuidado de enfermería ante la muerte: reflexiones sobre espiritualidad. REFACS [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(Supl. 1):281-291. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

DORNFELD, R. L.; GONÇALVES, J. R. L. Retos del cuidado de enfermería ante la muerte: reflexiones sobre espiritualidad. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, p. 281-291, 2021. Supl. 1. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Dornfeld, R.L., & Gonçalves, J.R.L. (2021). Retos del cuidado de enfermería ante la muerte: reflexiones sobre espiritualidad. REFACS, 9(Supl. 1), 281-291. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

