

# El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido

Alba Rosa Fernández<sup>1</sup>

## Resumen

Con 14 años de egresada de la universidad como enfermera, la autora experimentó el sufrimiento, la tristeza, la pérdida y la incertidumbre ante la enfermedad y muerte de un ser querido. El conocimiento y la práctica adquiridos en su vida profesional no fueron suficientes para enfrentar estos sentimientos, que se transformaron en dolor, culpa y no aceptación de la realidad. A partir de la experiencia personal reconstruyó el sentir enfermero ante la muerte de su madre: esa una mujer menuda pero de gran carácter y con mucha fortaleza, que con solo tenía 54 años de edad se enfrentaba a un cáncer terminal. La impotencia en el actuar ante la enfermedad, la pérdida, el duelo, la negación, el enojo, la depresión, la aceptación y la muerte le hicieron comprender el papel de enfermería en situaciones críticas y que comprometen a seres queridos.

**Palabras clave:** acontecimientos que cambian la vida; muerte; enfermera; familia.

## *Feeling nurse after the passing of a loved one*

## Abstract

With 14 years of university graduate as a nurse, the author experienced the pain, sorrow, loss, and uncertainty in illness and death of a loved one. Knowledge and experience gotten in her professional life were not enough to face these feelings which became pain, guilt, and reality denial. From her personal experience she rebuilt the nurse feelings to her mother's death: that one, a tiny woman but of great character who with only 54 years old faced a terminal cancer. Impotence during the diseases course, the loss, grief, denial, anger, depression, acceptance and death made her understand the nursing role in critical situations that involve loved ones.

**Key words:** life change events; death; nurse; family.

1 Licenciada en Enfermería, Magíster en Gerencia Educacional, Candidata a Doctora en Enfermería. Profesora Agregada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de los Andes de Mérida, Venezuela.  
email: arfernandezx@hotmail.com

**Fecha de recibido:** 14 de mayo de 2009.  
**Fecha de aprobado:** 4 de junio de 2010.

**Cómo citar este artículo:** Fernández AR. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. Invest Educ Enferm. 2010; 28(2): 267-274

## ***O sentir enfermeiro ante a morte de um ser querido***

### ■ **Resumo** ■

Com 14 anos de formada da universidade como enfermeira, a autora experimentou o sofrimento, a tristeza, a perda e a incerteza ante a doença e morte de um ser querido. O conhecimento e a prática adquiridos em sua vida profissional não foram suficientes para enfrentar estes sentimentos, que se transformaram em dor, culpa e não aceitação da realidade. A partir da experiência pessoal reconstruiu o sentir enfermeiro ante a morte de sua mãe: essa uma mulher miúda mas, de grande caráter e com muita fortaleza, que com só tinha 54 anos de idade se enfrentava a um câncer terminal. A impotência no atuar ante a doença, a perda, o duelo, a negação, o agastamento, a depressão, a aceitação e a morte lhe fizeram compreender o papel de enfermaria em situações críticas e que comprometem a seres queridos.

**Palavras chave:** acontecimentos que mudam a vida; morte, enfermeira; família.

## Introducción

A lo largo de la vida se presentan momentos difíciles de manejar. Considero que el más crítico está relacionado con la muerte de un ser querido y con la forma como debemos afrontar esa situación, sobre todo si somos enfermeras, aun en el caso de estar esperando esa muerte por conocer ya el pronóstico médico.

En este artículo pretendo, en primer lugar, examinar brevemente los aspectos más destacados del duelo, como las definiciones que se han dado sobre él, las etapas que debe recorrer el endueldado, entendiendo que al proceso de la muerte van ligados los de la enfermedad y el duelo. Las etapas nos permiten gradualmente afrontar el acontecimiento de la pérdida.

Seguidamente quiero relatar mi experiencia personal, como ser humano y como enfermera, ante la pérdida de un ser querido. Por último, realizar el análisis de la situación experimentada, desde la teoría de déficit de autocuidado de Orem y los patrones de conocimiento de la disciplina de Enfermería.

### **Conceptos sobre el duelo**

El duelo ha sido definido por diferentes autores como el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa

frente a una nueva realidad.<sup>1</sup> Es una reacción normal ante una pérdida real, es un proceso de recuperación, un estado de intranquilidad incómodo, doloroso, que si no se experimenta, y se reprime o niega, puede conducir a una grave enfermedad física o emocional.<sup>2</sup>

La pérdida puede describirse como la ausencia de algo deseado o previamente disponible.<sup>3</sup> El duelo, del latín *dolus* (dolor), es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a un desapego. Es el proceso de adaptación que se vive tras la pérdida de un ser querido y permite restablecer el equilibrio que se rompe con esa muerte.<sup>4</sup>

El duelo, pues, es una conmoción cargada de emociones que nos embarga al enfrentarnos a la pérdida de un ser querido. A continuación veremos cómo esas emociones se van presentando en etapas, lo que significa que el duelo es un proceso. Como los seres únicos que somos, no todos percibimos esas etapas en el mismo orden ni con la misma intensidad, es decir, podemos retroceder y adelantar en este proceso hasta su resolución.

Son numerosos los autores de Psicología, Psiquiatría y Enfermería: Engel, Kübler-Ross, Rando, Martocchio y Clark<sup>3</sup>, Bowlby,<sup>5</sup> que han investigado sobre las fases por las cuales atraviesa la persona en el proceso de elaboración del duelo.

La ordenación de Elizabeth Kübler-Ross es una de las más conocidas. Esta autora distingue cinco etapas, definidas por los cambios conductuales ante la pérdida, sea ésta por enfermedad, duelo o muerte: <sup>2-4, 6-9</sup> 1) Negación: es un mecanismo primario por el cual el paciente no acepta la enfermedad, ni el tratamiento, o la persona en duelo no acepta aún su pérdida; 2) Enojo: en esta etapa la rabia, el enojo, la ira, el odio y la envidia, surgen de manera irracional, incontrolable, ante la pérdida y los cambios que es necesario realizar para adaptarse a la nueva situación. El paciente, o el doliente, se encuentran enojados con Dios, con la vida y consigo mismos; 3) Regateo: es la etapa en la que el paciente o el doliente están evasivos, incrédulos, ambivalentes, porque todavía no terminan de aceptar su situación. Prometen y buscan buenas conductas para alcanzar un consuelo: “si me porto bien, si rezo, etc.”, pero en el fondo su búsqueda tiene como fin liberarse del miedo; 4) Depresión: es una etapa de profunda tristeza; evidentemente la manifestación propia del duelo. Es la fase de mayor duración, donde se expresa más libremente el dolor por la pérdida, real o simbólica; y 5) Aceptación: en este momento el paciente o el doliente logran aceptar la enfermedad o la pérdida y los cuidados que debe tener, así como las propias limitantes, y se reincorporan a su vida familiar y laboral.

En otras palabras, en el proceso de duelo, el individuo pasa desde el rechazo de la verdad hasta su aceptación, progresivamente el duelo va haciéndose menos agudo y el sujeto aprende a vivir con su pérdida.

Si el profesional de Enfermería entiende el proceso de duelo que afecta al paciente y la familia, puede ayudarlos a ambos a redefinir su situación tras la pérdida. En los centros de salud se debe disponer que, como primera medida, la familia permanezca con el paciente en etapa terminal para que éste se sienta más tranquilo. “La compañía de sus seres queridos es tan importante para el paciente como la satisfacción de sus necesidades físicas”<sup>3</sup> [y le] “(...) brinda apoyo, comprensión y ayuda en aceptar la muerte como un fenómeno natural”.<sup>7</sup>

A menudo, el paciente es consciente de lo que pasa a su alrededor, aunque no pueda responder. Entre las manifestaciones clínicas del moribundo

están la pérdida o alteración de la conciencia y de los sentidos, específicamente la visión, que se torna borrosa, y la percepción auditiva.<sup>7</sup> Entre sus manifestaciones psicológicas está el miedo a la muerte, como lo llama Potter,<sup>3</sup> a menudo más relacionado con la soledad y el aislamiento que con el temor real a la propia muerte. En este momento es importante respetar y apoyar al moribundo en sus creencias religiosas que le infunden fe y esperanza en la rapidez de la recuperación o en la aceptación de la muerte.<sup>7</sup> Según Benson,<sup>10</sup> la fe es un factor central de la vida humana y de la salud.

Nunca como entonces se palpa la importancia de la esperanza en el paciente terminal, entendida como un concepto multidimensional que consiste en la anticipación de un bien continuado, una mejora o la disminución de algo desagradable. La esperanza transmite energía, proporciona a los individuos una motivación y logra de ellos la actitud de que hay algo por lo que vivir o esperar.<sup>3</sup>

<sup>7</sup> En la revisión de artículos encontré que Enfermería ha abordado el tema de la muerte desde diferentes ámbitos, entre ellos las experiencias personales;<sup>4,11,12</sup> reflexiones acerca de la muerte y el duelo;<sup>13</sup> y estudios acerca de la percepción del profesional de Enfermería que labora en las unidades de cuidado intensivo sobre el proceso de la muerte.<sup>14-16</sup> También los estudiantes de Enfermería han participado en estudios relacionados con la experiencia de acompañar pacientes en su etapa terminal y ante la muerte.<sup>17-19</sup>

Son notables las investigaciones que se centran en la necesidad de incluir en la carrera de Enfermería los temas relacionados con los pacientes en la etapa terminal, la muerte y el duelo, a fin de disminuir la ansiedad ante este proceso, lograr la preparación adecuada para afrontarlos<sup>20-22</sup> y comprender la importancia de las creencias religiosas ante la muerte.<sup>2, 23-24</sup> Además, algunos estudios dan cuenta de la manera como el personal de Enfermería ha implementado programas con el fin de brindar una atención emocional al paciente cardíopata bajo la premisa de que la profesión de Enfermería posee un componente humanístico.<sup>2</sup>

## Relato de la experiencia

*Recuerdo perfectamente aquel 20 de septiembre de 1997 cuando, acompañada por una ami-*

*ga, acudí al hospital a reclamar los resultados de la tomografía que unos días antes le habían practicado a mi madre. No había posibilidad de equivocación. El diagnóstico médico no daba ningún tipo de esperanzas: cáncer de ovario derecho con metástasis en estómago, colon, pulmones y huesos.*

*Mi amiga me abrazó y lloré como una niña en su hombro. Tenía que enfrentar la realidad y lo peor era que, como hija mayor, como enfermera, como la hermana que trabaja en salud, me tocaba ser la portadora de la terrible noticia ante mis hermanos y sobre todo ante mi madre.*

*Mi madre, no tengo que esforzarme para describirla, espero que ustedes se hagan una idea lo más parecida a ella. Tenía 54 años de edad, era pequeña, de cabellos negros y bien cortos, trabajadora, luchadora, sindicalista, y con mucho valor para afrontar los momentos tan duros que siempre le tocó vivir. Era auxiliar de Enfermería, con una gran trayectoria, y de ahí mi temor de no saber cómo enfrentarla sin mentirle.*

*Cuando llegué a casa, me reuní primero con mis hermanos. Es muy difícil compartir una noticia dolorosa. Nos reunimos en un círculo de abrazos, llanto y dolor. Al cabo oí la voz de mi madre llamándome para que le dijera lo que ella con su larga experiencia de trabajo en un hospital ya sabía.*

*Me miró directamente a los ojos, y me dijo:  
-¿Tengo cáncer, verdad?*

*Fue uno de los momentos más dolorosos y críticos de mi vida. En un instante pasaron por mi mente una serie de preguntas que no tenían respuesta: ¿qué decir?, ¿cómo afrontar el momento?, ¿por qué a ella. Terminé por decirle:*

*-Sí, tienes cáncer... pero te pueden operar, tal vez te sometan a quimioterapias y todo seguirá como antes.*

*Quise dejarle abierta una puerta a la esperanza. En mi experiencia personal y profesional muchas veces me había enfrentado a pacientes en etapa terminal y pude constatar que aquellos que mantienen una chispa de esperanza en su memoria son los que se sostienen o se someten a los*

*estudios y tratamientos, incluso a los que son causa de más sufrimiento. Y ella confió en mí. La reacción de mis hermanos y familiares cercanos ante la enfermedad de mi madre contribuyó en gran medida a la respuesta que esperaban de mí. Era una ayuda fundamental mi presencia como profesional al lado de mi madre y de mis hermanos en ese momento de crisis, y en los que nos esperaban. Mi intención fue proporcionarles a todos la seguridad de que haría todo lo que estuviera a mi alcance para lograr el bienestar de nuestra madre, a pesar de que en ese momento no tenía idea de lo que debía hacer.*

*Comenzó el largo calvario para las dos. Para mi madre, porque aun al someterse a más exámenes físicos dolorosos seguía demostrando su gran fuerza de carácter, dando ejemplo de templanza, valor, serenidad y confianza en que todo era por su bien. Para mí, porque me debatía en la incertidumbre y en la angustia al ver su callado sufrimiento, pero de algo estaba segura: No podía quedarme de brazos cruzados, así que pedí su opinión a otros médicos, con la esperanza de hallar una salida y poder prolongar la vida de este ser tan querido, tan amado y tan necesario para mí y para mis hermanos.*

*En el Oncológico nos dieron una esperanza y con más fuerza nos aferramos a ella, le practicaron una histerectomía total, porque la ascitis era cada vez más frecuente y le iniciaron la quimioterapia. Aun así, a pesar de tantos sufrimientos, mi madre se aferraba a la vida. Pasé los días y las noches a su lado (en varias ocasiones me reemplazó alguna de mis hermanas o mi cuñado), dándole el más sincero e intenso de los cariños, como nunca antes lo hice. Hablábamos por ratos, lo que antes no hacíamos, muy pausadamente por su misma debilidad, o nos quedábamos en largos silencios, cada una absorta en sus propios pensamientos.*

*En otras ocasiones le leía la Biblia (siempre fue muy católica), o me pedía que la llevara a la capilla del hospital. En esos momentos me sentía unida a ella como nunca. Me embargaba la ternura y la tristeza al verla leer en su Biblia, el Salmo 23,<sup>25</sup> que le leí muchas veces, hasta su último momento. Ella decía que su letra, bella y*

profunda, era como una promesa de Dios que le regocijaba el alma en los momentos de aflicción, cuando creía que todo estaba perdido.

El personal de Enfermería la atendía de una manera especial. Se les notaba la vocación para atender a este tipo de pacientes, pero aun así ella hacía un gran esfuerzo por ser independiente. Cada vez me sorprendía el ver cómo un ser tan extraordinario, tan fuerte, se iba consumiendo, pero a la vez poniendo todo su empeño por seguir con vida. ¡Estaba tan frágil!

Al mes, los que nos habían dado esperanza nos la quitaron. Ya no había nada más que hacer por ella y no podía permanecer en el hospital. Opté por regresar a nuestra ciudad y dejar todo en manos de Dios. A la semana fue necesario practicarle una colostomía de emergencia (procedimiento que ella siempre rechazó). Era admirable la atención que le brindaban sus compañeras de trabajo. A los dos días empezó con la agonía, pero siempre se mantuvo lúcida.

Llegó el momento del adiós a los cinco hijos reunidos alrededor de la cama de la habitación en el mismo hospital y piso donde siempre trabajó. Aquella noche, después de la visita del sacerdote, cada uno de nosotros se acercó a nuestra madre, y de una manera muy particular le dimos las gracias, le pedimos perdón y nos despedimos. Se observaba que le costaba hablar, estaba intranquila. Yo sabía que necesitaba decir algo para descansar en paz. Siempre fue muy correcta y metódica. Pensé que se estaba aferrando a la vida porque tenía asuntos pendientes e intuí la razón. La toqué. Estaba muy fría y sudorosa. Me acerqué a su oído (siempre había sabido que el último sentido que se pierde es el de la audición) y le dije:

-Te prometo que cuidaré de Y (mi hermana menor de 15 años).

Minutos después se fue apagando en forma pacífica. Era el 9 de diciembre de 1997.

Considero que cuando muere alguien cercano parte de nosotros se va con él, lo que implica un dolor inexplicable. Durante el duelo pasaron por mi cabeza imágenes y pensamientos obsesivos,

sentimientos de cólera y de culpabilidad, conductas que, como me habían enseñado en mis estudios de Enfermería, eran reacciones normales y de adaptación a esa pérdida.

El duelo es una búsqueda, es un constante por qué. Durante el tiempo que dura surgen preguntas: ¿Será normal lo que siento?, ¿por qué tengo la sensación de que en cualquier momento mi madre entrará por esa puerta y compartiremos lo sucedido en el día o nos tomaremos un café?, ¿cuánto durarán estas sensaciones?, ¿mis hermanos sienten lo mismo que yo?, ¿será necesario acudir al médico en busca de ayuda?

En los libros he leído que la muerte es parte de la vida y tarde o temprano sucede. El problema es que no se enseña qué hacer con las pérdidas cuando como enfermeras nos toca vivir de cerca el proceso de la muerte de un ser muy allegado a nosotras.

Con la experiencia de la pérdida comprendí que cada duelo es individual y particular, así que considero un error dar consejos y hacer comentarios huecos, sin sentido, como: "Debes ser fuerte", "era tan buena persona", "el tiempo lo cura todo", "piensa que no sufrió tanto".

Como católica sé que el que tiene verdadera fe y está convencido de otra vida que es eterna no necesita nada más. Que siempre es un hasta luego, no un adiós, que el dolor entrañable que se experimenta tras la pérdida es legítimo y demuestra el cariño, el afecto, el amor hacia el ser querido que ha fallecido.

Como profesional sé que es necesario tener presentes las etapas del duelo a fin de entender que todo lo que se siente es normal, que no está fuera de lugar, y que transitarlas es necesario para resolver y continuar.

Han pasado once años de la partida de mi madre y su recuerdo sigue y seguirá vivo en nosotros, sus hijos, y en las personas que en verdad la apreciaron. Mis hermanos y yo siempre fuimos muy unidos. Hoy, estimo que la enfermedad y la muerte de nuestra madre estrechó aún más ese amor, cariño y afecto que nos tenemos y, de alguna manera, ese acontecimiento nos ha hecho

*actuar de manera diferente ante la idea de la muerte, considerándola, cada vez con más naturalidad, como una etapa más de la vida.*

*La vida está llena de sorpresas, de momentos buenos y malos. Sin embargo, a veces, cuando se tiene que aceptar la pérdida de un familiar muy querido, que formó parte esencial de nuestra vida, como en el caso de la madre, se siente cómo el corazón se hace pedazos poco a poco. Se desea tener la potestad de retroceder el tiempo para pasar mejores momentos con ese ser que ha partido, pero ya es imposible. Sin embargo (fue mi consejo para mis hermanos), hay que superarlo y recordar los buenos momentos compartidos, las enseñanzas y los consejos que ella, en su inmensa sabiduría de mujer humilde, nos ofreció. A mis amigos les recuerdo que traten de vivir la vida al máximo porque cada momento es único e irrepetible y les aconsejo compartir el mayor tiempo posible con sus seres queridos ahora, que están vivos.*

### **Teoría de déficit de autocuidado de Orem y los patrones de conocimiento de la disciplina de Enfermería**

Desde la perspectiva de la salud, una persona que necesita cuidados de Enfermería puede describirse de acuerdo con la presencia o ausencia de enfermedad en ella; su estado general de salud, descrito como excelente, bueno, regular o malo; y las circunstancias que indican los cambios actuales y sus necesidades de cuidado. Orem<sup>26</sup> estableció una clasificación de siete grupos de acuerdo con estas perspectivas o dimensiones.

En el caso de la experiencia relatada, mi madre pasó, en menos de tres meses, del grupo 3, donde la atención del cuidado de la salud estaba puesta en una enfermedad o trastorno de origen indeterminado, con preocupación por el nivel de la enfermedad y por los efectos de las medidas terapéuticas y el estado de salud general entre bueno y regular, al grupo 7, donde la atención del cuidado se enfocaba en la regulación de los procesos que habían interrumpido su funcionamiento normal hasta el punto de que su calidad de vida se vio afectada y la vida ya no podía continuar,

pero en el cual los procesos racionales no se vieron afectados.

Pertenecer al grupo 3 quería decir que la principal necesidad de cuidado de la salud era obtener un diagnóstico médico que explicara los signos y síntomas indeterminados o enmascarados, y proceder al tratamiento indicado. Desconocer estos aspectos impedía el cuidado de sí de mi madre y los cuidados que yo le podía ofrecer.

Al ser ubicada en el grupo 7 yo debía proveer y mantener un entorno seguro para ella, y sostener la comunicación con mis hermanos, con los médicos tratantes y con otros trabajadores de la salud que velaban por su salud. El principal foco de atención era la satisfacción de los requisitos de autocuidado universal, orientados a la alimentación, el confort, el control del dolor, y de otros síntomas como la disnea. También satisfacer su dimensión espiritual con la lectura de la Biblia y la colaboración del sacerdote.

Según Chinn,<sup>27</sup> Carper (1978) examinó cuatro patrones fundamentales de conocimiento que Enfermería ha valorado y usado en la práctica. El patrón empírico, la ciencia de Enfermería; el ético, el componente del conocimiento moral en Enfermería; el personal, que valoriza la experiencia humana; y el estético, el arte de Enfermería. Los patrones empírico y ético fluyen a través de la comunicación verbal y escrita, mientras que el personal y el estético emanan de la conducta. En otras palabras, los cuatro patrones se presentan a partir de la creación, de la expresión escrita y corporal del cuidado de Enfermería.

Considero que en mi experiencia todos los patrones se conjugaron. El empírico, porque como profesional de Enfermería debía saber qué debía hacer para ofrecer el cuidado adecuado a mi madre, de acuerdo con los conocimientos adquiridos en la teoría y en la práctica como estudiante y como enfermera con experiencia en la atención a adultos. Para Orem<sup>26</sup>, el conocimiento empírico se busca no sólo desde el punto de vista de “cuidar de” y de “ayudar”, sino también desde el punto de vista de la ciencia de Enfermería teórica y práctica. Las observaciones de Enfermería están guiadas por un previo conocimiento teórico y empírico específicamente relevante para el paciente.

El patrón ético se desplegó en varias oportunidades, pero la más trascendental fue el momento de manifestarle la verdad de su diagnóstico médico, respetando su derecho a saber la verdad, y manteniendo un diálogo permanente con familiares y médicos, que día a día me planteaba dilemas entre lo que debía, o no, hacer o decir. Orem afirma:

*Toda la información del paciente, tanto la relevante como la irrelevante, es confidencial. De acuerdo con su naturaleza, la información obtenida puede utilizarse como base para hacer juicios y tomar decisiones para el cuidado.*<sup>26</sup>

El patrón personal fue el más emotivo, por la estrecha relación madre-hija. Para mí significó reflexionar sobre mi competencia profesional para dar lo mejor en el cuidado; mantener una gran intimidad con mi madre; descubrir y asombrarme de la calidad humana de este ser tan querido, aun en la adversidad. Al ofrecerle apoyo espiritual reforzaba mis creencias. También me correspondió, a veces, alejarme un poco para desahogarme o estar a solas conmigo misma, para continuar, no desfallecer en el duro proceso que me tocaba vivir. Orem considera que, "(...) las enfermeras son elementos personales en las situaciones de Enfermería".<sup>26</sup>

El patrón estético se manifestó en la lectura de la Biblia y reflejó una forma de comunicación; pero también se reveló con mi arte de Enfermería, cuando me anticipé a los deseos y necesidades de mi madre, gracias a mi conocimiento de ella. Orem enfatiza:

*El arte de la Enfermería se practica "haciendo algo por" la persona con incapacidad, "ayudándola a hacerlo por sí misma" y "ayudándola a aprender a hacerlo por sí misma". El cuidado del paciente es así un arte práctico y didáctico.*<sup>26</sup>

En las situaciones prácticas, la enfermera vive acontecimientos que la implican junto con otros. Observa, reflexiona y comprende desde su perspectiva de persona que sabe de Enfermería.<sup>26</sup> De ahí la importancia de que desarrolle la habilidad de pensar dentro de un marco de referencia propio de la disciplina, considerando la persona que requiere de cuidado como un ser integral y no como un objeto en el que se ejecutan determinadas ta-

reas. Haber permitido la participación de la paciente y de los familiares en el proceso facilitó, de alguna manera, que Enfermería formulara juicios y tomara decisiones para aminorar el sufrimiento y el temor naturales en la enfermedad terminal y lograra mantener la integridad y la dignidad del ser querido.

## Conclusiones

Los fenómenos de la muerte y el duelo han sido estudiados por Enfermería, que ha podido constatar que la muerte es un proceso único, personal, razón por la cual no se puede generalizar acerca de ella. En consecuencia, la enfermera, desde su etapa como estudiante, debe prepararse para brindar los cuidados al paciente y a la familia, con conocimientos científicos, éticos, humanísticos, consciente de que en la medida de su instrucción podrá desempeñar más eficazmente las tareas del cuidado, a la vez que adquiere las herramientas para afrontar o reducir su propia ansiedad ante la muerte de un paciente o de un allegado.

Reflexionando ahora sobre estas etapas logro entender que era perfectamente normal tener una serie de emociones, de sentimientos, desde que conocí el diagnóstico de mi madre hasta su muerte. Comprendo que estaba bien experimentar dolor, rabia, desesperación; que llorara fácilmente, que sintiera culpabilidad, frustración, depresión, sensación de vacío, de soledad y de no ser yo quien estuviera pasando por ese proceso de pérdida.

Desde el aspecto teórico, Enfermería es un arte por medio del cual se proporciona asistencia especializada a sujetos con ciertas limitaciones ocasionadas por deficiencias en la salud, que requieren más que una ayuda común para cubrir sus necesidades diarias de autocuidado. Enfermería demanda, además, centrarse en la persona como un ser holístico, íntegro, que no está aislado, sino en constante interacción con el entorno.

Me permito invitar a mis colegas a reflexionar sobre sus propias experiencias, tanto personales como profesionales, en torno a su capacidad, responsabilidad, sensibilidad y solidaridad en la atención a un paciente o familiar en etapa terminal o enfrentado a la muerte.

**Agradecimiento:** al Doctor Fred Gustavo Manrique Abril, profesor de Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia y de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC-Tunja), por sus valiosos aportes que han enriquecido mis conocimientos. A mi Ángel de la Guarda, mi querida madre, que será siempre fuente de inspiración para enfrentar los retos. A mis familiares y amigos.

## Referencias

1. Bucay J. El camino de las lágrimas. Madrid: Grijalbo; 2003.
2. Vargas CO, Ruiz PR, Guerrero MSF, Hernández SV. Una escala de valoración tanatológica para la atención del paciente cardiopata. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2006; 14(3):105-109.
3. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermería: Teoría y práctica. Madrid: Oceano; 2002.
4. Garcia GI. Comprender el “duelo” [internet]. [citado 13 abril 2009]. Disponible en: [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art57002](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art57002).
5. Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata ediciones; 1999.
6. Koziar B, Erb GL, Blais K. Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.
7. Rosales S, Reyes E. Fundamentos de enfermería. México: Manual Moderno; 2004.
8. Smith SF, Duell D. Enfermería básica y clínica. México: El Manual moderno; 1996.
9. Wieck L, King EM, Dyer M. Técnicas de enfermería: Manual ilustrado. México: Interamericana McGraw-Hill; 1988.
10. Benson H. Curados por la fe. Bogotá: Norma; 1996.
11. Knudson M. Aun la muerte es un asunto de cuidado para enfermería. *Av enferm*. 2005; 23(2):58-61.
12. Toro JG. Enfermedad y muerte: un duro camino para vivir. *Invest Educ Enferm*. 2008; 26(2 supl): 162-167.
13. Oviedo SJ, Parra FM, Marquina M. La muerte y el duelo. *Enferm Glob*. 2009;15:1-9.
14. Cook D, Rucker G, Heyland D. Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. *Can J Anaesth*. 2004; 51(3):266-272.
15. Gálvez M, Muñumel G, Del Águila B, Ríos F, Fernández ML. Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI [Internet]. Granada: Biblioteca Lascasas; 2007 [consultado 19 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0240.pdf>
16. Robichaux CM, Clark AP. Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. *Am J Crit Care*. 2006; 15(5):480.
17. Busquet X, Pujol T. Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Med Paliat*. 2001; 8(3):116-119.
18. Colell R, Limonero JT, Otero MD. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investig Salud*. 2003; 5(2):104-112.
19. Rojas P, Armero D, Campos M, Muñoz G, Hernández VM, Riquelme A, et al. Actitud de los jóvenes universitarios de las ciencias de la salud ante el dolor y el sufrimiento en el proceso de muerte. *Enferm Cient*. 2004(264-265):61-68.
20. Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *Am J Crit Care*. 2005; 14(5):395-403.
21. Hernández JM, Hormiga R. Estudio descriptivo-comparativo entre profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la ansiedad ante la muerte. *Trab Soc salud*. 2002; 42(7):119-49.
22. Tomás-Sábado J. La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enferm Cient*. 2002(246-247):42-7.
23. Alba I, Raja R, Lupiani M, Gala FJ, Guillén C. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del personal de enfermería ante la muerte. *Enferm Cient*. 2003(260):38-51.
24. Montoya R. Aquellos que nos verán morir: significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los oribundos. *Index Enferm*. 2006(52-53):25-29.
25. Biblia de Jerusalén. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
26. Orem DE. Nursing. Concepts of practice. 6ª ed. St Louis Missouri: Mosby; 2001.
27. Chinn PL, Kramer MK. Integrated theory and knowledge development in nursing. 7ª ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2008.