



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN
EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE SU VIDA"
TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERIA
EN GESTION DEL CUIDADO**

**AUTOR: Claudia Díaz Curiente
PROFESOR GUIA: María Soledad Jara.**

**PROGRAMA MAGISTER
EN ENFERMERIA MENCIÓN EN GESTION DEL CUIDADO**

**Valparaíso, Chile
Diciembre 2011**

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por su fortaleza

A mi padre por su esfuerzo

A mis sobrinos por permitirles amar

A mis hermanas por su compañía

A mis colegas por su generosidad

A las compañeras del Magíster por permitirme recorrer el camino del aprendizaje con libertad, respeto, alegría y esperanza

A mis docentes por entregar sus conocimientos y darme la libertad de construir mi aprendizaje respetando mis principios

A todo los equipos de enfermería, especialmente el mío, por hacer posible convertir el milagro del cuidado, en acciones concretas para y por las personas que cuidamos

A las personas que he cuidado durante mi práctica profesional por permitirme construir una relación de cuidado inspirado en valores y principios humanos.

A aquellos que estuvieron y que ya no están

Gracias.

INDICE

A.	RESUMEN	1
B.	ABSTRCT	1
1.	CAPITULO 1 INTRODUCCION	
	3	
1.1	Palabras Preliminares	
	3	
1.2	Introducción al Estudio	
	5	
1.3	Delimitación Del Problema De Investigación	
	7	
1.3.1	Fundamentación	
1.3.1.1	Relevancia Del Fenómeno De Estudio	9
1.3.1.2	Justificación Del Fenómeno De Estudio	11
1.3.2	Pregunta Investigativa	
	13	
1.3.3	Temas Ejes Generadores Para El Estudio	14
1.3.3.1	El Cuidado de Enfermería	
1.3.3.2	La Muerte en el Contexto Histórico	18
1.3.4	Limitaciones del Estudio	21
2.	CAPITULO 2 MARCO REFERENCIAL	
	23	
2.1	Marco Contextual: Envejecimiento Poblacional	
	23	
2.1.1	Contexto Social: Rol Social del Adulto Mayor	23
2.1.2	El Envejecimiento y los Derechos Humanos	29
2.1.3	Marco Legal En Chile De Acuerdo Al Código Civil	32

2.2	Marco Conceptual: La Muerte Diferentes Mirada	
		34
2.2.1	Concepción De La Muerte En La Sociedad Actual Y Los Cuidados	
2.2.2	Asociación De La Muerte Y Envejecimiento	
		36
2.2.3	Etapas Que Vivencia La Persona Que Se Enfrenta al proceso de La Muerte Y Duelo.	38
2.2.4	Sentimientos Que Evoca La Muerte En Las Personas	41
2.2.5	Conductas de los Profesionales de la salud Frente A La Muerte En Un Hospital.	43
2.2.6	Desafíos Presentes Y Futuros Relacionados Con La Muerte	46
2.3	Marco Ético - Valórico Asociado A La Muerte Del Adulto Mayor	60
2.3.1	Generalidades De La Bioética	60
2.3.2	La Persona Adulta Mayor: Un Debate Bioético	62
2.3.3	La Ética Del Cuidado En El Final De La Vida Del Adulto Mayor	68
2.4	Modelos Teóricos de Enfermería Relacionados Con El Envejecimiento Y La Muerte	73
2.4.1	Teoría de la Autotrascendencia de Pamela G. Reed	73
2.4.2	Teoría Del Final Tranquilo de la vida De Cornelia M. Ruland Y Shirley M. Moore	75
2.5	La Gestión Del Cuidado Y su impacto en los cuidados en el final de La vida	79
2.6	Marco Metodológico	85

2.6.1	Posición Ontológica y Epistemológica del Estudio	85
2.6.2	Naturaleza de la Investigación	92
2.7	Objetivos Del Estudio	97
2.7.1	Objetivo General	97
2.7.1	Objetivos Específicos	97
3.	CAPITULO 3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	99
3.1	Plan de Trabajo	99
3.1.1	Diseño Del Plan De Trabajo	99
3.1.2	Determinación Del Tema A Investigar	99
3.1.3	Definición De La Pregunta Investigativa	100
3.1.4	Definición De Los Objetivos Generales Y Específicos	100
3.1.5	Cumplimiento De Aspectos Formales	100
3.1.6	Solicitud De Permisos Correspondientes	101
3.1.7	Revisión Bibliográfica	101
3.1.8	Recolección De La Información	102
3.1.9	Elaboración Del Marco Referencial	102
3.1.10	Análisis De La Información	102
3.1.11	Elaboración Del Informe Final	103
3.2	Ingreso al Campo de Estudio	104
3.2.1	Descripción del Servicio Clínico	104
3.2.2	El Peso de la Historia	107
3.2.3	Participantes del Estudio	109
3.2.3.1	Perfil de las Participantes	111
3.2.3.2	Las Protagonistas	111
3.2.3.3	Perfil de las Protagonistas Entrevistadas	112
3.3	Plan De Procesamiento De Los Datos	112

3.3.1	Primera Etapa: Preparación de la Información	113
3.3.2	Segunda Etapa: Formalización	113
3.3.3	Tercera Etapa: Interpretación	114
3.4	Modelo De Analisis De Los Datos	115
3.5	Rigor Metodológico	116
3.5.1	Criterios De Excelencia En La Investigación Cualitativa	117
4.	CAPITULO IV PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	119
4.1	Datos Codificados Y Su Reducción Fenomenológica	119
4.2	Análisis Global Y Relevancia De Los Datos	166
5.	CAPITULO 5 DISCUSION Y SUGERENCIAS	170
5.1	Discusión	170
5.2	Conclusión	201
5.3	Sugerencias	205
6.	ANEXOS	
6.1	Anexo N ° 1: Patrocinio de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso	207
6.2	Anexo N ° 2: Carta de Aceptación para realizar el estudio por parte del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota	212
6.4	Anexo N ° 3: Consentimiento Informado	213
6.5	Anexo N ° 4: Instrumento de Recolección de la Información	214
6.6	Anexo N ° 5: Plan de Trabajo y Carta Gantt	215
	BIBLIOGRAFIA	217

**"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN
EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE SU
VIDA"**

A. RESUMEN

Los cuidados de enfermería al adulto mayor en el final de la vida, son un aspecto que en el ámbito hospitalario, se destacan por la técnica, más que por el aspecto humano que se relaciona con ello. A través de un estudio de tipo cualitativo, que adhiere a la corriente fenomenológica, se pretende indagar los conceptos que sustentan este tipo de cuidados en una institución hospitalaria, a través de relatos de enfermeras que vivencian el fenómeno. La muerte, el envejecimiento, los cuidados de enfermería al adulto mayor moribundo, son visto con una mirada social, profesional, bioética y personal, permitiendo hacer evidente los cimientos en que se basan este tipo de cuidados.

PALABRAS CLAVES: Envejecimiento, Muerte, Cuidados de Enfermería, Adulto Mayor.

B. ABSTRACT

Nursing care for the elderly at the end of their lives is an aspect that in the hospital is more notable for technical means than for the human aspect that is related to it. A study that is quality based which at heres to the phenomenological current it is intended to investigate the concept that sustain this type of care in a hospital

institution through the accounts of nurses involved in the phenomenon. Death, ageing, the nursing care of the elderly on the point of death are viewed through a social, professional, bioethical and personal. view point permitting us to make evident the basis on which are based this type of care.

KEY WORDS: Ageing, death, nursing care and the elderly.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

1.1. PALABRAS PRELIMINARES

Abordar el tema de la muerte, en cualquier etapa del ciclo vital, resulta difícil. Primero cabe preguntarse ¿Qué es la muerte en el contexto de la vida? Desde una perspectiva positivista, es posible definirla como el cese de las funciones vitales, sin embargo, esta definición, no expresa todo aquello que significa la muerte, tanto para quien la está viviendo y para quienes lo acompañan.

De forma somera, es posible afirmar que la muerte constituye el final de la vida, la cual se caracteriza por luchas, fracasos, éxitos, que permiten ir construyendo una biografía de vida única y particular, siempre vinculada con otros seres humanos, que concluye con la muerte y que, además, tiene un significado social de acuerdo a los valores imperantes en las comunidades humanas en los diferentes momentos históricos. Luego de ella, no hay nada que permita asegurar que ocurre con la persona muerta, sólo aferrarse a las propias creencias, que permitirán a quienes continúan en la vida, seguir su tránsito en ella.

No obstante, la persona siempre se afana en la búsqueda de una explicación, de una certeza. Desde el arte surgen ejemplos, que intentan explicar el misterio de la muerte. Así algunos artistas expresan su posición frente a este fenómeno tan relacionado con la vida, de forma contradictoria, con rabia, con pena o esperanza. Sólo por citar a algunos:

“...señores bajo la tierra

la muerte queda sellada
y a todo cuerpo el silencio
el tiempo lo vuelve nada..."

(Violeta Parra, "Ayúdame Valentina")

"Aunque bajo la tierra
mi amante cuerpo esté,
escribeme, paloma,
que yo te escribiré.
Cuando me falte sangre
con zumo de clavel,
y encima de mis huesos
de amor cuando papel."

(Miguel Hernández, "Tus cartas son un Vino")

La muerte, encierra un misterio, decepción o esperanza, todo depende de las vivencias de las personas: temida, deseada, certeza ineludible, y nunca indiferente en la vida de hombres y mujeres.

La forma de enfrentarla, es el resultado de una construcción personal y social, que durante la vida las personas han (hemos) ido forjando, en torno a profundas reflexiones, sin embargo, cuando éstas dejan de hacerse, como ha ocurrido durante los últimos años en la historia de la humanidad, la muerte implacable, se vuelve enemiga, ajena a la vida, fuente de sufrimiento y temor.

Reflexionar sobre ella, hacerla compañera de vida, permite enfrentarla con serenidad y aceptación, tanto para quien está en el proceso de la muerte y como para quienes lo sobreviven. La muerte es un acto de fe, desde cualquier perspectiva. Si la persona la acepta como el final del final, dice que la vida que ha vivido como tránsito, tiene sentido y ese sentido consuela. Si se asume que la vida no se acaba con la muerte, abre esperanzas a los que siguen en la vida, y también consuela.

Independiente de las posiciones que se asuman en relación a la muerte, ella siempre es tratada con respeto. Históricamente, las comunidades humanas han honrado a sus muertos, han creado ritos de despedida, que se han convertido en refugio para el dolor que significa perder a alguien que se ama.

Este estudio, asume que la práctica profesional de enfermería se ve vinculada con la muerte de las personas cotidianamente, en todos las etapas del ciclo vital, y entiende que explicar la muerte es un esfuerzo imposible, incluso, talvez, inútil, y como hacerlo si se le desconoce, sólo se le percibe a través de los sentimientos que despierta en las personas, por ello se ha optado por ahondar en los significados que para las personas en sociedad encierra, pues, ella no le resulta indiferente a hombres y mujeres, y como no a las propias enfermeras:

"La muerte de cualquier hombre me disminuye, porque yo formo parte de la humanidad; por tanto nunca mandes a nadie a preguntar por quién doblan las campanas: doblan por ti."

John Donn (1572-1631)

Poeta, prosista y clérigo inglés.

1.2 INTRODUCCION AL ESTUDIO

En la enfermería clínica y dentro del contexto hospitalario, la muerte es un evento que se hace cada vez más frecuente y que el equipo de salud debe enfrentar. Pese a los avances tecnológicos y científicos, el envejecimiento poblacional y los cambios en las estructuras sociales de la población, ha producido modificaciones en como ésta se presenta en los hospitales.

El envejecimiento poblacional ha causado que cada vez sean más los ancianos que mueren en instituciones hospitalarias, frente a

esta situación, la enfermera ha debido desarrollar formas de enfrentar este fenómeno dando respuestas de cuidados, tanto para la persona que transita hacia a la muerte, como para quienes lo acompañan.

En este contexto, se realiza una investigación de carácter cualitativo, para la cual, se invita a participar enfermeras clínicas del Unidad de Tratamiento Intermedios del Hospital de Quilpué, y que aborda las vivencias de su práctica profesional, que dicen relación, con los cuidados que gestionan en adultos mayores hospitalizados que se encuentran en la etapa final de su vida.

A través de un acercamiento de tipo fenomenológico, y utilizando el análisis de contenido del discurso, el cual se obtuvo a través de la aplicación de entrevistas en profundidad realizadas a las participantes del estudio, se intenta establecer una aproximación a la esencia del fenómeno de estudio, que permitiera rescatar los significados asociados a la vivencia de otorgar cuidados de enfermería a adultos mayores que se encuentran en el final de su vida, desde la perspectiva de las propias enfermeras, rescatando sus propias experiencias vivenciadas en su práctica profesional.

No obstante lo anterior, este estudio además de la aproximación fenomenológica que lo distingue, utiliza otras herramientas metodológicas para que desde los relatos, se pueda ampliar el entendimiento del fenómeno estudiado, y que tienen que ver con la ampliar la visión frente a la realidad que se ha ido reconstruyendo y el reconocimiento, que pese a todos los esfuerzos realizados, la realidad y los conocimientos que de ellos emergen, son limitados en cuanto, todo fenómeno humano, se distingue por su alta complejidad, su interdependencia con otras áreas del saber, que en este caso trascienden la enfermería y, por sobre todo, la limitante contextual e histórica, que hace que el resultado de este conocimiento sea parcial, incompleto y en permanente construcción, por lo tanto, lleno de incertidumbres. En otras palabras, la investigación se entiende sólo como un aporte parcial al entendimiento del fenómeno, en el cual se aportan nuevas aristas para comprenderlo, que deja abierta una puerta para continuar en su exploración, pues la autora asume una postura en la cual se adhiere a la tesis que la realidad es

dinámica, construida socialmente influida por los aspectos socio-culturales-históricos imperantes, por lo tanto altamente cambiante, y por ende compleja.

Cabe destacar que este es un estudio que se inspira en valores como la libertad, la tolerancia, el respeto, la participación, entre otros, en el cual, el diálogo (con las participantes, con los textos consultados, con la profesora guía y con la introspección que la misma autora hizo) es la herramienta básica para ir sumergiéndose en el fenómeno e ir ampliando su comprensión.

1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Uno de los problemas más importantes, al que se ve enfrentado, Chile como país es el envejecimiento poblacional. Este fenómeno, que cabe mencionar trasciende las fronteras de Chile, ha cambiado la estructura demográfica de la sociedad, lo que ha obligado a desarrollar diferentes estrategias en lo social, político y económico, que permitan enfrentar esta situación de una forma óptima, de tal forma de dar respuesta a las necesidades del grupo social que más crece en esta época: el de los adultos mayores.

En el campo de la enfermería, también se hace necesario adaptarse a los cambios demográficos y desarrollar formas de enfrentamiento para entregar una oferta de prestaciones que responda a las necesidades que estas personas tienen, en relación a los cuidados de enfermería, que demandan.

En este contexto, hay muchas áreas que abordar, dependiendo desde donde se gestionen estos cuidados. En el ámbito hospitalario, hay un aumento cada vez mayor de personas ancianas que se hospitalizan. La vulnerabilidad, que caracteriza a este grupo poblacional, derivadas de su condición de envejecimiento físico, empobrecimiento, aislamiento social, entre otros factores, hace que el

riesgo de que se transgredan sus derechos es enorme, y en el ámbito hospitalario, es posible que también esto ocurra.

Los hospitales por su parte, son instituciones protocolarizadas y con normativas, destinadas a brindar la mejor atención de quienes requieren de su servicio. En Chile, por muchos años, la gestión clínica, estuvo basada en visión biomédica de la salud, es decir enfatizando la recuperación de la salud. Desde ahí, surgieron conceptos que han marcado a las profesionales que allí se desempeñan, uno de ellos es la "viabilidad" de las personas hospitalizadas, el cual se asocia a los recursos que se destinarán a éstas, en razón al pronóstico de su diagnóstico médico, de tal forma de hacer eficiente el uso de los recursos, y ofrecerlos a quien tiene mayores posibilidades de recuperación.

En los últimos años, y en relación a los cambios que ha introducido la Reforma de Salud en la atención, han surgido nuevos conceptos, que en las instituciones hospitalarias, han permitido ampliar la visión de la gestión clínica. En este aspecto, gran importancia ha tenido el desarrollo de la Gestión Clínica del Cuidado, como pilar complementario a la gestión biomédica, integrando a los hospitales una actitud menos absoluta, pues entra a cambiar la misión de la institución, en cuanto a que la recuperación de la salud, deja de ser la única meta posible a alcanzar, y abre nuevos nichos de oferta sanitaria, asociadas al cuidado, incluso cuando la recuperación de la salud no es posible.

Es en este escenario las profesionales de enfermería, deben asumir un rol más activo e independiente del médico, y pasar de subordinadas, a profesionales autónomos, conservando el rol de "colaboración" con el médico.

Las enfermeras clínicas se hacen cargo de la gestión de los cuidados de las personas hospitalizadas, gestión que está dirigida a todas las personas que están en condición de hospitalización, independiente de su diagnóstico y pronóstico médico, pues aunque la curación no sea posible, el cuidado está siempre presente, focalizado en las personas, sus familias, considerando las dimensiones humanas en

su totalidad, y procurando impactar en los aspectos biopsicosociales, emocionales y espirituales de estas personas.

Así entonces, se reconoce que no existe límite para el cuidado, incluso en aquel adulto mayor con pocas posibilidades de sobrevivir, tienen una oferta en el contexto hospitalario. Sin embargo esto es algo aún nuevo, que está recién construyéndose, y para la autora del estudio, resulta importante ahondar en esta realidad, y descubrir como se va edificando la gestión del cuidado, focalizándolo en una persona en particular, el adulto mayor en el final de la vida, sin olvidar a su familia o cercanos.

Lo anteriormente expuesto, no es algo menor, considerando que este estudio se llevó a cabo en la Unidad de Tratamiento Intermedio del Hospital de Quilpué, donde de acuerdo al Registro de Ingreso de Pacientes del año 2009, dos tercios de los pacientes hospitalizados allí eran adultos mayores, y más del 95% de las muertes ocurridas ese años correspondían a personas mayores de 65 años.

1.3.1 FUNDAMENTACION

1.3.1.1. RELEVANCIA DEL FENOMENO DE ESTUDIO

Según relatan, Río y Palma (2007)¹, la relación del hombre con la muerte ha ido variando a lo largo de la historia. Así expresan que: " Durante la alta Edad Media existía la llamada "muerte doméstica". El moribundo, consciente de su próximo deceso, invitaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho y realizaba el llamado "rito de la habitación ".

Durante este período de la historia de la humanidad, las personas tenían una vida breve, pero pese a ello utilizaban parte de

¹ Río, I., Palma, A. , (2007), "Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo" , Boletín de la Escuela de Medicina, Vol. 31, N ° 2, págs. 16- 22, Universidad Católica de Chile, Santiago.

su vida como una forma de preparación para la culminación de la misma. La muerte era considerada, en aquel entonces, un evento doméstico, con ritos que se desarrollaban en la habitación de la persona que se encontraba en el final de su vida. Esta situación era liderada por la misma persona moribunda, quien invitaba a seres significativos en su vida, para que compartieran con él este proceso. La muerte que enfrentaba era en la esfera biológica, porque socialmente, la persona moribunda era respetada en su autonomía, considerada en su dignidad y acompañada en su dolor. Un evento natural, en el ciclo de la vida.

La muerte era un fenómeno, que no le ocurría, tan sólo al individuo que estaba falleciendo, sino que a todo su entorno social más próximo, representado, por quienes lo acompañaban y participaban de sus cuidados.

El dolor de perder a un ser querido y el temor a no saber que ocurría luego de la muerte, probablemente, siempre existió, pero esto no era motivo para aislarse de la persona moribunda, acompañarla, cuidarla y otorgarle los últimos actos de amor, más bien constituía una oportunidad que reafirmaba los vínculos que durante la vida se habían creado. Este tipo de fallecimiento era definida como la "buena muerte".

Así entonces, la muerte era sencilla, ya que sabiamente, se le consideraba la culminación de la vida y, parte de un proceso natural. Desde el nacimiento existía la comprensión que la vida era un tránsito por este espacio terrenal, que culminaría con el fallecimiento de la persona.

La postmodernidad, termina con esta conducta histórica de cercanía humanista con la muerte. Llegado el Siglo XX, ocurre un cambio en las estructuras sociales que traen consigo una transformación en el concepto social de la muerte. Retomando el mismo artículo citado anteriormente, con la Primera Guerra Mundial, comienza a ocurrir un fenómeno nuevo. La muerte "... es apartada de la vida cotidiana. En este período la muerte es eliminada del lenguaje, arrinconada como un fenómeno lejano, extraño y vergonzoso. La muerte

deja de ser esa muerte esperada, acompañada y aceptada como en los siglos precedentes.” La muerte biológica es negada, y las personas en el final de la vida son sometidos a una muerte social, es decir una muerte antes de la muerte.

Como consecuencia de lo anterior, se observa que la tendencia durante el siglo XX apunta, y en palabras de Cecily Saunders, pionera inglesa en los cuidados paliativos, a “esconder al moribundo la verdad de su pronóstico y condición, de reemplazar la casa por el hospital como lugar de muerte y de no permitir un despliegue emocional en público después de una pérdida”. Situación que ha sumergido a la sociedad en un estado de incompetencia para de hacer frente y de asumir la propia mortalidad y la del resto y, además deshumanizar esta etapa de la vida.

1.3.1.2 JUSTIFICACIÓN DEL FENOMENO DE ESTUDIO

Los cambios demográficos experimentados en los últimos años en Chile, muestran que el país se encuentra en un estadio de transición demográfica avanzada, lo que significa que el crecimiento poblacional no alcanza a un 1% al año, provocando un aumento de los grupos de personas mayores de 60 años².

Este envejecimiento poblacional, también ha afectado a la composición familiar. Según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)³, en el año 1970, las familias estaban conformadas por al menos, 5 personas, de las cuales alguno de ellos era un adulto mayor.

² Morales, M., Chile envejece impactos políticos y Sociales de este fenómeno (2006), Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos de la Universidad de Chile.

³ Instituto Nacional de Estadística (2008), “Población y Sociedad, Aspectos Demográficos”, pág. 22, Chile.

Actualmente, las mejores proyecciones económicas, han llevado a una nueva estructura familiar, en donde los jóvenes migran de sus hogares, para construir los propios. Esto que es un deseo legítimo de cualquier familia, genera un problema, pues deja a los adultos mayores, y cada vez más mayores, solos, con menos recursos y redes de apoyo, para satisfacer sus necesidades de cuidados.

Otro dato relevante aportado por el estudio citado, es que el 74% de las muertes que ocurren en Chile afectan a personas mayores de 60 años.

Frente a este último dato cabe preguntarse, si los adultos mayores viven solos, ¿quién los cuida en los últimos momentos de su vida? ¿Mueren en sus hogares? ¿Son trasladados a instituciones para que le otorguen los cuidados en el final de su vida?

Lamentablemente, estas preguntas no fueron posibles de responder, por no encontrar investigaciones que aporten evidencias al respecto. Sin embargo, de acuerdo a lo cito por J. Lastra (2010)⁴, es posible inferir que, las personas adultas mayores de 65 años, hacen uso de los establecimientos de atención cerrada, en un porcentaje mucho mayor que el resto de la población. Así el autor expresa: "... el grupo de los mayores de 65 constituyen un 28.95%, lo que por cierto, expresa una concentración mayor de egresos para este grupo, respecto del resto de las edades", además agrega que esto no deja de ser un hecho menor; puesto que este grupo etéreo "... solo constituyen el 8.1% de la población total". Es decir, triplican el porcentaje de egresos hospitalarios respecto de otros grupos etéreos.

El estudio anterior, habla de los egresos hospitalarios, pero no aporta datos en que condiciones ocurren éstos, ¿las personas egresan vivos o fallecidos?. No se sabe. Sin embargo, se puede suponer, que por su edad, su alta vulnerabilidad, algunos de estos adultos mayores fallecen durante su hospitalización. Situación, que puede ir en aumento, porque la evidencia indica que los adultos

⁴ Lastra, J (2010), "Estudio Acerca Del Uso Y La Gestión De Camas Hospitalarias En La Región Metropolitana", [http://: institutosaludyfuturo.cl](http://institutosaludyfuturo.cl) rescatado el 27 de julio del 2010

mayores cada vez serán más y alcanzarán edades más extremas y, que de acuerdo al deterioro propio del envejecimiento, los expone a presentar problemas de salud que los hacen más lábiles fisiológicamente para enfrentar enfermedades agudas o reagudizaciones de enfermedades crónicas, tan frecuentes en el adulto mayor, y que aumentan su posibilidad de morir durante el período de hospitalización.

El envejecimiento población obliga a la enfermería a plantearse nuevos desafíos relacionados con su oferta de cuidados, especialmente cuando existe la necesidad incipiente del grupo poblacional constituido por los adultos mayores que va en aumento, tanto en lo que se refiere a promoción, mantención, restauración de la salud y prevención de enfermedades y lesiones, actividades que por cierto, deben ampliarse a los cuidados paliativos, en aquellas circunstancias en que la persona adulta mayor enferma, no tienen alternativa terapéutica para su enfermedad, pero pueden optar a cuidados de enfermería, que tiendan a mitigar los sufrimientos que su estado de salud le provocan tanto al adulto mayor como a su familia, mediante cuidados de enfermería pertinentes a la situación que éstos y su familia vivencian

1.3.2 PREGUNTA INVESTIGATIVA

¿Qué conceptos son los que fundamentan los cuidados de enfermería de las personas adultas mayores hospitalizadas en el final de su vida de acuerdo a las vivencias de quienes gestionan sus cuidados: Las enfermeras clínicas?

1.3.3 TEMAS EJES GENERADORES PARA EL ESTUDIO

1.3.3.1 EL CUIDADO DE ENFERMERIA⁵

⁵ Caballero, E., Becerra, R., & Hullin, C. (2010). Proceso de Enfermería e Informática para la Gestión del Cuidado. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile

Como eje generador, el cuidado de enfermería, surge como un concepto importante, en tanto constituye la forma en que se expresan los modelos teóricos de enfermería en la práctica profesional, transformándolos en acciones concretas que en la vida cotidiana de la enfermera, la identifican como profesional al interior de la institución en que se desempeña.

Existen dos paradigmas que intentan explicar los cuidados de enfermería, a saber: el de la simultaneidad y el de la totalidad. Ellos se construyen a partir de cómo son percibidas las personas como receptoras de cuidado. Así el paradigma de la simultaneidad, de acuerdo a Rizzo Parse, "ve al ser humano como un conjunto mayor que la suma de todas sus partes un proceso de cambio mutuo y simultáneo con el entorno...", por lo tanto, "... ofrece una visión holística del fenómeno enfermero debido a que sustenta su análisis desde la totalidad de todas las características que conciben el todo, sin fragmentar, clasificar y desintegrar sus partes para llegar a conocer el fenómeno". En tanto, el paradigma de la totalidad, asume una postura diferente, en cuanto, los fenómenos de cuidados son abordados en forma fragmentados y a partir de la sumatoria de las partes, que conforman el todo, se puede configurar el fenómeno, según esta visión "...la sumatoria de dimensiones divisibles, constituye el todo y a través de la clasificación se puede interpretar, conocer y predecir la totalidad de los fenómenos".

Lo anterior, describe dos posturas antagónicas, pero que en el ejercicio profesional de la enfermería clínica, son complementarias. Por una cuestión práctica, tendiente a priorizar las necesidades de las personas receptoras de cuidados de enfermería, se tiende a establecer aquellas que requieren una intervención más urgente a intervenir (Paradigma de la Totalidad), pero al mismo tiempo, se asume que es necesario llegar alcanzar aquellas necesidades que han sido diferidas, pues de no hacerlo los cuidados de enfermería, se transforman en acciones parciales, que no enfrenta a la persona cuidada como un ser multidimensional, miembro de una comunidad, con creencias propias, que son importantes para diseñar una ofertas de

cuidados que tienda al holismo, a través del reconocimiento de la persona en toda su integralidad (Paradigma de la Simultaneidad..

Para ser concordante con lo anterior, la autora del estudio, asume la relevancia del paradigma de la simultaneidad en la práctica clínica y lo considera un ideal a alcanzar, es por ello que en su búsqueda, estima que dentro de los cuidados en general, y en particular en los que se otorgan al adulto mayor en el final de la vida, la Teoría de los Cuidados desarrollada por Jean Watson, ofrece una visión amplia, que se ajusta no sólo con el fenómeno estudiado, sino que con el modelo de investigación que se utiliza en este estudio.

Según, señala Medina (2010), "el sistema de valores que encierra el modelo de Watson se enfoca en el reconocimiento de la persona, de la vida humana y de su autonomía". Los cuidados de enfermería, por lo tanto deberían enfatizar, desde la mirada de Watson, en incrementar la capacidad de elección de la persona, el autoconocimiento, autocontrol.

Los valores que Watson señala como constitutivos de su teoría son:

- a. Respeto por las preguntas y misterios de la vida
- b. Reconocimiento de la dimensión espiritual de la vida
- c. Reconocimiento del poder interior de los cuidados humanos y del proceso de curación
- d. Respeto y reverencia por la persona y la vida humana
- e. Reconocimiento de la autonomía humana y de la libertad de elección
- f. Reconocimiento y respeto por la vida-mundo subjetivo de la persona.

Si bien es cierto, estos valores, pueden ser poco concretos, incluso utópicos de alcanzar en la práctica clínica, resultan de especial importancia, al abordar el fenómeno de los cuidados de enfermería en el adulto mayor hospitalizado, pues rescata

principios, que le añaden humanidad a los cuidados de enfermería, especialmente en un mundo que a causa de continuas transformaciones sociales, políticas y tecnológicas, tiende cada vez más a la deshumanización en el trato y la comprensión entre las personas.

Watson, establece cuatro aspectos que para la investigadora resultan motivadores para su estudio:

- a. La creencia que la esencia del ser humano, es el espíritu. Reconocer esta esencia, "permite considerar el proceso de cuidados como un compromiso ético"
- b. En tanto la persona, es un ser espiritual y es un ser en el mundo, permite afirmar que en la experiencia del cuidado, la trascendencia, se hace presente, mientras este cuidado de enfermería ayude a la preservación de la humanidad en el individuo y en la sociedad. Sociedad, que por cierto, también la enfermera pertenece.
- c. Los significados permiten a la persona aprehender la realidad, por lo tanto el proceso de cuidados de enfermería requiere de un alto nivel de empatía, que permita comprender la manera en que la persona que es cuidada ha aprehendido la realidad en torno a su salud y cuidado.
- d. El cuidado, es visto, como un proceso en constante retroalimentación, entre el intercambio de historias entre quien es cuidado y la enfermera que cuida, que transforma las percepciones de las personas involucradas. En este proceso emerge una relación de enseñanza y aprendizaje recíproco, entre enfermera y persona cuidada.

Asimismo, la Teoría de Watson, es relevante, en tanto, la investigadora cree firmemente, que en el campo de la enfermería y, especialmente, en los cuidados de enfermería de la persona adulta mayor hospitalizada en el final de su vida, hay una deuda pendiente,

que dice relación, con el rescate la humanidad y espiritualidad de este momento de la vida.

Así, como los nacimientos, son definidos como mágicos, las muertes encierran un misterio, y quienes enfrentan la muerte requieren, en un mundo tan alejado de lo naturalmente humano, alguien que los escuche, les de fortaleza y los acompañe en este tránsito con caridad, que es una actitud solidaria con el sufrimiento ajeno.

Desde la perspectiva de Watson, tal vez es posible entender, que la persona adulta mayor en el final de su vida, necesita un trato altamente empático, aparentemente pasivo, pero de mucha dedicación, o como lo señalan León y Cuetos (2004)⁶ : "El enfermo terminal necesita ser escuchado, y escuchar es estar receptivos al misterio, sin esperar nada en particular, sin juzgar y en un primer momento sin interpretar ni traducir, sino escuchar sus propias palabras, el enfermo necesita confiar en nosotros, y que nosotros confiemos en ellos, que confiemos en su fortaleza interior, de la que tal vez no tiene conciencia, pero que nosotros debemos intentar recuperar, entonces además de escuchar, hay que poder hablar y facilitarle al enfermo las preguntas difíciles".

1.3.3.2 LA MUERTE EN EL CONTEXTO HISTORICO⁷

En su libro "Morir en Occidente desde la Edad Media hasta nuestros Días", Philippe Ariés (2007), señala que: "Resulta sorprendente que las ciencias del hombre, tan extrovertidas cuando se trataba de la familia, el trabajo, la política, los placeres, la religión y la sexualidad, hayan sido tan discreta sobre la muerte. Su silencio no es más que una parte de ese gran silencio que se estableció en las costumbres en el curso del siglo XX. Si la

⁶ León, V., Cuetos, C., (2004) "Tanatología: Una perspectiva distinta de la muerte", Boletín Médico, Num. 5 Vol.1, Págs. 16, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

⁷ Philippe Ariés (2007), Morir en Occidente desde la Edad Media hasta nuestros Días, Adriana Hidalgo Editora S.A., Buenos Aires.

literatura continuó su discurso sobre la muerte, por ejemplo con la muerte sucia de Sartre o de Genet, los hombres de la calle han enmudecido y se conducen como si la muerte ya no existiera". Asimismo señala que como durante milenios el hombre "...fue el amo soberano de su muerte y circunstancias". Pero como el mismo lo reconoció, dejó de serlo.

Según, Ariés, durante mucho tiempo el hombre presintió su muerte, antes que nadie y con resignación. Sin embargo, cuando esto no era percibido por el moribundo, era a otro actor social que le correspondía advertirlo, emergiendo la figura del médico, aceptando aquello como su función. Sin embargo, en cuanto se "avanza en el tiempo y se asciende en la escala social y urbana", se requiere una preparación mucho más profunda y detenida para aceptar la muerte. Es en este contexto, ya en el Siglo XVIII, el médico renuncia a este cometido, asumiendo la familia la responsabilidad de desvelar esta verdad a su familiar moribundo. No obstante, la muerte seguía siendo un instante de la vida que reunía, congregaba y generaba respeto y contemplación. Situación, que según a los escritos de Ariés, "Hoy nada queda ya ni de la noción que cada uno tiene o debe tener de que su fin esta próximo ni del carácter público y solemne que tenía el momento de la muerte. **Lo que debía saberse, en adelante es ocultado**".

La nueva muerte esta impregnada de la ignorancia de quien la vivencia, familia y personal de salud, callan deliberadamente, pues esta actitud casi constituye una "regla moral", como si la discreción frente al moribundo y al resto de las personas, fuera la postura moderna de la sociedad frente a la muerte.

Para Ariés la muerte moderna ha sido trasladada a los hospitales, con la ilusión que allí habrá alguna posibilidad de salvación (negación a la mortalidad del hombre), a pesar que allí hay un poder de facto, que prolonga la posibilidad de vivir el proceso de la muerte. "Si lo médicos y las enfermeras (estas con más reticencia) retrasan al máximo posible el momento de avisar a la familia, y si jamás se deciden a alertar al propio enfermo, es por temor a verse comprometidos en una cadena de reacciones sentimentales...", pues la

muerte ya "no pertenece a lo cotidiano", y su ocurrencia provocaría una situación excepcional, exorbitante y siempre dramática".

Ariés basa sus análisis en estudios realizados por Glaser y Strauss, y las citas anteriores, corresponden a parte de sus trabajos. Ellos indican, la falta de competencia del equipo de salud para aceptar la muerte como parte del ciclo vital, apoyar al moribundo y su familia, y aceptar que la vida es finita, a pesar que los nuevos avances médicos pueden prolongar la agonía y sólo, tan sólo retrasar la muerte.

Un ejemplo de lo anterior es un relato extraído de los estudios de los científicos ya citados: "... una anciana que inicialmente se había comportado bien, según el modelo convencional: colaboraba con los médicos y las enfermeras, luchaba denodadamente contra la enfermedad. Pero un día consideró que ya había luchado lo suficiente y que había llegado el momento de abandonar. Entonces cerró los ojos para no abrirlos más: así comunicaba que se retiraba del mundo y esperaba el fin consigo misma." Esta situación que durante gran parte de la historia de la humanidad hubiera sido considerada sabia y respetable, en aquel caso (real), llevó a que el equipo médico trajera a su hijo para persuadirla de seguir en una lucha, que ella no podía dar.

Dentro del análisis que hace Ariés de la muerte, resulta relevante, citar su visión de lo que ocurre hoy en las clínicas y hospitales. El autor reconoce la falta de comunicación entre el personal de salud y las personas en el final de la vida. Así reconoce que: "No se lo escucha como un ser que razona, y se limitan a mirarlo como un **objeto clínico**, en lo posible aislado como un mal ejemplo y tratado como un niño irresponsable, cuya palabra carece de sentido y autoridad. Sin duda se beneficia con una asistencia técnica más eficaz que la fatigosa compañía de parientes y vecinos. Pero aunque bien cuidado y conservado el mayor tiempo posible, se ha convertido en una cosa solitaria y humillada".

Luego de ir construyendo este eje generador desde la perspectiva de Philippe Ariés, es necesario destacar que esta visión

crítica no constituye la única perspectiva de enfrentar el fenómeno de la muerte. Probablemente se asiste a un cambio paradigmático en relación a la muerte en los hospitales, en especial cuando se relaciona con adultos mayores.

Gálvez, Muñuel y Cols. (2007)⁸, señalan que "la gestión del proceso de morir es crucial para las instituciones dedicadas a la salud", pues como lo mencionaba Ariés en su obra, la muerte como acontecimiento ha sido desplazado desde los hogares a los hospitales. Asimismo, el efecto del envejecimiento poblacional, ha llevado que estas unidades altamente tecnologizadas, pensadas para salvar vidas, se ha transformado en un lugar donde muchas personas viven sus últimos momentos de vida, debido principalmente a su edad, convirtiéndose en " un "objeto" comatoso , intubado, conectado a varios monitores, drogado, inconsciente expropiado de sus apoyos y redes sociales".

La situación antes descrita produce un fracaso en la gestión social y cultural de la muerte, especialmente para las enfermeras, que por su formación centrado en el cuidado humanista, se ven enfrentadas a frustraciones en su quehacer profesional, sin embargo, también es una oportunidad de desarrollar nuevas propuestas en la amplia tarea de los cuidados, puesto que una intervención adecuada cimentada en los valores de la disciplina de la enfermería, contribuye en gran medida a una muerte pacífica y digna, y reconforta a los miembros de la familia en el duelo y en el proceso de aceptación de su pérdida.

1.3.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

⁸Gálvez González, M., Muñuel Alameda, G., Del Águila Hidalgo, B. & Cols. (2007). Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. Biblioteca Las casas; 3 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0240.php>

Iniciar esta investigación fue todo un reto para la enfermera que realizó el estudio que se presenta en el siguiente informe.

El desafío se construyó, en base a dos premisas. Una de ellas era identificar un tema significativo para las enfermeras clínicas, y que se relacionara con el cuidado de enfermería. Luego, la investigadora, tenía la pretensión que el estudio, fuera la puerta de ingreso para que el grupo de profesionales que participaran en él, iniciaran un proceso de transformación de su práctica profesional, en base a las reflexiones que ellas mismas hicieron sobre el fenómeno que se investigaba y a los resultados, que la investigadora, se comprometió a presentar una vez concluido el estudio.

El tiempo de observación y diálogo con enfermeras clínicas, para determinar un tema que fuera significativo para las participantes, era un punto que alargaba el plan de trabajo y, por otra parte exigía a la investigadora destinar más tiempo del que disponía en la elaboración de la investigación. Debido a ello, la investigadora, consideró válido utilizar su propio lugar de trabajo para construir este estudio, pues en la cotidianidad de su práctica profesional, tanto la observación, como el diálogo, estaban ya realizados. Esto podía convertirse en un sesgo, ya que la autora del estudio, tal vez sin quererlo, corría el riesgo de imponer su visión del fenómeno estudiado, sin embargo, lo anterior se intentó evitar, a través de la realización de una entrevista que contenía una sola pregunta, y en la cual la autora del estudio se limitó a escuchar los relatos y luego transcribirlos fiel a lo dicho por las participantes.

No obstante lo anterior, es deber reconocer que el fenómeno de estudio , que se relacionaba con los cuidados de enfermería otorgados a los adultos mayores hospitalizados y sus familias, cuando no existe alternativa terapéutica para la recuperación de la salud de los primeros, por lo tanto, los convertía en personas que estando hospitalizados transitaban, inexorablemente, hacia la muerte, resultaba un tema que era muy significativo, en lo personal y lo profesional para la autora del estudio, y tal vez ahí existe un sesgo necesario de reconocer.

Expresado lo anterior, se invitó a las enfermeras participantes del estudio a reflexionar sobre su práctica profesional en torno a estos cuidados, en un espacio de libertad, invitándolas a enfatizar en el significado de los cuidados y, así ir descubriendo los conceptos que sustentan los cuidados de enfermería en el final de la vida.

Otras de las limitaciones del estudio dicen relación con la búsqueda de material bibliográfico que se centrara en la muerte de la persona adulto mayor en el contexto hospitalario, desde una mirada biopsicosocial y desde la perspectiva de enfermería, pues si bien existe mucho material en relación de la muerte de personas en hospitales, la mayor parte se centra en este fenómeno, sin hacer diferencias en las etapas del ciclo vital y desde una perspectiva médica.

CAPITULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO CONTEXTUAL: ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

2.1.1 CONTEXTO SOCIAL: ROL SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Desde mediados del siglo pasado, Chile, viene enfrentando una transformación en la composición de su población de acuerdo a los grupos etáreos que la componen.

La incorporación de métodos reguladores de la fertilidad, así como las mejores condiciones de vida de la población, han llevado a que el país se ubique, de acuerdo a datos aportados por la CEPAL (2009)⁹, en una etapa de transición demográfica avanzada, lo que en términos generales significa que el crecimiento poblacional anual apenas alcanza a 1%, es decir se ha reducido la tasa de natalidad y, al mismo tiempo, aumenta el grupo constituido por adultos mayores.

De acuerdo a las proyecciones aportadas por la misma fuente, en el año 2010, se estima que de cien chilenos, 35 sean personas por sobre los 65 años, situación que de mantenerse las tendencias observadas, la proporción de senescentes frente a menores de 15 años será de casi la mitad para el año 2050.

Este escenario implica grandes desafíos para el Estado, que debe readecuar sus Políticas Públicas, sobre todo en el área social y de salud, ya que actualmente se encuentran enfocados a los estratos más jóvenes de la población, especialmente las mujeres en edad fértil y los niños.

El contexto demográfico que vive Chile, obliga a hacer una revisión sobre el envejecimiento poblacional, en cuanto a las repercusiones sociales que esta situación provoca en las personas y la sociedad.

Definir que rol social del adulto mayor en la sociedad contemporánea no es tarea fácil, pues cada persona envejece de forma única y singular, pudiendo ser esto una experiencia de crecimiento personal y preparación para el final de la vida, o una etapa marcada por temores, frustraciones y pérdidas. Todo lo anterior, dependerá de las capacidades del propio adulto mayor, así como de la visión que la

⁹ CEPAL (2009) Observatorio Demográfico N ° 3: Proyección de la Población, 2007

sociedad mantenga en torno a él y el rol que debe cumplir en la sociedad.

Existen diferentes teorías que intentan explicar como se define el rol que el adulto mayor cumple en sociedad. A continuación se hará una breve revisión de alguna de ellas (2001)¹⁰.

- a. Teoría de la desvinculación: Desarrollada por Cumming y Henry¹¹, explica el rol social del adulto mayor desde una perspectiva tanto psicológica como social, pues expone que los cambios en la conducta social del adulto mayor emergen por una parte de las transformaciones que experimenta éste con su entorno social, así como a modificaciones que ocurren en el contexto interno de la persona misma. La teoría señala que los adultos mayores tienden al aislamiento social, reduciendo sus contactos, lo que aportaría beneficios sociales, pues destraba la incorporación de generaciones más jóvenes para asumir un rol activo. El adulto mayor, se vuelve un ser pasivo. Se relaciona con la jubilación.

- b. Teoría de la modernización: Teoría que suele relacionarse con el modelo económico neoliberal, en la cual, la persona, pierde valor cuando deja de ser productiva. Se basa en la capacidad de producción de las personas y el culto a la juventud. Si bien, en los países occidentales resulta relevante, su influencia en culturas orientales no aplica, pues en ellas, la persona anciana es reconocida por su contribución al desarrollo de la sociedad y como un ser lleno de sabiduría. En países como Chile, como país neoliberal, aspectos de esta teoría pueden apreciarse en la sociedad, en situaciones cotidianas, como en el empobrecimiento del adulto mayor, la falta de apoyo institucional, entre otros.

¹⁰Aranibar, L., (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Área de Población y Desarrollo del CELADE

¹¹ García, M. (2003), Aspectos Psicosociales del Envejecimiento. Revista Diagnóstico, Vol. 42, N° 2, Marzo-Abril

- c. Teoría de la Generacional: Sustentada en la Sociología, utiliza los conceptos de cohorte y generación, para explicar que las personas que han nacido en un momento determinado compartirán un contexto social e histórico que los marcará en su desarrollo posterior como individuo, y como generación compartirán la vivencia derivada de este contexto. Ahora bien, en una sociedad conviven diferentes generaciones, lo que puede generar un conflicto, que en la actualidad se inclina a favor de los más jóvenes, quedando los adultos mayores en una condición de menoscabo y relegación social.
- d. Teoría del Ciclo Vital: Rescatada desde la psicología, especialmente, basada en los trabajos de Erikson, en la cual, se reconoce a la vejez como una etapa más del ciclo vital, en la cual, el adulto mayor continúa el proceso de su vida, y continúa estableciendo relaciones con la sociedad en la que se desarrolla como persona, como lo hizo en etapas anteriores. Tiende a desdramatizar el proceso de envejecimiento, otorgándole una condición de desarrollo natural de la vida, en el cual existen tareas a cumplir, como en las otras etapas. El conflicto en la vejez se manifiesta en actitudes como presumir o desconfiar y la desesperanza, mientras que si este período es vivenciado con éxito se logra alcanzar la virtud psicosocial esperada para esta etapa, que es la sabiduría. Cabe reconocer, que la virtud esperada, requiere de un ambiente social, que le permita al adulto mayor sentirse amado, aceptado y reconocido.
- e. Teoría de la Subcultura: Interesante postura rescatada desde la sociología, en tanto, sostiene que el envejecimiento, lleva inexorablemente a la formación de una subcultura, que tiende a que las personas adulta mayores, adopten conductas que los identifica y define, como tales. No es una marginación, sino una simple postura, que los aúna culturalmente. Sin embargo, se reconoce un riesgo, derivado en que la definición no sea impuesta por los adultos mayores, sino por la sociedad que los obliga a adoptar posiciones que

condicionarán su comportamiento a lo socialmente esperado, que en algunos casos pueden ser enfoques negativos de asumir el proceso de envejecimiento asociados con la marginalidad, dependencia o enfermedad. La importancia de esta teoría, radica en que reconoce que la actividad social del adulto mayor, depende de tres factores; a saber: su condición de salud, su situación económica y el apoyo social que recibe, las cuales pueden otorgarles una mejor calidad de vida y envejecimiento a la persona que vivencia este proceso. Al mismo tiempo logra establecer, los efectos negativos que la desvinculación tiene en la vida del adulto mayor, cuando ésta ocurre casi en forma obligada, no considerando las propias aspiraciones de la persona adulto mayor.

- f. Teoría de la Adaptación: Opuesto a la teoría de la desvinculación, esta teoría sostiene que para un envejecimiento exitoso, es imperativo procurar el mantenimiento de las actividades y actitudes de las personas adultas mayores, tanto como sea posible. Establece que el adulto mayor está expuesto a un número importante de pérdida de roles, como la viudez, el síndrome del nido vacío, la jubilación, que lo exponen al riesgo de no contar con mecanismos de enfrentamiento para adaptarse a esta nueva situación.
- g. Teoría Gerontológica Crítica: La tesis que sostiene esta teoría, radica en que el envejecimiento es una construcción social. Desde esta perspectiva, la senectud, más que un fenómeno biológico, es más bien, una conceptualización que reconoce los factores sociales, económicos y políticos que influyen en el rol social del adulto mayor y, que son consecuencia de los modelos de división del trabajo y de la desigualdad generalizada existente en la sociedad. Eleva una crítica, que establece que en este contexto, el anciano, se vuelve una carga social, pues no aporta en productividad, y recibe, sin embargo, beneficios, como pensiones, atención en salud, entre otros, que parecen ser una dádiva, ya que en el contexto social actual, se le desconoce el aporte que

previamente hizo a la sociedad, de la cual, ha sido parte. Critica la institución de la jubilación, pues es una imposición y no una opción, dejando al adulto mayor, abruptamente, sin los roles sociales, con lo que se identificó durante su vida. Su mayor aporte, es que incluye los factores económicos, sociales y sobre todo políticos en la discusión sobre como explicar el rol del adulto mayor en sociedad, pese a que no sólo pretende explicar, sino que aporta un juicio, pero no deja de ser complementaria con el resto de las teorías.

No obstante, las teorías que explican el envejecimiento como fenómeno social, es imperativo reconocer, que frente a cualquier adhesión que se haga frente a ellas, en la sociedad actual, las personas adultas mayores o que enfrentan el proceso de envejecimiento, se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad, debido principalmente a los cambios en las estructuras familiares que hasta hace algunos años atrás, constituían un soporte importante para ellos, en cuanto a la provisión de cuidados, se refiere.

Según, Adela Herrera, (2004)¹², la familia no ha perdido sus funciones principales tradicionales, sin embargo el impacto que ha tenido la incorporación de la mujer a la educación y al trabajo, ha disminuido los números de cuidadores necesarios para hacerse cargo de las necesidades de atención que requieren los Adultos Mayores, lo que hace cada vez más necesario recurrir a instituciones o personas ajenas a la familia para compartir esta función.

El apoyo, que tanto la familia, como de las redes de apoyo institucionales o informales al adulto mayor, otorgan, deben propender a su adaptación a esta nueva etapa del ciclo vital, conservando su autoestima, su autonomía, su derecho a recreación, entre otros aspectos y, evitar con ello, que se presenten riesgos asociados a la vejez, que pueden ocasionar en la persona adulta mayor

¹² Escribar, A., Pérez, M. y Cols. (2004), Bioética Fundamentos y Dimensión Práctica, Editorial Mediterráneo.

sufrimientos, que incluso, puedan derivar, en una situación que conculque sus derechos a tener una vida digna. Estos riesgos son:

- a. Pobreza: Por carencia de ingresos suficientes
- b. Marginación: Falta de acceso a ámbitos de acción sociales y económicos
- c. Invisibilización: Inexisten en la agenda política de desarrollo
- d. Discriminación: Imagen estereotipada y negativa del adulto mayor
- e. Fragilización: Carencia de recursos adecuados para fortalecer la autonomía.

2.1.2 EL ENVEJECIMIENTO Y LOS DERECHOS HUMANOS

Si bien es cierto, el envejecimiento es un fenómeno mundial, no se enfrenta de la misma manera en los países desarrollados y los países en vía de desarrollo. Esta situación tiene su origen, a que las expectativas de vida fueron mayores, en primer lugar, en los países desarrollados, los que se encontraban en una situación de crecimiento económico, que les permitía enfrentar los problemas sociales de sus naciones, con Políticas Públicas tendientes a la protección de los grupos más vulnerables, amparados bajo el Estado de Bienestar¹³ .

¹³ CEPAL (2007) *Notas de Población N °85*

En el informe *"Estudio Económico y Social Mundial. El desarrollo en un mundo que envejece"* (2007)¹⁴, se reconoce que en la "actualidad el envejecimiento también es un fenómeno de los países en desarrollo", los cuales, se ven enfrentados a esta situación en condiciones socioeconómicas desfavorables, lo que no les permite asumir esta condición de una forma adecuada, para generar una situación político-social de protección para el adulto mayor.

En este contexto, los países en desarrollo, no cuentan con los recursos necesarios para hacer frente a este problema emergente. Así entonces, los adultos mayores, se encuentran en una condición de gran inseguridad, en la cual, incluso pueden llegar a peligrar sus derechos como ciudadanos, ya que las Políticas Públicas para enfrentar este fenómeno, no existen o son deficientes, dejando al adulto mayor en una situación de indefensión, frente a las pérdidas que se experimentan durante este período de la vida, a saber: detrimento económico, social y cultural.

Lo anterior, no constituye un argumento menor, pues los Estados miembros de las Naciones Unidas, y que han firmado la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentran obligados también, a cumplir otras Declaraciones, como la de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que reconoce, entre otros aspectos, los Derechos de Protección de las Personas Mayores. Estos documentos, constituyen parte del Derecho Internacional, por lo tanto los países que los suscriben deben propender a desarrollar una legislación y acciones concretas, que cumplan con estos compromisos.

Chile, como país miembro, debe, por lo tanto, abordar el tema del envejecimiento, con Políticas Públicas que protejan al adulto mayor, propendiendo a mejorar su calidad de vida, proteger sus derechos como ciudadanos y respetar su dignidad de persona en lo económico, cultural y social.

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH, 1995), reconoce que "en los periodos de recesión y de

¹⁴ Naciones Unidas (2007), *Estudio Económico y Social Mundial. El desarrollo en un mundo que envejece*.

reestructuración de la economía, las personas de edad corren mayores riesgos”, en lo que al respeto de sus derechos se refiere.

Sin duda esto es un gran desafío que trasciende a la política contingente, y que debe involucrar a grupos intersectoriales, que procuren cumplir con los compromisos adquiridos por el país.

Chile como nación, ha procurado, cumplir sus compromisos internacionales dentro de sus posibilidades y, ha desarrollado Políticas Públicas, que en un principio se centraron en el resguardo de las necesidades de salud del adulto mayor y su protección social, mediante la instauración de un sistema previsional, que asegura un ingreso cuando la persona se pensione, los que son corresponsabilidad del Estado y Privados (AFP, ISP, FONASA, ISAPRES)

Ahora bien, estos dos aspectos estuvieron (y aún están) llenos de deficiencias. Pero es necesario reconocer que en los últimos años se han logrado ciertos avances, como es la implementación de Programa de Salud específico para el Adulto Mayor en la Atención Primaria. Asimismo, y de gran importancia, tuvo la Reforma Previsional, que asegura una pensión mínima, subvencionada por el Estado cuando es necesario y, el reconocimiento del aporte que la mujer ha hecho históricamente a la sociedad, mediante la maternidad y el cuidado de los hijos, a través del bono por hijo nacido vivo, introduciendo la perspectiva de género en el debate. Gran aporte ha sido la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), que aporta con estudios de calidad que pueden resultar un pilar para ir construyendo Políticas Públicas, que respondan a las necesidades de este grupo de la sociedad.

No obstante, el camino por recorrer en cuanto a Políticas Públicas que aborden el tema del envejecimiento de forma integral, constituye aún una deuda del Estado Chileno. Así como lo cita, Paula Forttes (2008)¹⁵, quien además de emplazar a la elaboración de estrategias que incluyan al Adulto Mayor más activamente en la sociedad, mediante la mantención y aseguramiento de sus derechos

¹⁵ Forttes, P., (2008) *Consideraciones y estrategias para abordar el envejecimiento en sociedad*, *Expansiva*.

políticos y económicos, se les ofrezca una atención socio- sanitaria destinada a mantener su funcionalidad y les ayude a enfrentar, dignamente, los impactos que el envejecimiento producen en su salud. Su propuesta radica en los siguientes planteamientos:

- i. Servicios conducentes a mantener la funcionalidad y la actividad, que promuevan la participación y que se relacionen con todos los ámbitos de la política pública, tales como el desarrollo y la planificación urbana, la instalación de la cultura del autocuidado, la dotación de infraestructura que facilite la integración social, el ocio, el esparcimiento, la formación continua, la desvinculación laboral asistida, el emprendimiento, la salud, la vivienda, la accesibilidad, por mencionar algunos.
- ii. Servicios tendientes a recuperar la funcionalidad (centros de día), dirigido a personas que manifiestan pérdidas funcionales, para revertirlas o retrasar su avance a través de la rehabilitación.
- iii. Servicios orientados a los cuidados de largo plazo para personas mayores con altos grados de dependencia. Este tipo de cuidados aparecen como el eje de servicios sociales y sanitarios para dar respuesta a las necesidades de los mayores que requieren de otra persona para satisfacer sus diversos requerimientos cotidianos. Estos son:
 - a. Cuidados domiciliarios que contribuyan a la permanencia de la persona en su entorno habitual por el mayor tiempo posible, por ejemplo, servicios de cuidadoras/es, alimentación domiciliaria, servicios de podología, curaciones, entre otros.
 - b. Centros de día y centros de noche para responder a la necesidad de respiro de la familia que cuida,

permitiendo a la vez que la persona de edad reciba cuidados de personal especializado.

2.1.3 MARCO LEGAL EN CHILE DE ACUERDO AL CODIGO CIVIL

En Chile, el Código Civil Chileno establece en su Título IX, artículo 223 que "Aunque la emancipación confiera al hijo el derecho de obrar independientemente, queda siempre obligado a cuidar de los padres en su ancianidad, en el estado de demencia, y en todas las circunstancias de la vida en que necesitaren sus auxilios. Tienen derecho al mismo socorro todos los demás ascendientes, en caso de inexistencia o de insuficiencia de los inmediatos descendientes"¹⁶

Este reconocimiento legal, es ambiguo en cuanto habla de "socorro", no definiéndola en forma clara, hasta donde llega esta responsabilidad, a saber ¿Procurar casa, comida y vestimenta? ¿Ayuda Monetaria? Además, hay que agregar que el mandato legal, no hace mención a los cambios en la estructuras sociales, especialmente las familiares, la incorporación de la mujer al trabajo y, el mismo envejecimiento de éstas últimas, por lo tanto, este "socorro", referido en el Código Civil de Chile, se hace, cada vez más difícil de cumplir, puesto que, el número de cuidadoras informales (concepto que se expresa en femenino, pues históricamente este rol ha sido asumido por mujeres, que no salían al mercado laboral), en el interior de las familias ha disminuido.

En relación al mismo punto anterior, aquello, resultaba más frecuente en la dinámica de una estructura familiar extendida, en el cual los adultos mayores y los hijos compartían un hogar, hoy los hijos emigran, quedando los adultos mayores solos, aun cuando

¹⁶ Código Civil de Chile, http://www.chilein.com/c_civil6.htm . Recuperado el 19 de noviembre de 2010

mantienen relaciones con sus hijos, no necesariamente estas relaciones derivan en una fuente de cuidado integral, teniendo en cuenta que con el envejecimiento, el grado de dependencia aumenta, y con el envejecimiento avanzado de la población, dicho grado podría llegar a ser aún mayor

2.2 MARCO CONCEPTUAL: LA MUERTE DIFERENTES MIRADAS

2.2.1 CONCEPCION DE LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL Y LOS CUIDADOS

La concepción de la muerte que impera en la sociedad actual, vive una quiebre paradigmático. Durante el Siglo XX, la humanidad, vivenció múltiples masacres, guerras, genocidios, que a diferencia de los sucedidos en otros tiempos, impactaron enormemente a las personas, pues su ocurrencia cada vez resultaba más cercana a la vida cotidiana de las personas, debido al desarrollo de los medios de comunicación, que llevaban estos hechos lamentables, a los propios hogares de las personas.

Al mismo tiempo, ocurre una revolución científica, que ocasiona una transformación en la vida de las personas, en tanto, permite controlar enfermedades que durante siglos eran sinónimo de muerte. Este desarrollo científico, también, ofrece oportunidades de prolongar la vida, mediante el uso de nuevas medicinas y tecnologías cada vez más sofisticadas. Esto, unido con las mejores condiciones de

vida de las personas en lo nutricional y sanitario, produce una prolongación en las expectativas de vida de las personas, y como resultado, éstas dejan de morir a una edad temprana. En este contexto, se crea la ilusión que la muerte es algo que les sucede a los viejos.

Tulio Pizzi (2001)¹⁷, señala, que "la sociedad tecnificada y de consumo como la actual, no ha vivido, ni vive obsesionada por la muerte. Por el contrario, tiende curiosamente a negarla como tema de meditación trascendental. Una tendencia materialista lo invade todo. Se piensa que podemos "manejar" la muerte...", "...hay un sentimiento de poder sobre la vida y la muerte como nunca existió".

No obstante lo anterior, hoy se asiste, a un cambio lento, que paulatinamente, va abarcando diferentes áreas relacionadas con la vida en general, y de la persona en particular, en la cual, se manifiesta un retorno a lo natural, lo subjetivo, lo sensible, en fin y, en palabras de Malin Pino de Casanova (2000)¹⁸ un "...extraordinario movimiento fundante y matricial" , en el cual el modelo positivista, va quedando atrás, para retomar un "nuevo modelo holístico, ecológico, complejo e integrador", en el cual concepciones como la enfermedad, la vida y la muerte, van adquiriendo profundos significados en la vida de las personas, especialmente reconociendo a esta última, como parte del ciclo vital, en la cual la pasividad física y emocional, dan cabida a una actuación más dinámica, en la que hay mucho que aportar, tanto en la asistencia del que muere, como en el reconocer este evento vital una fuente de aprendizaje.

El concepto de la muerte en el ambiente hospitalario se construye a partir del paradigma biomédico que de acuerdo al estudio ya citado de Malin Pino de Casanova, que haciendo referencia al trabajo del psiquiatra Laing, citado por Capra, ilustra la situación actual de la siguiente manera «desaparece la vista, el oído, el tacto y el olfato y junto con ellos (...) también la estética y el sentido ético, los valores, la calidad y la forma, esto es, todos los

¹⁷ Pizzi, T., Muñoz, A., Fuller, A., (2001), El Dolor, la Muerte y el Morir, Ed. Mediterráneo.

¹⁸ Pino de Casanova, (2004), M., Mirando la Muerte en los Nuevos Paradigmas Médicos, Fermentum, Pág. 143.

sentimientos, los motivos, el alma, la conciencia y el espíritu.» Asimismo agrega: "La última cuestión existencial es, sin lugar a dudas, la de la muerte, forma extrema del 'mal'. Y como todos los problemas filosóficos y existenciales, el tema de la muerte se evita en la medida de lo posible. La falta de espiritualidad que se ha hecho característica de la sociedad tecnológica se refleja en el hecho de que la profesión médica niegue la existencia de la muerte y no le dé cabida dentro de su esquema mecanicista. En nuestra cultura ya no se practica el antiquísimo arte de morir y no se acepta el hecho de que es posible morir sin estar enfermo. Así, la muerte es vista por los médicos como un fracaso de su técnica y los cadáveres se sacan de los hospitales a altas horas de la noche, en secreto, y los médicos parecen tenerle más miedo a la muerte que las demás personas.» Si bien es cierto, la cita hace referencia al paradigma biomédico, es necesario reconocer que éste ha influido en otras profesiones de la salud, que conviven en el medio hospitalario.

Pese a todo, como se mencionó anteriormente, hoy se construye una nueva visión de la muerte: "Se trata de rescatar al hombre y sus realizaciones en todos sus espacios de expresión, sin prescindir del tubo de ensayo que nos pone en contacto con unidades de análisis a un nivel molecular, pero distinguiendo que un alto nivel de adrenalina o cualquier neurotransmisor en sangre nunca será equivalente a la profunda conmoción que experimenta una madre ante la muerte de un hijo.»

Concluyendo, hoy a pesar de que la muerte aún se manifiesta a través de la negación, se asiste a un cambio paradigmático que pretende entender la vida (que incluye la muerte) desde una perspectiva más integral, humana y holística, retomando las raíces que han orientado milenariamente al cuidado de la vida en general, y de la persona en particular en todas sus etapas del ciclo vital.

2.2.2 ASOCIACIÓN ENTRE MUERTE Y ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento, representado por la persona adulta mayor, es un proceso que en la sociedad de consumo, la persona que lo vivencia se vuelve en otro ser negado y excluido, por el deterioro que vive producto de la evolución natural de la vida.

En el artículo, *La vejez y la cercanía de la muerte en la obra de Francisco Amiguetti* (2005), su autor Herbert Zamora Rodríguez¹⁹ cita a Romieux para describir la situación del anciano en la sociedad postmoderna, señalando que: "Ante la fragmentación de la familia y de las comunidades primarias que anteriormente eran parentales, la continuidad del grupo humano mínimo quedó rota y pasamos a constituir agregados. Surgen los individuos solitarios e incommunicados rodeados de una muchedumbre, con un comportamiento similar al ocupante de un inmenso ascensor. No importa si son protegidos por los más ideales sistemas de salud y asistencia. Están solos."

Esta visión tan sombría de la situación del anciano en la sociedad postmoderna, llena de soledad, se ve aún más trágica cuando se agrega que dentro del sistema capitalista imperante, el hombre en general y, el adulto mayor en particular, pasan a ser invisibles. Principalmente, preocupante, resulta los estigmas que rodean a la persona adulto mayor, pues el envejecer lo empobrece, lo enferma, lo hace miserable. La soledad que enfrenta la persona adulta mayor, lo deja solo con su cuerpo, carente de esperanza, y a veces, excluido de su núcleo social.

Edgar Morín, citado Zamora Rodríguez (2005), señala en su libro *El Hombre y la Muerte*, (1954) una verdad cruda y cruel, en relación a la persona que envejece, así dice que "No es más que un trozo de vida, marginal, asocial en extremo, un ghetto, una pendiente hacia la muerte. Se trata de la liquidación de la vejez. A medida en que los vivos viven más largamente, a medida que le ganan a la muerte cesan de ser reconocidos simbólicamente".

¹⁹ Zamora Rodríguez, H., (2005), *La vejez y la cercanía de la muerte en la obra de Francisco Amiguetti*, Revista Pensamiento Actual. Universidad de Costa Rica, Vol. 5. N," 6, Págs. 05-22

Muchas otras citas, podrían ir configurando la realidad del adulto mayor en la sociedad neoliberal, sin embargo, esto no hace sino más que ilustrar, que el anciano, vivencia una muerte social previa a su muerte biológica. La falta de reconocimiento a su aporte a la construcción de la sociedad es algo que lo sumerge en la pena y el menosprecio.

El envejecimiento natural, se transforma en una suerte de discapacidad que debe ser atendida por especialistas, a diferencia de otras etapas del ciclo vital que son parte de la dinámica familiar. Así surgen instituciones como los asilos de ancianos, que atienden a estas personas que "dejan de pertenecer".

La muerte previa a la muerte, quizás sea el dolor más grande que debe enfrentar en la sociedad neoliberal la persona que envejece, sin embargo, esta persona, enfrenta su situación con mayor sabiduría, pues este trato peyorativo, lo ha llevado a no temerle a la muerte, sino más bien a buscarla, a desearla, para descansar del sufrimiento que el envejecer le puede producir.

Si bien es cierto, lo anteriormente descrito, es avalado por la literatura, cabe mencionar, y en relación con los cambios paradigmáticos que vivencia la humanidad entera, no siempre la realidad del adulto mayor es tan gris. Existen luces de esperanza, en recuperar un rol, que le haga valer y agradecer su contribución en el desarrollo de su grupo social, le reconozca su sabiduría, y le ofrezca un trato que le dignifique en el amor y la aceptación.

2.2.3 ETAPAS QUE VIVENCIA LA PERSONA QUE SE ENFRENTA AL PROCESO DE LA MUERTE Y DUELO.

Las etapas que vivencian las personas que están enfrentando el proceso de la muerte, ya sea porque están moribundas o bien porque

un ser significativo en su vida está en el proceso de la muerte, son similares para ambos.

Una de las primeras personas en estudiar estos estadios vivenciados por las personas en el proceso de muerte, que pueden ser utilizados en el proceso de duelo de quienes lo sobreviven fue la Dra. Elisabeth Kubler-Ross. Su teoría surge de su propia práctica profesional, ya que en los inicios de su profesión se vio enfrentada a la muerte de pacientes, que en el contexto hospitalario, eran aislados, y se abusaba de ellos, de acuerdo a su propio testimonio, pues se les negaba el derecho de saber su real situación de salud y el pronóstico que les esperaba.

Así la Dra. Kubler Ross, decide algo muy revolucionario para la época (1960), escuchar a sus pacientes moribundos, acompañarlos, darles un espacio, y a decir de sus propias palabras su²⁰ "...objetivo era romper la capa de negación social y profesional que les prohibía expresar sus preocupaciones más íntimas acerca de la propia muerte".

De esta forma la Dra. Kubler Ross, desarrolla su teoría que explica las cinco fases que vivencian las personas que se enfrentan a la muerte y, que explican su comportamiento, y que además sirven de guía para entender, cual es el apoyo que se le debe otorgar durante estas etapas. Si bien, las etapas son descritas en forma lineal, existe una recursividad entre ellas, en las cuales una persona en etapa terminal, vuelve a fases anteriores. El ideal es que se cumplan las cinco etapas, para culminar con la aceptación de la condición de moribundo. Kubler Ross resaltaba la importancia que para acompañar a quien está muriendo es necesario "...aprender de nuestros propios pacientes, ellos son nuestros maestros y para poder acompañarlos es esta etapa debemos estar dispuestos a afrontar nuestro propio miedo a la muerte".

Las etapas que definió la Dra. Kubler Ross son:

²⁰ Payás, A., (2004), Elisabeth Kubler Ross, PSICOONCOLOGÍA. Vol. 1, Núms. 2-3, Págs. 287-288.

- a. Negación: Esta fase se destaca porque la persona tiende a rechazar su condición de terminal. Es una fase transitoria, que le permite sobreponerse al peso de la noticia que le es dada.
- b. Ira: Rabia, que se manifiesta a través de la eterna interrogante ¿Porqué a mí? Este enojo puede proyectarse con actitudes violentas hacia la familia o el personal sanitario. Su queja suele ser permanente.
- c. Pacto: Etapa de generar expectativas a través de hacer promesas, que en su ilusión por sobrevivir, le permite generar esperanzas.
- d. Depresión: Etapa donde surge el dolor, el comienzo del fin de la negación y el surgimiento de la aceptación de la condición de terminal. Esta fase se manifiesta tanto en la esfera psicológica como física de la persona. Tratar de evitar este dolor constituye un error, es una etapa que la persona debe atravesar para lograr conformidad, con libertad para expresar su dolor, rabia, frustración, en relación a su situación
- e. Aceptación: Una vez concluidas con éxito, las etapas anteriores viene la aceptación, en el cual la persona deja de sentir rabia o crear ilusiones en torno a su situación. No constituye una etapa, en el cual el dolor deja de existir, pero sí la situación pasa a ser aceptada con tranquilidad, y da inicio a un proceso de paz interior. En esta etapa se le intenta buscar sentido a lo vivido, refugiarse en la esperanza que la vida ni el dolor han sido en vano.

Si bien, la Dra. Kubler Ross, hizo un gran aporte al entendimiento de las vivencias que experimentan el proceso de la muerte y de duelo, sus contribuciones aún no se han aplicado, totalmente, en el proceso mismo del final de la vida, persistiendo con una actitud de negación y encubrimiento de la muerte.

2.2.4 SENTIMIENTOS QUE EVOCA LA MUERTE EN LAS **PERSONAS**

El hombre post-moderno, no logra reconocer, que de las certezas de la vida, la única cierta es la muerte. Aceptar la finitud de la vida, ayuda a enfrentar el final de ésta de una forma más sana, en tanto genera una forma de plantearse la vida con más respeto, intensidad, pero sabiendo que el destino final, siempre será la muerte.

Esta aceptación natural de la muerte como parte de la vida, ayuda a evitar, la realidad que se enfrenta hoy, en cuanto existe una suerte de "tanatofobia", que niega la muerte, la esconde, e incluso evita su alusión. Actitudes que no ayudan a enfrentar este momento de la vida: "el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma" (Miguel de Unamuno)

Actualmente, se utiliza la frase acuñada por Marie François Xavier Bichat, en el siglo XVIII, que define a la vida como " el conjunto de funciones que se resisten a la muerte", desterrando a ésta última como parte esencial de la vida. Con esta visión, se niega a quienes transitan por el final de la vida, el derecho a saber su condición, y si lo saben se les pide que lo callen, para no perturbar al resto. Esta es la muerte considerada digna en la sociedad post-moderna, silenciosa y solitaria.

Las actitudes antes descritas encuentran su justificación en diversas premisas, de entre ellas, se puede mencionar:

- a. Comportamientos individuales y sociales basados en la ambigüedad, manifestados principalmente por la incapacidad de enfrentar la muerte cara a cara, con la carga de dolor que provoca, llamándola por su nombre y permitiendo expresar ese dolor, sin ser definido, prejuiciosamente, como "estar fuera de sí". La muerte es dolor, es quebranto, y expresar el sufrimiento, en especial, cuando se ha perdido a un ser querido, es algo natural, de quienes acompañan, sobre todo, cuando esto ocurre en el ambiente de un hospital. Enfrentar esta situación correctamente, debería permitir el flujo natural del el dolor y, los profesionales actuar como un apoyo, reflejado en la contención emocional de quien ha sufrido la muerte de una persona cercana, lo que en ningún caso, puede pretender anular la manifestación de dolor que se está vivenciando.

- b. El aumento de las expectativas de la vida de las personas, ha incidido negativamente en las capacidades que como individuo se tiene para enfrentar la pérdida de un ser amado. La muerte, es cada vez más lejana a la cotidianidad de la vida de las personas, se transforma en algo que le ocurre a los demás, a los viejos, pero no se asocia con la vida, creando la falsa ilusión de inmortalidad.

- c. Dentro de los aspectos que la sociedad postmoderna valora, sin duda la belleza y la juventud, son dos representaciones sociales que destacan. La persona se niega a envejecer, a aceptar que el paso del tiempo, lo acerca inexorablemente, a la finitud de la vida. Para ello, la persona se esconde en la ilusión de un juventud "maquillada", que si bien no tiene nada de criticable, si lo es, cuando niega también, espacios de reflexión en relación al envejecimiento y la muerte. Tal vez, esta obsesión por mantenerse jóvenes, provenga del miedo al abandono y marginación, que se le da a los adultos mayores en la sociedad contemporánea.

- d. Pese a que las estadísticas hablan de 500.000 defunciones diarias en el mundo, estas no son visibles para las personas. Las personas mueren, alejados de sus hogares, a veces compartiendo la muerte con sus seres queridos que los acompañan y, siempre junto el personal sanitario que los atiende, especialmente el equipo de enfermería, quienes les otorgan los cuidados básicos, antes, durante y luego de ocurrido el fallecimiento de la persona, sin olvidar el apoyo a las personas que acompañan a quien fallece.
- e. La muerte dejó de ser fuente de espiritualidad, reflexión y trascendencia. El hedonismo imperante en la sociedad, hace que la persona huya a fuentes de reflexión que generan una sensación de dolor, todos quieren gozar y ser felices, en lugar de buscar respuestas, a veces en eventos dolorosos como la muerte, que le otorguen profunda plenitud, y le permitan ir construyendo la esencia de su ser humano.
- f. Los modelaje sociales, en relación a la muerte, están en crisis. La muerte se oculta, porque es causa de vergüenza, como hecho mismo y como fuente de dolor. Ante eso, se quiera o no, quien muere y sus seres queridos, se encuentran solos, abandonados al más completo desamparo, frente a un hecho que todo ser humano está obligado, por su condición de mortal, a vivenciar.

2.2.5 CONDUCTAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD FRENTE A LA MUERTE EN UN HOSPITAL.

La muerte como fenómeno de la vida, genera diversas conductas, en quienes se ven enfrentados a ellos. En lo que dice relación con quienes conviven con un moribundo, la ansiedad es el estado emocional nocivo, desde el cual, se van configurando estas conductas.

La ansiedad, se compone por tres figuras principales que son: "la percepción de un peligro inminente, una actitud de espera ante este peligro y un sentimiento de desorganización, junto con la conciencia de una total indefensión frente al peligro" de acuerdo a Pichot , citado por Tomás-Sábado y Gómez (2003)²¹.

En relación a la muerte, esta ansiedad nace por la persistente negación, que la sociedad humana, hace de su propia mortalidad. Esta situación se ha visto agudizada, principalmente, por el gran avance tecno-científico ocurrido durante el siglo XX, que convierte la muerte, en un episodio de la vida, que se combate a través de la medicina, incluso a veces utilizando recursos desmedidos con las posibilidades reales de vida que tienen las personas, definido esto en el contexto bioético como obstinación terapéutica.

Este comportamiento, en el ámbito sanitario, esta influido, por lo que acontece en la sociedad en general, que ve como aspectos deseables, sólo aquellos que se relacionan con la competitividad, la juventud, el culto al cuerpo, el exitismo, y que desprecia, las expresiones, que culturalmente, denotan fracaso, como el envejecimiento y la muerte.

Todas las personas presentan un miedo natural al fracaso, lo rechazan y evitan. En el contexto hospitalario, el fracaso se relaciona con la muerte, generando comportamientos ansiosos, que se manifiestan conductualmente, tal como se señalan Gala, F.J., León, M., Lupiani R. y colaboradores (2002)²², de las siguientes formas:

a. No pronunciar la palabra muerte.

²¹ Tomás-Sábado, J., Gómez Benito, J. (2003). Variables Relacionadas con la Ansiedad ante la Muerte, Revista de Psicología. General. y Aplicada, Vol. 56(39), Págs. 257-279.

²² Gala, F., & Jiménez, L., y Cols., (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense, Vol., N ° 30, Págs. 39-.50.

Evitar referirse a la muerte, así como los conceptos que se relacionan con ella, ocultando a la persona enferma la verdad de su situación de salud. Es una conducta que genera un ambiente de engaño, que se justifica pensando, que constituye una actitud piadosa, pues libera a la persona moribunda y a su familia, de enfrentar este dolor. La palabra "muerte", es reemplazada por frases eufemísticas. Esta conducta, rebela la incapacidad personal de salud de asumir el rol, que le corresponde frente al proceso del final de la vida y lo exculpa de su falta de competencia para enfrentar este fenómeno y, el engaño que rodea la muerte en los hospitales. Sin embargo, los autores reconocen, que no es sólo el personal sanitario, el que participa en este juego, sino que también, la propia persona enferma en etapa terminal como sus cercanos. Todos saben, intuyen, pero se sienten incapaces de manejar la situación.

b. Evitar mirar al enfermo terminal.

La ansiedad que despierta el proceso de la muerte en el personal sanitario, lo lleva a alejarse de la persona que está moribunda, así como de sus familias. Una especie de protección del temor que les genera la situación, pues los enfrenta a su propia condición de seres mortales. La comunicación verbal se contradice con la comunicación no verbal, que manifiesta que lo que se ha dicho, no corresponde con la verdad. Esta situación, es una grave falta, pues hiere fuertemente a la persona en el final de la vida o bien a la familia que lo acompaña, pues se sienten abandonados, discriminados, no merecedores de cuidados y atención.

c. Obstinación Terapéutica.

El uso desmesurado del apoyo tecnológico y farmacológico en el final de la vida de las personas hospitalizadas, sobre todo cuando el pronóstico indica que no habrá mejoría, que la muerte es el destino inevitable, encuentra, en algunos casos su razón,

como la forma en que el personal de salud, procura reivindicar su incapacidad de acompañar de una forma más humana en este período de la vida, a la persona moribunda y su familia. Se crea la "ilusión" que se hizo "todo lo posible", para justificar el no haber asumido la conducta correcta: acompañar en el proceso, atender las necesidades biológicas y, sobretodo, psicosociales que experimentan los afectados en esta etapa del ciclo vital.

Las formas en que se expresa y se intenta manejar la ansiedad que la muerte provoca en el personal de salud, habla de la falencia en su formación profesional, en cuanto a competencias comunicacionales y en técnicas de manejo de crisis, que en el medio hospitalario se da principalmente, cuando el personal sanitario debe confrontar la muerte de alguna de las personas que atiende o cuida.

2.2.6 DESAFÍOS PRESENTES Y FUTUROS RELACIONADOS CON LA MUERTE.

La muerte como fenómeno naturalmente relacionado con la vida, depara enormes desafíos a quienes se desempeñan en el área sanitaria, así como a la sociedad entera, pues es un tema que no es ajeno a ningún ser humano.

La sociedad debe "acercarse" a la muerte, ya que esto le permitirá recobrar formas de aprendizaje que le ayudarán a enfrentar este ineludible momento como individuo mortal y como ser que acompaña. La reflexión en torno a este fenómeno, tal vez constituya, la única forma de alejar otras formas de enfrentamiento, que son antinaturales, dolorosas y rebelan el poco valor que adquiere la vida humana en la sociedad actual, especialmente, que quienes enfrentados a la inexorable muerte y los dolores a ella asociadas, se inclinan por la eutanasia.

La eutanasia, la buena muerte, en los lugares en los que es practicada, reconoce el derecho de decidir sobre como y cuando morir, pero a la vez, obliga a profesionales a cumplir con acciones que se alejan con la ética que los rige, en lo profesional, y en lo humano.

El aprendizaje de la muerte desde la primera infancia, su socialización, su aceptación ayuda a generar mecanismos de enfrentamientos sanos, que la reconocen como un período doloroso, pero natural, que hay que vivenciar, así como se ha hecho con otros momentos importantes de la vida, que se han superado, han ayudado al crecimiento personal y, que no, necesariamente, han estado exentos de dolor y sufrimiento.

Aprender a vivir la muerte, otorgarle un sentido, también es de responsabilidad de quienes se desempeñan en el área de la salud. Actualmente, hay dos áreas de desarrollo en el campo sanitario, que sin ser novedosos, pues llevan desarrollándose por casi de 40 años en el mundo, aportan con experiencia y conocimiento, sobre el tema. Se trata de los cuidados paliativos y la tanatología.

a. Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos modernos, surgen en Inglaterra, de la mano de Cicely Saunders, quien visionariamente, percibe la necesidad de personas enfermas, a las cuales la medicina no les ofrece curación, pero que aún así son sujetos de cuidados especiales y diferenciados, con el objetivo de ayudarlos a enfrentar esta etapa del ciclo vital, que los conduce a la muerte. Así surgen, los hospicios, que son lugares especializados en ofrecer una atención que pretende paliar los dolores y sufrimientos derivados del proceso de estar muriendo. Al decir, "paliar", se quiere hacer énfasis en el significado etimológico de esta palabra, que proviene del latín y se traduce como manto o protección. Es decir, cubrir, abrazar, acompañar, a quien muere.

En 1980, la Organización de la Salud, incluye el término Cuidados Paliativos, en relación a un programa de intervención en problemas de salud oncológicos. En el año 2002, entrega una nueva definición de este tipo de cuidados, que se expresa como "cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos".

Los cuidados paliativos surgen entonces, como una manera de enfrentar de forma más humana, las necesidades de quienes están muriendo, así como su entorno más próximo, con acciones concretas que tienen por objetivo abordar aquellos aspectos que hacen de la muerte un evento indeseable.

Para entender el concepto de "muerte como evento indeseable", es posible recurrir al "ABC" de este concepto, que de acuerdo a las siglas inglesas, se explican a través del siguiente perfil:

- A (Affraid): Miedo
- B (Burn-out): Desgaste Emocional
- C (Control of death) : Deseo de controlar la propia muerte
- D (Depression): Depresión ante la muerte
- E (Excrutiating pain): Dolor extremo e insoportable.

De acuerdo, a la filosofía de los Cuidados Paliativos todos estos conceptos, pueden ser abordados desde una perspectiva integral, mediante un trabajo multidisciplinario, que ofrezca a las personas moribundas y sus familias, la oportunidad de vivenciar este momento, con cuidados oportunos, que den respuesta a sus requerimientos, entendiendo la experiencia de la muerte en un contexto biológico, físico, psicológico, social y espiritual.

Desde esta perspectiva, y tal como lo recoge una comisión de expertos de la OMS (1990)²³, trabajar en este tipo de cuidados permite:

- i. Entender la muerte como una parte integral de la vida, y que su ocurrencia rebela, paradójicamente que se ha vivido, reafirmando, por lo tanto el valor de la vida.
- ii. Ofrecer alternativas humanas y dignas, que no lleven a quienes experimentan el proceso a desear acelerar la muerte, u optar por medidas de curación desproporcionadas, que sólo agregarán más dolor a este período de la vida.
- iii. Brindar cuidados que se centren, especialmente, en ocuparse en aquellos síntomas dolorosos y angustiosos, que viven las personas en el final de la vida.
- iv. Desarrollar espacios que permitan a las personas en el final de la vida mantener actividades, tanto físicas como intelectuales, tanto como les sea posible, evitando así, que se sientan inútiles.
- v. Desplegar diferentes acciones de apoyo profesional a la familia, desde un contexto biopsicosocial, tanto durante el proceso de la muerte, como en la etapa del duelo posterior. No abandonar nunca, sino que acompañar, siempre.

Finalmente, cabe mencionar, que los Cuidados Paliativos se rigen bajo cinco principios éticos básicos, que explican su esencia y objetivo. Estos principios son:

- i. Principio de Veracidad

²³ OMS, (1990) Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer, Informe de un Comité de expertos. Ginebra: OMS;, Serie de Informes Técnicos 804

El equipo de salud, debe procurar siempre actuar con la verdad frente a un diagnóstico que indica que no hay curación, y que la muerte es inevitable. Esta es una tema que no admite discusión de fondo, pero si de formas, pues dar una noticia como esta, no es algo menor, el profesional que lo haga, debe hacerlo procurando cercanía, empatía, respeto, dando espacios a la manifestación del dolor, consolando, callando si es necesario y explicando aquello que se cuestione. Si bien es cierto, se reconoce, que en algunas situaciones, la información debe ser dosificada, postergada al momento adecuado, pero ha de existir el momento en que el profesional, que debe ser el médico, por su responsabilidad en relación al diagnóstico, haga frente a la persona enferma terminal y su familia. Luego de ello, el resto del equipo de salud, especialmente, el personal de enfermería en el contexto hospitalario, sentirá la libertad de comenzar a brindar cuidados biopsicosociales en forma plena.

El principio de veracidad se apoya en los principios bioéticos clínicos básicos de:

- Beneficencia: En cuanto comunicar la verdad de la situación de salud de la persona enferma, tanto a ella como a su familia, puede constituir un beneficio para ellos.
- Justicia: Silenciar la información hace caer en lo que se denomina el "círculo del silencio", que puede llevar al abandono de esta persona enferma terminal y sus familias, no ofreciendo alternativas de cuidados integrales para la etapa de vida que experimentan, lo que puede generar más sufrimiento en ellos, generando una grave injusticia.
- Autonomía: Entregar información veraz y en el momento oportuno, permite, que tanto la persona en

el proceso de la muerte, así como su familia participen en la toma de decisiones, en cuanto a las medidas terapéuticas y de cuidado que se le ofrecen.

- No-Maleficencia: En algunas ocasiones, se debe evaluar la capacidad del enfermo terminal de enfrentar su situación, pues ya puede estar viviendo un período de depresión no tratada, que podría generarle más angustia y temor, frente a ello, y con el fin de no causar un daño mayor, se permitiría postergar, pero nunca negar la entrega de la información en torno su situación de salud.

ii. Principio de Proporcionalidad Terapéutica

Este principio se relaciona con el ofrecimiento de medidas terapéuticas, que basadas en la evidencia, representan una verdadera posibilidad de brindar bienestar integral a la persona enferma en el final de su vida, ello implica que le beneficie, en cuanto sea una medida que le permita prolongar su vida con calidad y sin sufrimiento.

iii. Principio del doble efecto del Manejo del Dolor y Supresión de Conciencia

El manejo del dolor debe ser una de las mayores consideraciones que el equipo de salud debe valorar. El uso de analgésicos potentes, debe plantearse como beneficioso para las personas en el final de su vida, cuando sufren dolor físico, en cuanto les permite sobrellevar mejor este período, no desgastarse en tratar de controlar un dolor intenso, permitirse el descanso para tener períodos de lucidez, que le posibiliten compartir

con los suyos. Asimismo, resulta favorable, contener químicamente, a la persona que se encuentra en un estado de agitación psicomotora, con el fin de permitirle descansar, jamás persiguiendo anular su conciencia.

iv. Principio de Prevención

De responsabilidad médica y, apoyada por el resto del equipo de salud, este principio dice relación con ir preparando a la persona en el final de la vida, en lo posible, y a la familia siempre, en cuanto a las posibles complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de la enfermedad terminal, a fin de evitar, situaciones que por no existir una preparación previa, el médico se vea obligado a ofrecer y aplicar medidas terapéuticas desproporcionadas a la enfermedad que padece la persona. Se relaciona con informar sobre el pronóstico de la enfermedad.

v. Principio de No Abandono

Este principio involucra a todo el equipo de salud, que por falta de competencias de enfrentamiento a estrés emocional, tienda a dejar de lado al paciente en el final de la vida y su familia, por la impotencia que puede producir la muerte en el personal sanitario. Sin embargo, cuando este tema se entiende como parte de la existencia humana, que el consolar y acompañar, constituye un deber moral entre las personas y ético en la práctica profesional, que permite reivindicar el principio básico de respeto a la dignidad de la persona sobre todo cuando la vida se extingue, así es posible, vivenciar esta experiencia como un aporte a la vida propia, personal e íntima del profesional, que genera crecimiento espiritual. En fin, una lección de vida.

Los cuidados paliativos, aportan una visión, que como se dijo anteriormente, no es nueva, sin embargo, en Chile, está recién incorporándose al ámbito de la atención sanitaria. Lo anterior, tal vez, sea producto del cambio en el concepto de salud, el cual, hasta hace muy poco, se le relacionaba con la ausencia de enfermedad, sin embargo hoy, se ha concluido, que frente enfermedades crónicas o, incluso en el proceso de la muerte, es posible experimentar una condición de salud, en cuanto, se le reconoce como un estado de bienestar, que trasciende lo físico, y considera otras dimensiones humanas como la social, la psicológica y la espiritual.

Los cuidados paliativos, no tienen ninguna relación con la eutanasia, más bien son su contrapuesto, pues su ética se sustenta en el valor de la vida y su preservación, con medidas terapéuticas adecuadas, con cuidados empáticos y amorosos, que tienden a cambiar la visión negativa que existe del proceso de la muerte en la sociedad actual.

Lo anterior se ve reflejado, básicamente en las acciones concretas que estos tipos de cuidados persiguen, y que se pueden resumir en los siguientes conceptos:

a. Rehabilitación

Los cuidados paliativos deben propender a que la persona acepte su condición de terminal, pero sin que ello signifique, una sobreprotección que le impida llevar una vida activa hasta cuando su estado lo permita. La sobreprotección no es una opción, pues establece un obstáculo para que la persona, que se encuentra en el proceso sabido de la muerte, viva la vida que le queda con libertad, creatividad y, que le permita realizar aquello pendiente o bien encontrar sentido a esta etapa de la vida. Esto requiere un trabajo cercano con la persona enferma terminal y su familia, ocupando todas las formas de comunicación para crear una situación vinculante entre los profesionales y la persona en el final de la vida y su familia, con el objeto de lograr, un cambio con respecto al concepto negativo de la muerte.

b. Esperanza

Podría parecer una paradoja pretender entregar esperanza cuando la muerte se transforma en certeza absoluta e inevitable, sin embargo, desde la concepción de los Cuidados Paliativos esto es posible, aplicando un comportamiento que reconozca en cada momento, que la persona moribunda es merecedora de un trato digno. Frente a ello, la actuación del personal sanitario es fundamental, en crear esperanza, que no se basa en hacerle creer que la curación es posible, sino más bien que es factible vivenciar esta situación sin tanto dolor. Orientar en la toma de decisiones que les permita establecer metas por cumplir, que sean posibles de realizar, ayudar a reencontrarse con sus seres significativos y como no, buscar respuestas a su situación a través del arte, la fe o la religión.

Evitar situaciones como la conspiración del silencio, el abandono, el dolor físico, el sufrimiento espiritual, y avocarse a que la persona se sienta considerado y amado, recuerde momentos gratos de su vida, hacerlo reír, ayudan a restablecer la esperanza, en que a pesar, que se sabe que la muerte está allí ha valido la pena la lucha por la vida, desde siempre, es decir mientras la muerte fue una certeza lejana y se convirtió en una certeza inmediata.

c. Acompañamiento calificado

El acompañamiento se refiere básicamente a estar en los momentos que la persona en el final de la vida o su familia requiere una explicación de los síntomas que se experimentan durante este proceso. Esclarecer dudas ayuda, disipa miedos, pero sobre todo hace que la persona moribunda y su familia no se sientan abandonadas.

Twycross (2000)²⁴ se refiere a la obra de Norman Cousins, *Anatomía de una Enfermedad*, la cual da cuenta de la importancia de una relación terapéutica basado en la empatía, en el contacto físico de la persona moribunda. Así Cousins se refiere a este aspecto desde la mirada del enfermo: "el total vacío creado por la añoranza irradicable, persistente y recurrente de un contacto humano cálido. Una sonrisa cariñosa y un apretón de manos tenían más valor incluso que las ofertas de la ciencia moderna, pero estas últimas eran mucho más asequibles que lo primero".

En el mismo artículo, el autor señala, que una enfermera le hizo notar la diferencia que existe en el médico responsable del diagnóstico, la terapia y establecer pronóstico, nada menor. Esta enfermera, según el autor, distinguía dos clases de médicos: "Médicos al lado de la cama, que se interesan por el paciente y médicos a los pies de la cama, que se interesan por la condición del paciente", algo que no es banal, pues desde su relación terapéutica con el enfermo terminal se abrirán los caminos para que el resto de los profesionales intervengan, sin obligar a éstos, a entrar en un conflicto, con quien se supone debe mantener informado a la persona en el final de su vida y a su familia de su condición de salud.

d. Atención personalizada

El alivio del dolor sin duda ayuda a disminuir una parte de la angustia que produce la proximidad de la muerte en la persona moribunda, sin embargo, es una puerta de entrada para que se vayan generando otros elementos estresantes. Conocer a la persona en el final de la vida, sus creencias, su familia, su cultura, sirven de orientación para tratar estos otros elementos generadores de angustias, pues cada proceso de muerte es único, por lo tanto la

²⁴ Twycross, R., (2000), *Filosofía y consideraciones éticas Acta bioethica*, 6(1)

respuesta para ofrecer apoyo oportuno y atingente se encuentran en la biografía de la persona que vivencia el final de su vida.

e. Importancia de los cuidados espirituales en el final del vida

Los cuidados paliativos tienen su origen en la fe, en el caso de occidente, sustentada en la tradición la judeo-cristiana, incorporándose, últimamente, elementos budistas que aportan elementos de reflexión, para dar sentido al final de la vida. ¿Porqué a mí? Es una pregunta frecuente en quienes están muriendo, el acercamiento con el mundo espiritual, que va más allá de la religión, es una ayuda a encontrar respuestas y consuelo. El personal que cuida, debe abrir espacios para llevar a estas reflexiones, tan llenas de abstracciones, pero que permiten establecer puentes que otorguen paz a quien está muriendo, pues muchos de ellos buscan reconciliación, perdón, restablecer relaciones quebradas.

Para finalizar, es necesario hacer un fuerte énfasis, que este tipo de cuidado requiere de un gran compromiso del equipo de salud, que debe ser multidisciplinario, conformado por un médico, enfermera, psicólogo, asistente social y un guía espiritual, que unidos en su convicción que es posible hacer los últimos momentos de vida, una etapa constructiva para quienes lo vivencian, mediante el despliegue de habilidades técnicas, comunicacionales y humanistas de quienes cuidan, tanto a quienes transitan hacia la muerte y sus familias, así como el apoyo que entre el equipo se dan unos a otros, ofreciéndose, también un cuidado y preocupación de los que a ellos les acontece.

b. Tanatología

La tanatología es un término que fue creado por el ruso Elie Metchnikoff en 1901, y que en sus orígenes se relacionaba fuertemente con la medicina forense y el estudio de los cadáveres. En Chile, aún se asocia a ello.

En los últimos 40 años, los estudios de Elizabeth Kubler Ross, en relación a las necesidades de las personas moribundas y, los aportes de Cicely Saunders, en cuanto a la implantación de un tipo de cuidados integrales, que eran pertinentes ofrecer a quien se encontraba en el final de la vida, que mitigaran su dolor e hicieran el tránsito a la muerte más natural, se va gestando la Tanatología, como la ciencia que se ocupa del estudio de la muerte, centrándose en el impacto que ésta tiene en quien la vivencia y en quienes lo acompañan. Como los Cuidados Paliativos, se centra en la premisa de cuidar siempre, aún cuando la curación no sea posible.

El enfoque de la Tanatología es multidisciplinario, y aunque en su aplicación, no se diferencia mucho en lo que se plantea en los Cuidados Paliativos, tal vez su diferencia radica, en recuperar el misterio y la sensibilidad que despertaba la muerte en la sociedad, cuando era más humana y natural y, menos tecnologizada e individualista. Tal vez recobrar la dulzura de la muerte.

Para entender esto de la dulzura de la muerte, tal vez allá que recurrir a explicar, de donde proviene el vocablo tanatología. De acuerdo a mitología griega, Thanatos, era la diosa de la muerte, hija de Eufrone, diosa de la noche o madre del buen consejo y Erebo, que es el infierno. La diosa de la muerte es hermana de Hipnos, dios del sueño. Por su parte Erebo era hijo del Caos.

Mitológicamente, la muerte se relaciona con la noche, sabia consejera, con el sueño tranquilizador, pero también con el sufrimiento del infierno. Finalmente, la relación de la muerte con el caos, le otorga un margen de imprevisto a su condición. Además, esta diosa de la muerte, tiene una imagen característica, que se representa por tres elementos: una guadaña para segar la vida de las personas como la de las flores del campo, un ánfora para guardar los restos de las personas muertas y una mariposa como esperanza de una nueva vida.

Por lo tanto, en la mitología griega, ya se esbozan los primeros arquetipos que acompañarían el concepto de la muerte durante la historia de la humanidad:

- Sufrir un sentimiento de caos, desorganización cuando se vivencia el proceso de la muerte.
- Morir durante el sueño
- Entrar en la noche eterna
- Saber que la muerte siempre ronda para cegar la vida del hombre
- Conservar los cadáveres de los muertos en lugares que permitan recordarlos
- Entregar una luz de esperanza ante la fatalidad de la muerte.

Al remontarse a este mito, explicado muy brevemente, es posible entender la esencia de la tanatología como ciencia, ya que su objetivo es procurar encontrar el sentido de la muerte y presentarla de una forma activa a quienes están vivenciando este proceso, y a entregar herramientas espirituales para enfrentar la muerte a toda la sociedad. Este sentido, es una experiencia personal, una búsqueda interna que variará de persona en persona, tanto del que está muriendo, como el que acompaña (familia, amigos, personal sanitario) y, de la persona que asumida como mortal, busca durante su existencia de dar sentido al tránsito por la vida.

Poner la muerte como tema de reflexión y trascendencia, que permite crecimiento y desarrollo para los que acompañan, y entregan paz a quienes mueren, es el objetivo final de la tanatología. Tal vez el desafío, en palabras de Margarita Bravo Mariño (2006)²⁵, radica en: "fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes, para enfrentar con éxito la difícil, pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la "cultura de la muerte", mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad".

²⁵ Bravo Mariño, M., (2006), *¿Qué es la Tanatología?*, Revista Digital Universitaria, Vol. 7, N ° 8

2.3 MARCO ETICO - VALORICO ASOCIADO A LA MUERTE DEL ADULTO MAYOR

2.3.1 GENERALIDADES DE LA BIOÉTICA

La bioética, como disciplina, surge de la necesidad de enfrentar las consecuencias de mundo cada vez más tecnologizado, que

tiende al individualismo y que, ha producido un desfase entre el desarrollo de normas morales, que constituyen actitudes para enfrentar desde una perspectiva personal y, con aceptación social, acciones que ocurren en la cotidianidad, para determinar lo que es correcto, bueno o justo. Dicho de otro modo, el vertiginoso avance tecnológico, no fue a la par con la reflexión moral de las personas en sociedad, de tal forma, que permitiera definir los límites que eran necesario establecer, para que estos avances, no produjeran daño a la persona, en su ser como individuo, y como parte de una sociedad.

Frente a este dilema, surge la bioética, que a diferencia de lo que muchos estiman, trasciende el contexto biomédico y, destaca por su amplitud y por su enfoque multidisciplinar.

La bioética es una disciplina aplicada, no filosófica, que intenta, mediante la reflexión, dar respuesta a conflictos "derivados de la manipulación técnica de la vida y el medio ambiente que la sustenta, que de otra forma representan una amenaza para la vida individual y colectiva"¹².

De la reflexión bioética no se pretende dar respuestas morales, porque estas tienden a ideales, sino más bien soluciones racionales a los conflictos y problemas emergentes que presenta la sociedad actual, manifestados por cambios en su estructura, de forma tan rápida, que no permite el consenso social, del cual surge la norma moral. La bioética se centra básica en dos aspectos, a saber:

- a. Las relaciones del hombre con la naturaleza: a grandes rasgos este punto cobra relevancia, en tanto, la tecnología permite al hombre intervenir como nunca antes se vio, la naturaleza. La visión antropocéntrica, predominante, en la sociedad, que en otras épocas no constituía un peligro, se transforma en una visión sumamente riesgosa y, se vuelven una amenaza para la propia vida del hombre en el planeta, en tanto obliga a plantearse la vida desde otra perspectiva, reconociendo la interdependencia entre medio ambiente, la vida

humana y la vida general del planeta. La intervención del hombre, debe ser lo menos invasivo posible, pues la vida humana depende del equilibrio de los ecosistemas. En este contexto, entonces, surgen cuestionamientos relacionados con la sustentabilidad del medio ambiente, el consumo energético, la explosión demográfica entre otros.

- b. Las relaciones del hombre consigo mismo: la tecnociencia también trae consigo nuevos desafíos. Uno de ellos marcados por el proceso de globalización que vive el planeta, en el cual la pluralidad, hace que coexistan diferentes morales en una misma sociedad, lo que obliga a pensar y actuar con tolerancia y respeto, lo que se vuelve, a su vez, en una oportunidad de crecimiento en lo humano de la persona, en tanto permite reconocer, ahora más que nunca lo unívoco de la realidad, y que esta situación puede llevar al enriquecimiento de la visión sesgada que se tiene del mundo, cuando existe uniformidad social. Asimismo, surge otro punto, y que tiene que ver con la oferta que las nuevas tecnologías ofrecen a la persona. Así, en la actualidad, la persona se enfrenta a situaciones, antes inimaginables, que afectan a la vida humana, como son la clonación, los trasplantes de órganos, fecundación in Vitro, o simplemente, la prolongación de las expectativas de vida de las personas. Estas nuevas posibilidades exigen un debate, que oriente en torno a como enfrentarlas, sin que ellas se vuelvan una amenaza para la persona y la vida del planeta.

2.3.2 LA PERSONA ADULTA MAYOR: UN DEBATE BIOÉTNICO.

Las condiciones de desarrollo económico y tecnológico, produjeron que en el Siglo XX, se comenzara a gestar una situación, que sin duda, se convertirá en el gran desafío que las personas del Siglo XXI, deberán enfrentar en la sociedad globalizada.

La disminución de las tasa de fecundidad y el aumento de las expectativas de vida, han llevado a que el grupo etáreo compuesto por las personas mayores de 60 años crezca de una forma significativa, poniendo sus necesidades, como un requerimiento emergente. Algo de lo cual, las sociedades, entre ellas la chilena debe hacerse cargo.

En lo que se refiere al ámbito de la salud, la persona adulta mayor, no es por su condición un enfermo, pero no se puede desconocer que su situación de envejecimiento, lo hace más propenso a presentar un deterioro natural de salud, derivado de su propia condición, que se agrava con la concomitancia, que se produce habitualmente, con enfermedades crónicas asociadas a los estilos de vida y el envejecimiento.

A lo anterior, hay que agregar que, conforme avance en edad, la persona adulta mayor, estará necesitada de mayores acciones de cuidado, pues se quiera o no, su funcionalidad física e intelectual disminuirá y, si se les pretende otorgar un trato que responda a sus necesidades, estas acciones deberán ser asumidas por alguien.

En relación al mismo punto anterior, aquello, resultaba más frecuente en la dinámica de una estructura familiar extendida, en el cual los adultos mayores y los hijos compartían un hogar, hoy los hijos emigran, quedando los adultos mayores solos, aun cuando mantienen relaciones con sus hijos, no necesariamente estas relaciones derivan en una fuente de cuidado integral, teniendo en cuenta que con el envejecimiento, el grado de dependencia aumenta, y con el envejecimiento avanzado de la población, dicho grado será aún mayor²⁶.

²⁶ SENAMA, (2009), Las persona Mayores en Chile, Situación, Avances y Desafíos del Envejecimiento a la Vejez, Pág. 27.

De lo anterior, queda claro, que el envejecimiento es un tema relevante, que aporta muchos desafíos a la sociedad chilena. De acuerdo a Adela Herrera: “La preocupación de la sociedad chilena por los derechos de las personas mayores ha sido escasa” (2004).

Esta despreocupación, se hace también presente, en el campo de la salud, en el cual predomina la ética hipocrática, que tiende al paternalismo y al tratar, a las personas, y sobre todo a la persona adulta mayor, como incapaz de decidir en temas relacionados con su salud, dado el estigma que vivencian las personas en la medida van envejeciendo, en cuanto a su deterioro intelectual.

El envejecimiento es un proceso fisiológico en las personas, que produce cambios en la estructura biológica de la persona, en su comportamiento psicológico, su capacidad cognitiva, que se manifiestan por modificaciones en las capacidades de esta persona, que lo enfrenta a deterioros en su capacidad funcional (reacciones más lentas en lo físico y cognitivo), pérdidas (jubilación, partida de los hijos, muerte de contemporáneos) y temores (soledad, abandono, incapacidad, muerte).

En lo social, el envejecimiento, obliga a abordar estas transformaciones que vivencia el adulto mayor, de tal forma que su mayor expectativa de vida, le resulte placentera, y no una carga de amargura, la cual debe enfrentar solo.

El principialismo, como metodología bioética, ayuda en la generación de un análisis, que intente entregar directrices, sobre como abordar la problemática que el envejecimiento genera socialmente, y por sobre todo, intentar dar respuestas a las necesidades que los adultos mayores tienen. A continuación se hace una breve síntesis de los principios bioéticos propuestos por esta metodología, asociándolo con el envejecimiento:

a. Principio de No-Maleficencia

Este principio se basa en el reconocimiento en que todas las personas son iguales y merecen un trato considerado y respetuoso, si bien no se puede pretender "ayudar", si la persona no quiere esta ayuda, se debe evitar causarle algún mal, es decir actuar evitando, siempre, tomar decisiones que los pudieran exponer a peligros físicos, y emocionales. A veces estos abusos podrían ser no intencionales, lo que constituye un atenuante, pero aún así se considera una falta. Ante la vulneración de este principio, es posible, incluso, solicitar resguardo legal para el adulto mayor.

En el caso del adulto mayor, este principio se puede ver vulnerado cuando la persona, es sometida a varios tipos de abusos, que se manifiestan como:

- i. Abusos de tipo físico: Se refieren a todos aquellos derivados de la violencia física, como golpear, agredir con objetos, abusos sexuales. Incluye, también, las negligencias intencionales o no intencionales, que producen un deterioro del estado físico de la persona adulta mayor, como desnutrición, deshidratación, higiene deficiente, entre otras situaciones.
- ii. Abusos psicológicos: Se refiere a abusos que provocan humillación y afectan la autoestima del adulto mayor. Se manifiestan por gritos, insultos, tratarlos como niños, las amenazas de abandono.
- iii. Abusos económicos: Considera el uso y abuso de los dineros y bienes del adulto mayor sin su consentimiento, engañarlos en cuanto a sus ingresos y los gastos derivados de su cuidado.

b. Principio de Justicia:

Se sostiene en la premisa que todas las personas, independiente de su condición, deben ser tratadas con igual consideración y respeto, de no ser así, se cae en la injusticia. Su manifestación social está básicamente, en apoyos sociales, que permitan que el adulto mayor no sufra carencias económicas, que afecten su derecho a recreación, vivienda, alimentación, salud, entre otros derechos. En materia de salud, este principio se relaciona con la oferta que las instituciones sanitarias otorgan, y aquí surge un conflicto, en cuanto a que, los recursos en salud, siempre son limitados, y tienden a ser ofrecidos a quienes tienen mayores posibilidades de recuperación de su salud al sufrir una enfermedad, primando un ética utilitarista, obviando la equidad, en las decisiones que tienen que ver con la distribución de los recursos en salud.

Dentro de la mirada utilitarista que prevalece en el sector sanitario, ante la oferta de prestaciones a las que acceden los adultos mayores, surge el dilema ético, en el cual el rendimiento en salud no siempre debería ir asociado a la recuperación de la enfermedad, sino más bien lograr un estado de bienestar que permita preservar la salud de acuerdo a lo esperado por el ciclo vital de cada persona. En el caso del adulto mayor, no se deben descartar procedimientos médicos de los cuales la persona adulta mayor puede beneficiarse, pero también, y sobre todo, debiera considerarse acceso a actividades de cuidado, como pueden ser el domiciliario de tipo paliativo, apoyo externo a los cuidadores informales, centros de atención de día, etc., brindando con ello, una propuesta diferenciada para mantener la salud del adulto mayor, considerando todo aquello, como un término amplio, que trasciende la presencia de enfermedad.

c. Principio de Autonomía:

Este principio se sustenta la necesidad de reconocer en toda persona la capacidad de tomar decisiones en forma libre e informada. Permitir la deliberación de la persona adulta mayor, en tanto su condición física, mental, psicológica se lo permita es un derecho que no debe ser transgredido. No imponer determinaciones al adulto mayor es una cuestión difícil, pues con una actitud maleficente, se les comienza a tratar como niños, personas incapaces, las que requieren ser regulados en su libertad de elegir.

En el contexto sanitario, cobra suma importancia el Consentimiento Informado, que le permita a este adulto mayor dejar establecido lo que desea como tratamiento y cuidado, siempre y cuando esto no transgreda la legalidad vigente. Si bien es cierto, muchas veces informar a un adulto mayor no es una tema fácil, los profesionales de la salud, deben hacerlo adecuando su vocabulario, tomándose el tiempo necesario para escuchar su decisión, poniendo atención a los detalles que puedan indicar que la comprensión de lo explicado no ocurrió. Así, el principio de autonomía, reivindica el rol social de la persona adulta mayor, en cuanto no lo descalifica en su condición de persona.

d. Principio de Beneficencia:

Este principio se basa en el postulado de lograr el mejor bien para todos. Un requisito para ello, implica hacer énfasis que este bienestar debe ser consensuado socialmente. En el caso de la persona adulta mayor, debiera existir acuerdo, que no puede haber beneficencia si se vulnera la autonomía de ella.

En el contexto de la salud, la beneficencia, tiende a ser mal comprendida, pues, tiende a generar un conflicto con las exigencias sociales que le son impuestas al equipo de salud, relacionados con los principios de justicia y no

maleficencia, en tanto, que el rol que puede que se establece del principio de beneficencia se tiende a limitar, ya que este se sustenta en valores imperfectos como el amor, el respeto y cariño, siendo la familia, la fuente principal que los provee. Sin embargo, si el concepto salud, es interpretado desde una perspectiva holística, es fácil entender que el equipo de salud, y en especial, las enfermeras por su formación humanista, resultan ser profesionales capaces de cumplirlo, intentando a través del diálogo, con las personas involucradas, encontrar caminos, que dentro de la legalidad vigente, les permita acceder a opciones de tratamientos curativos y de cuidados, que sean considerados provechosos para la salud de las personas, tanto por quien los recibe, como por quien los otorga.

2.3.3 LA ÉTICA DEL CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA DEL ADULTO MAYOR.

El cuidado es la manifestación práctica de la enfermería como profesión, disciplina y ciencia, pero se ha de ser claro y justo: el cuidado trasciende a la profesión, y es una experiencia milenaria, compartida, históricamente, por mujeres, que dedicaban sus vidas al cuidado.

Pero ¿Qué es el cuidado?, ¿Cómo se manifestaba antes de la enfermería?, ¿Qué huellas ha dejado la historia milenaria del cuidado en la enfermería actual?

Hurgando en la historia silenciosa del cuidado, surgen susurros que ayudan a entender este fenómeno, que se manifiesta en

acciones concretas, y que se ha ido construyendo sobre principios humanos, que han definido una ética: La Ética del Cuidado, la cual, se caracteriza por su fuerte vínculo con el mundo femenino, en cuanto a la forma de comprender e interpretar los fenómenos desde una perspectiva moral, es decir lo que es correcto y lo que no lo es.

El cuidado, milenariamente, ligado al sexo femenino se nutre de las relaciones que se construyen entre las personas que cuidan a sus prójimos y, éstos que reciben su cuidado (preocupación y atención), asociado todo ello, con el entorno en el que éste se desarrolla. La relación se sustenta en que la cuidadora se hace responsable del bienestar del otro. En otras palabras, el cuidado es responsabilidad, antiguamente centrada en otro (s), actualmente, además consigo mismo, por lo tanto, en esta Ética del Cuidado, el autocuidado emerge como un comportamiento relevante, sobre todo cuando éste, es expresado no sólo en el "yo", sino en el "nosotros", es decir como una acción recíproca de responsabilidad de unos con otros, otorgándole igualdad al fenómeno del cuidado.

Karol Gilligan, filósofa estadounidense, ha dedicado gran parte de su carrera académica, al estudio de la Ética del Cuidado, aún cuando previo a ella, el término ya era usado, es a partir de sus trabajos, que éste es aceptado y validado como una conocimiento idóneo, que ha sido puerta de entrada para que otras estudiosas, indaguen en una postura construida en base al rol social que la mujer ha cumplido, y que por muchos años fue despreciada o subestimada, por los estudiosos de la ética por considerarla de una envergadura menor, en cuanto ella se crea en la relación de apego con el otro, en la protección, la empatía.

Esta visión ética reconoce que ante una disyuntiva moral, existen diferentes voces que deben ser atendidas para entender el fenómeno, y conlleve a tomar una decisión responsable, diferente a la visión masculina, construida culturalmente, y que se manifiesta en la Ética de la Justicia, en la cual los conflictos morales, se resuelven a través de una postura de separación (objetividad), basándose en los derechos, que sigue una sola línea de análisis, con un juicio

autónomo, que procura alejarse emocionalmente del conflicto y abordarlo desde la razón.

Gilligan, reconoce que estas posturas son construcciones culturales, al igual como lo hace Humberto Maturana, cuando habla de las sociedades matrísticas y patriarcales, por lo tanto, un hombre o una mujer, no están predestinados genéticamente a asumir una u otra postura. No obstante, la diferencia entre sus posiciones radica, en que Gilligan asume una posición conciliadora, en cuanto reconoce que ambas éticas son complementarias, para Maturana, la solución de los problemas humanos está en establecer una cultura matrística, sustentada en el apego, la empatía, la responsabilidad, el amor, virtudes presentes todas, entre otras, en el cuidado.

Las implicancias de la Ética del Cuidado en la Enfermería, es fundamental, y citando a María Consuelo Santacruz Caicedo (2006)²⁷, es posible manifestar que la enfermería se justifica, en tanto: "...el bien interno, por el que cobra toda su legitimidad social, es el cuidado; el cual, definido desde la ética del cuidado, tiene un significado moral y se considera como toda acción que contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y los grupos, o como aquello que promueve y fomenta la vida y la salud. Pero, naturalmente, para alcanzar estos objetivos es preciso dominar un conjunto de habilidades y técnicas y saber hacer uso de ellas desde unas actitudes y unos valores que permitan enfocarlas en la mejor dirección, trascendiendo el ámbito interdisciplinar, buscando siempre el bienestar del paciente, respetando los derechos de las personas que se cuida para asegurar que sus necesidades sean atendidas de una manera eficiente y humanizada, con el compromiso de que la moralidad de sus acciones se derivan precisamente en buscar que se proteja y se promueva la dignidad de las personas que reciben atención en salud."

Hasta ahora, se ha abordado la Etica del Cuidado, como concepto general, pero sin aún, establecer un vínculo con la muerte de la persona adulta mayor hospitalizada. Para abordar este fenómeno,

²⁷ Santacruz Caicedo, M., (2006), La Ética del Cuidado, recuperado el 21 de diciembre de 2010 desde <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/ETICA%20Y%20CUIDADO.pdf>

tal vez sea más adecuado plantearse una interrogante, cual es ¿Cómo se evidencia en la práctica clínica de enfermería la ética del cuidado frente a un adulto mayor que está muriendo?

Sin duda, la pregunta abre un debate complejo, pues es necesario considerar, el contexto en el que ocurre el fenómeno: un hospital, lugar que por tradición es donde la comunidad busca curación física. Se ha de reconocer que en el caso del adulto mayor, muchas de sus dolencias físicas responden a un deterioro propio del ciclo vital que vivencian, por lo tanto, la curación, a veces, no será posible. Ante este escenario, los hospitales deben desarrollar nuevos enfoques, destinados a dar respuestas a las necesidades que esta situación exige.

En el ámbito de la enfermería hospitalaria, es posible enfrentar el desafío de la muerte del adulto mayor hospitalizado con valores éticos sustentados en el cuidado. Según Feweet (1990)²⁸, "podemos ofrecer cuidado según el lente con que veamos al mundo, puede ser: de forma reactiva, cuando la enfermera se considera dueña del saber, ella es autoridad e impone su criterio de cuidado y eficacia a la persona que necesita el mismo. De forma recíproca, la enfermera se valora a si misma, reconoce su saber, escucha y observa a la persona y tiene en cuenta su saber sociocultural - ambiente y red de apoyo familiar; además toma en cuenta el potencial, el saber y la sensibilidad que adquiere la persona sana o enferma para cumplir con ella en la experiencia de cuidado mediante una interacción subjetiva. De forma simultánea, la enfermera y otras personas son parte del sistema de interacción." De lo anterior es posible reconocer, que en la práctica profesional de enfermería, la ética del cuidado, se manifiesta en acciones de cuidado, pero no necesariamente estas acciones, están impregnadas de los valores que son inherentes a ella.

En el caso del adulto mayor hospitalizado, los valores éticos tal vez no sean diferentes al resto de las personas hospitalizadas, pero dado el trato social que éste recibe en la

²⁸ Rodríguez, L., & Valle-Rondon, R. (2008). Bioética. Cuidado humano. Ética discursiva en nuestra cotidianidad Profesional. Recuperado desde <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1241/1/Bioetica-Cuidado-humano-Etica-discursiva-en-nuestra-cotidianidad-profesional.html>

sociedad, pueden ser olvidados. Así entonces, Fermín Valdés Domínguez (2007)²⁹, reconoce que:

- La validez de la ética del cuidado tiene que ver con el valor de la intimidad de la persona como ser único, que toma decisiones desde sus propios ideales, sus mitos, sus símbolos y su propia visión de la realidad.
- En la relación entre el que cuida y el cuidado se establece el reconocimiento del ser humano como tal, en la otra persona, ya que cada una proyecta en el otro la inquietud abierta y comunicativa del humano en sí mismo.

Además, agrega, que hay comportamientos profesionales que ayudan a enfrentar los dilemas éticos, propios del ejercicio profesional de la enfermería como son:

- Actitud de escucha.
- Empatía.
- Ponerse en el lugar de la persona cuidada.
- Favorecer la autonomía

A lo anterior, habría que agregar, mantener una relación basada en la veracidad, de ser posible y, ante todo, con la persona adulta mayor hospitalizada, sin olvidar a su familia, apoyándose siempre en los principios básicos de la bioética, especialmente la autonomía del paciente.

²⁹ Valdés Domínguez, F., (2007) Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería, Rev. Cubana Enfermería v.23 n.1 Ciudad de la Habana

2.4 MODELOS TEORICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO Y LA MUERTE³⁰

2.4.1 TEORÍA DE LA AUTOTRASCENDENCIA DE PAMELA G. REED

La Teoría de la Autotrascendencia de Pamela G. Reed, se basa en tres supuestos básicos que procuran explicar el desarrollo de la persona durante el ciclo vital. Estos son:

1. El desarrollo humano es un continuo que se presenta en forma progresiva durante toda la vida, que incluye el envejecimiento y la muerte.
2. El desarrollo humano es inherente en una serie de factores que son humanos y contextuales. Esto lleva al reconocimiento que el

³⁰ Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2007). Modelos y Teorías de Enfermería, Ediciones Elsevier, Madrid, España

ambiente es un activador o un obstáculo para el desarrollo humano.

3. Por el último, Reed, reconoce que durante el envejecimiento, la condición psicológica, influye fuertemente en la funcionalidad del adulto mayor. Las personas adultas mayores en estados depresivos, vivencian un estado de mayor vulnerabilidad, en cuanto sus capacidades físicas y cognitivas se ven menguados frente a quienes no padecen un trastorno del ánimo.

Basado en estos tres supuestos, Reed plantea que la naturaleza en el desarrollo de las personas adultas mayores en la etapa del envejecimiento, implica enfatizar y otorgar la trascendencia que posee, el mantenimiento de la salud mental de la persona, para lograr una sensación de bienestar que permita un desarrollo continuo de ella.

La Autotrascendencia en la vejez, se explica principalmente, con conceptos como: salud física, relación con los hijos, situación económica y preguntas sobre la vida y la muerte, los que se van construyendo de acuerdo al significado que la persona le otorga en la relación que tiene con su medio ambiente social y material, así como en el contexto histórico y cultural, en que éstos se establezca.

Los conceptos teóricos fundamentales, que utiliza Reed, para explicar su teoría son tres. Estos son:

1. Vulnerabilidad: Reed define este concepto como la conciencia que tiene la persona sobre la naturaleza mortal del ser humano, la que se va acentuando principalmente, a medida que se avanza en edad. Además, esta idea se enriquece, ya que incluye crisis vitales normativas y paranormativas como pueden ser la jubilación, la muerte de un hijo, de la pareja, etc.
2. Autotrascendencia: Se refiere a la potenciación que genera la persona frente a los propios límites que ella ha impuesto en su vida, generados ellos, desde una perspectiva multidimensional, considerando la introspección (búsqueda interna), aumentando,

fortaleciendo y adecuando las relaciones con los demás (construidas desde las experiencias pasadas y presentes y los deseos futuros), por lo tanto, una vivencia que se da en un contexto temporal. La Autotrascendencia implica ampliar los límites "traspersonalmente", es decir, intentar incrementar la visión de la realidad, por medio de la meditación que permita conectarse, profundamente, con lo que es concretamente perceptible.

3. Bienestar: De significancia individual, se refiere a como la persona define su plenitud, de acuerdo a sus propios criterios, el cual va cambiando a lo largo del ciclo vital, pues depende de dos circunstancias que surgen dese el cambio de complejidad de la vida de una persona (envejecimiento, crisis normativas y paranormativas) y la capacidad de la persona para integrar positivamente estas experiencias.

El proceso de Autotrascendencia se ve afectado por factores moderadores y mediadores que son una progresión de una extensa cantidad de variables que en una interacción contextual contribuyen o alteran el proceso de bienestar o, bien incrementar, los riesgos de vulnerabilidad de la persona. En el trabajo de Reed, se identifican variables como:

- Edad
- Sexo
- Capacidad cognitiva
- Espiritualidad
- Entorno Social
- Acontecimientos históricos

De acuerdo, a Reed estas variables deben ser consideradas en la gestión de los cuidados hacia una persona en el proceso de envejecimiento, pues un abordaje adecuado, permite fortalecer el proceso de autotrascendencia, aumentar el bienestar y disminuir la vulnerabilidad de la persona adulta mayor. De esta forma se estimula la autocuración, en cuanto la enfermera dirige su gestión en la

promoción de conducta que estimule la reflexión, la esperanza y la fe, lo que logra un estado de felicidad o equilibrio en la persona y permitir un tránsito exitoso en la etapa de envejecimiento de la persona.

2.4.2 TEORÍA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA DE CORNELIA M. RULAND Y SHIRLEY M. MOORE

Teoría de Anclaje elaborada por Ruland y Moore, que es presentada en un modelo que aplica el concepto de estructura, proceso y desenlace.

En la Teoría del Final de la Vida, la estructura lo constituye la persona en el final de la vida y su familia o allegados, que están recibiendo cuidados de enfermería en un hospital o en sus hogares. Los cuidados de enfermería constituyen el proceso, que se construye en base a la gestión del cuidado de enfermería que persigue satisfacer las necesidades de la persona en el final de la vida y sus allegados, con el fin de lograr un resultado, que en este caso, es simplemente, que la persona que se encuentra en el final de la vida y sus cercanos logren vivir este proceso, que culmine como una experiencia satisfactoria para quienes vivencian esta experiencia.

Esta es una teoría de mucho pragmatismo, pues constituye una guía en que se debe enfatizar ciertos aspectos en la gestión de los cuidados de las personas en el final de la vida, para lograr el final tranquilo de la vida de la persona que vive sus últimos días y de conformidad para sus cercanos.

Según Ruland y Moore, el Final Tranquilo de la Vida, es un proceso que considera las siguientes etapas a cumplir en la gestión de los cuidados de enfermería:

1. Ausencia de Dolor: Factor fundamental en quien vivencia el Final de la vida, pues abordar, disminuir u ojala mantener a la persona en el proceso de muerte sin dolor físico, pues de alguna forma el malestar físico produce merma en la condición emocional de la persona y de sus cercanos.

2. Experiencia de Bienestar: Este componente define el bienestar como ausencia de molestias físicas, psicológicas y emocionales, que propenda a que la persona en el final de la vida se sienta relajado, tranquilo, esperando que esto le produzca cierto grado de satisfacción.

3. Experiencia de Dignidad y Respeto: Este concepto se relaciona firmemente, con la autonomía de la persona que se encuentra en el final de la vida, considerando que a pesar de su condición, continúa siendo un sujeto que merece ser tratado con dignidad y respeto, mediante el fortalecimiento de la autonomía de la persona moribunda, en cuanto a las decisiones que se tomen en torno a los cuidados que se les ofrezcan. Ante la disminución de la capacidad de autonomía de la persona en el proceso de la muerte, debe reconocerse el derecho de protección de ellas.

4. Estado de Tranquilidad: La gestión de los cuidados de enfermería deben procurar llevar a la persona en el final de la vida y sus cercanos a un estado de calma, liberados, dentro de lo posible de la ansiedad que provoca la cercanía de la muerte, que les permita disminuir el miedo ante lo desconocido.

5. Proximidad de los Allegados: Esta idea explica la importancia que tienen las personas cercanas a quien vive el proceso de la muerte como fuente de apoyo, pues su cercanía reivindica su necesidad de pertenencia y de amor, que se expresa, a través de relaciones amorosas e íntimas. La gestión de cuidados de enfermería debe atender a esta necesidad, y favorecer este acercamiento.

Finalmente, cabe mencionar los supuestos en los que se sustenta esta teoría, y que sirven como guía para gestionar cuidados atingentes para las personas que vivencian esta etapa del ciclo vital, así como a sus cercanos. Estos supuestos son:

1. Los sentimientos que despierta el proceso de la muerte en la persona que vivencia esta experiencia, así como sus cercanos son personales e individuales
2. La gestión de cuidados de enfermería constituye una eslabón crucial para hacer del proceso del final de la vida, una experiencia favorable, tanto para la persona que está en el proceso del final de la vida como sus cercanos, pues a través de la continúa interacción de la enfermera, con los involucrados en el proceso surge la información necesaria que permite diseñar un plan de cuidados que respondan a sus necesidades, procurando que esta etapa del ciclo vital se viva en serenidad, y sea una oportunidad de crecimiento y trascendencia para todos los implicados en el proceso del final de la vida.
3. La gestión de los cuidados en enfermería de las persona en el final de la vida debe considerar siempre a su familia o cercanos, pues ellos también son parte constitutiva del cuidado que la persona en el proceso de muerte requiere, como fuente de cuidado y como merecedores de él.
4. El objetivo de la gestión de los cuidados de enfermería, en las personas en el final de la vida tiene como objetivo cuidar de acuerdo a las necesidades humanas que se generan en este proceso único y personal. En ningún caso la planificación de los cuidados debe considerar en forma juiciosa el uso de tecnologías y tratamientos médicos y enfatizar los cuidados que tiendan al bienestar, para aumentar la calidad de vida de las personas involucradas en el proceso del final de la vida, manifestado esto a través del alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales.

Mediante, la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, Ruland y Moore, proponen un abordaje integral de la persona moribunda y sus cercanos, que considere a las personas de forma universal, en todas sus dimensiones, de tal forma que la muerte se alcance en un estado de serenidad y aceptación, con respeto a la autonomía de la persona que está muriendo, apoyando a las familias o cercanos y protegiendo (o defendiendo) a la persona en el final de la vida cuando se vulnera su derecho a saber, participar de sus cuidados o, bien se le someta de forma innecesaria a tratamientos fútiles.

2.5 LA GESTIÓN DEL CUIDADO Y SU IMPACTO EN LOS CUIDADOS EN EL FINAL DE LA VIDA

En el año 1997, se reconoce en el Código Sanitario Chileno, en su artículo 113, la Gestión del Cuidados de Enfermería, estableciendo que "Los servicios profesionales de Enfermería comprenden la Gestión del Cuidado en lo relativo a la promoción, mantención, restauración de la salud y prevención de enfermedades y lesiones". Al mismo tiempo establece que los servicios de enfermería "también comprenden la ejecución de acciones derivada del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente".³¹

Esta declaración aporta nuevos elementos a la práctica profesional de enfermería, la que previamente era identificada socialmente por su rol de colaboración médica, ignorando la amplia gama de actividades centrada en el cuidado de las personas, tanto sanas como las enfermas. Lo anterior, es un reconocimiento explícito de la autonomía que tiene la profesión de Enfermería.

³¹ Milos, P. (2010). La "Gestión Del Cuidado" En La Legislación Chilena: Interpretación Y Alcance. Ciencia y Enfermería, Vol. 16 (1), Págs. 17-29.

En este nuevo escenario se persigue mejorar la calidad de los cuidados que se entregan a las personas, las familias y la comunidad, basándose en el conocimiento emanado de la investigación, tanto epidemiológica como clínica, así como de la experiencia, permitiendo con ello, un eficiente uso de los recursos.

Dentro de este nuevo contexto, es importante hacer énfasis que la Gestión del Cuidado se basa en dos aspectos. Uno de ellos es el administrativo relacionado con la conformación de estructura gerencial que provea de un sustento documental y organizacional que otorgue las herramientas para que el otro aspecto de la Gestión del Cuidado se cumpla. Este otro aspecto se refiere a la Gestión Clínica de los Cuidados.

La situación en Chile, en lo que se refiere a la Gestión del Cuidado, es todavía deficiente, sin embargo desde la administración central han emanado documentos como la Norma General Administrativa Técnica N ° 19 que sienta los precedentes necesarios que dan una orientación legal para desarrollar (y porque no construir), la Gestión del Cuidado en Chile.³²

La Norma General Administrativa Técnica N ° 19 tiene dos aspectos importantes. Una de ellas es que reconoce la ciencia del cuidar como de pertenencia de la disciplina de enfermería, la cual se basa en el "juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención". Por otra parte, establece la necesidad de elaborar normas generales de "Modelos de Gestión de Cuidados de Enfermería" para las Instituciones de Salud de Mayor y Mediana Complejidad. No obstante, lo anterior, es menester mencionar, que el desarrollo de lo anterior aún es deficiente, sin un consenso unificador.

³² Subsecretaría de Redes Asistenciales, Resolución Exenta N ° 1127, Santiago, 14.12.2007

De acuerdo al artículo "La Gestión del Cuidado en Enfermería"³³, otorgar cuidados de enfermería va más allá de aquellos aspectos técnicos que lo hacen visible e identificable por la mayoría de las personas, sino que además alcanza otros aspectos centrados en lo humano, lo afectivo, el compromiso y la relación enfermera-persona cuidada. Para ello es indispensable que los profesionales enfermeras desarrollen diferentes procesos que les permitan ir construyendo un cuidado centrado en la persona y que vincule lo técnico con lo humano, a través de "la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones"³³. Asimismo, establece que la interacción entre la enfermera y la persona cuidada constituye el pilar fundamental en esta construcción. En otras palabras, se reconoce a la comunicación como la herramienta, que permite establecer las bases que sustentan el cuidado.

La organización de los cuidados en la práctica clínica, también es un desafío. La Norma General Administrativa Técnica N ° 19, hace referencia a la necesidad de construir Modelos de Gestión del Cuidado. En este aspecto, Marilyn Ann Ray, en su teoría Del Cuidado Burocrático, presenta estudios realizados, principalmente, en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios, identificando elementos diferenciales al cuidado, mediante competencias políticas, legales, tecnológicos-fisiológicos, espirituales-religiosos, educativos-sociales y éticos, los que finalmente son los que ayudan a la enfermera en la organización de los cuidados (Marriner, 2007).

Ahora, volviendo a la realidad chilena, y si bien es cierto Jean Watson (1979), define al cuidado como un evento único e irrepetible, es imperativo, que los Hospitales de Mayor y Mediana Complejidad, definan las formas en que se entregará los cuidados, desarrollando modelos estandarizados, pero nunca olvidando que deben ser, en su ejecución personalizados y flexibles, al contexto que se vivencie con la persona hospitaliza.

³³ Zárata G., R., La Gestión del Cuidado en Enfermería, Index Enferm v.13 n.44 , 2004

En este contexto, Zarate Grajales (2004), propone tres formas de organizar los cuidados, que pueden ser útiles en el proceso que la enfermería chilena está enfrentando. Así, la autora, propone los siguientes modelos:

a) Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Se basa en planes de cuidado, para casos, prevención de riesgos, estándares de cuidado, se utiliza en el hospital o la comunidad (Gardney Blagen, 1991)

b) Enfermería Modular. Se establece una delimitación de un área física que facilita el entorno, la enfermera permanece cerca del paciente, se le asigna un margen amplio de responsabilidad y permite la participación interdisciplinaria alrededor de los pacientes que pertenecen a un módulo, este está integrado por enfermeras, médicos, técnicos, trabajadores sociales. La enfermera actuar como líder del equipo y coordina las acciones de todos los integrantes basados en las necesidades de los pacientes, así como organiza los recursos del entorno para asegurar el cuidado (Magargal, 1987).

c) Gestión basada en las necesidades de cuidado de las personas, en este modelo se requiere conocer las características de los usuarios, edad, necesidades de cuidado, basado en la dependencia hacia el cuidado lo que determina la cantidad y calidad de personal para brindar cuidado.

En Chile, el modelo que se aplica es una mezcla entre Grupos relacionados con el Diagnóstico y la Gestión Basada en las Necesidades de Cuidados de las personas, establecieron categorías de dependencias de cuidados de enfermería, los que se relacionan con los riesgos médicos.

En este contexto, la enfermería chilena, aún no logra establecer resultados concretos en torno a procesos, que consideren, directamente acciones de cuidado diferencial a las personas de acuerdo a su estado de salud (sano o enfermo), a la etapa de su ciclo vital, respetando sus creencias, con un enfoque sistémico, multicultural y, que por sobre todo no separe, a la persona que recibe el cuidado de su entorno familiar y social.

La Gestión de Cuidado, aún está dando sus primeros pasos en Chile, y está principalmente, enfocada en el contexto hospitalario, pues así lo define la Norma Legal. Los desafíos de cuidados de quienes concurren a estos centros son enormes y variados, relacionados ellos, con variables como el aumento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento poblacional, la sobremedicalización y tecnificación de la enfermedad, olvidando que no es la enfermedad lo que se trata, sino a una persona que acontece que sufre un deterioro en su salud.

Asimismo, importante es reconocer que los Hospitales como instituciones, aún funcionan, con el convencimiento, que el deber que la sociedad les ha asignado se relaciona con la mantención de la vida, y que la muerte es un fracaso. Ante esto, se levantan críticas, como las expresadas por Fernández del Riego (2003), quien citando a autores como Louis Vincent-Thomas se refiere a la "muerte robada" que ocurre en los hospitales o Kung y Jens (1997) quienes aseveran que: "La medicina altamente tecnificada no debe conducir con su terapia llena de aparatos al aislamiento y la soledad de los pacientes terminales. La clínica perfecta no debe convertirse en una estación de servicio con los máximos cuidados bioquímicos y los mínimos cuidados humanos".³⁴

En este contexto, es importante que la construcción de la Gestión del Cuidado, en el ámbito hospitalario, retome el proceso de la muerte de las personas hospitalizadas, como fuente demandante de cuidados, que tal vez, ningún otro profesional, puede enfrentar como lo haría la enfermera, pues su formación profesional se lo permite, y su compromiso ético se lo exige.

³⁴ Fernández del Riego, (2003) M., Muerte hospitalaria. Muerte Expropiada, Contrastes, Revista Internacional de Filosofía, Vol. VIII

Por último, cabe reconocer, que la Gestión del Cuidado, exige un cambio en el paradigma que la enfermas ofrecen su práctica profesional en estos recintos, pues implica que las profesionales se hagan cargo de una enfermería que asuma el cuidado como la esencia de la profesión, y sean capaces de "liberarse", del paradigma biomédico, dificultad expresada por el propio Colegio de Enfermeras de Chile que señala que "son las mismas enfermeras las que no conciben como propio la gestión del cuidado, observándose en las profesionales intra hospitalarias, que las actividades que realizan son en su mayoría derivadas del diagnóstico y tratamiento médico"³⁵ , esto tendría su origen en que ante la institución es más fácil validarse de esta forma, que asumiendo un conducta derivada de un concepto tan complejo como es el cuidado, que se manifiesta en acciones poco visibles, poco medibles, prefiriendo aferrarse a la seguridad de lo cotidiano y concreto que ofrece la visión curativa al interior de los centros hospitalarios.

³⁵ (Colegio de Enfermeras de Chile, A.G. Autonomía en la gestión del cuidado de enfermería, eje temático 1. Enfermería, 39 (125): 11- 6, 2004)

2.6 MARCO METODOLOGICO

2.6.1 POSICIÓN ONTOLÓGICA Y EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO.

Desde un perspectiva epistemológica, este estudio es de carácter cualitativo, por lo tanto, la autora acepta que el conocimiento que ella desea construir tiene su origen en la experiencia derivada de las vivencias, la posición subjetiva de la persona participante del estudio, quienes a través de relaciones sociales con sus pares U otras personas involucradas en el fenómeno estudiado, es decir los cuidados de enfermería en el adulto mayor hospitalizado en el final de la vida, van construyendo un relato social, desde el cual se va levantando una realidad que es contextual, histórica, dinámica, y por lo tanto cambiante.

En esta situación el espíritu humano esta desprovisto de todo conocimiento, y más allá de la pura razón, se sitúa en que la experiencia es fuente y origen de saber ³⁶. Sin embargo, esto es mucho más complejo, ya que si bien se afirma a la experiencia como fuente de conocimiento, habría que preguntarse ¿En qué ambiente la experiencia sucede? La autora, adhiere firmemente a las tendencias que

³⁶ Hesel, J. (1985), Teoría del Conocimiento, Ed. Losada.

indican que en las ciencias que persiguen conocer la condición humana, la experiencia ocurre en la realidad diaria vivida por hombres, mujeres, niños, ancianos, en contextos particulares, que constituyen una realidad.

Entonces, aquí surge la relación entre la epistemología (Teoría del conocimiento) y la ontología (Teoría de la realidad) de este estudio. La autora suscribe que en la investigación cualitativa estos conceptos se construyen en forma simultánea, pues de la explicación de una posición, emergerá la explicación de la otra. Así que asumiendo la imposibilidad de abordar epistemología y ontología por separado, se intenta explicar como se contruye el conocimiento desde la realidad de la persona, sin existir ninguna pretensión de que esto sea una posición absoluta, más bien llena de complejidades y contradicciones.

La naturaleza del estudio se definió recurriendo a diversas fuentes, que ayudaron a construir el camino investigativo. En este contexto Berger y Luckmann (1965)³⁷ dicen que "estar en sociedad es participar en su dialéctica", y es justamente esto lo que el investigador desea lograr, participar en el diálogo con algunas de las personas involucradas en el cuidado de los adultos mayores en el final de su vida, que para efecto de esta investigación, resultaron ser las enfermeras clínicas y, así hacerse, también, parte de esa realidad.

Participar en la dialéctica social, y de acuerdo a los mismos autores, no es algo que ocurre en forma natural, sino más bien es una conducta que se aprende y desarrolla en el transcurso de la vida.

En primer lugar, el sujeto en tanto persona, inicia el proceso con la internalización, que se manifiesta a través de la interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo que le resulta significativo y, que corresponde a un proceso subjetivo de otro individuo, convirtiéndose, por lo tanto, subjetivamente

³⁷ Berger, P. L., & Luckmann, T. (1965). La Construcción Social de la Realidad, Editorial Amorrotu, Buenos Aires, Argentina

significativo para quien está en el proceso de internalización. Así entonces, el individuo asume el mundo en que vive el otro, inicia el proceso de participar en la vida cotidiana del otro, haciendo accesible la comprensión del mundo de ese otro, convirtiéndolo en parte de su mundo. Para efectos de esta investigación, se perseguía introducirse en el mundo cotidiano de los cuidados del adulto mayor hospitalizado, a través de la voz de quienes gestionan estos cuidados: las enfermeras clínicas.

El proceso de internalización, sucede en dos etapas, en la vida del individuo. Primero en una etapa precoz, al interior de la familia, conocido como socialización primaria que le permite conocer los códigos necesarios para relacionarse en sociedad.

Luego, el mismo individuo, desarrolla una socialización secundaria, que le permite ya con las herramientas necesarias aprendidas anteriormente, introducirse en nuevos sectores del mundo social al que pertenece. En el caso de la enfermera esto ocurre, en primera instancia en su formación disciplinar, en la universidad, y luego en su práctica profesional.

Esta socialización secundaria "es la internalización de submundos institucionales o basados sobre instituciones" , las cuales se caracterizan por la distribución social del conocimiento especializado, definido esto por la estructura institucional, la cual se va constituyendo mediante la continua "interacción del individuo con el otro". Para que esto ocurra, es imperativo que exista la intención de internalizar aquello que vivencia el otro, por lo menos empatizar con la persona y sus circunstancias, es decir si bien este es un proceso que está dentro de lo cotidiano de las relaciones humanas, es posible que no se alcance a producir, ya sea porque quien tiene el conocimiento no desea compartirlo, o bien quien lo debe recibir, lo desestima como un saber que le puede ser útil en sus actividades cotidianas. También podrían existir limitantes estructurales al interior de la institución que obstaculicen esta forma de construir la realidad desde una perspectiva social, y que tiene como resultado la generación de conocimientos, mediante la

transformación de la realidad a través de la internalización sustentada en el diálogo.

Por lo tanto desde la perspectiva ontológica, la autora adhiere con la corriente ontológica, que apunta a que la realidad se construye socialmente, mediante la interacción entre quienes participan en un determinado fenómeno, y adhiere con la premisa epistemológica, que considera que el conocimiento surge desde la experiencia y que se transmite a través de procesos de comunicación, los que se generan en las diferentes etapas de socialización, que vivencia la persona.

En la enfermería como una ciencia aplicada, que se manifiesta en la sociedad, a través de la práctica, cobra especial importancia esta visión de la construcción social de la realidad, y de la experiencia, como fuente generadora de conocimiento.

La formación disciplinar de la enfermería entrega contenidos que son generales, pero que en la práctica profesional deben ser transformados en respuestas particulares, específicas y flexibles, para personas en particular, que se manifiestan en contextos delimitados, destinados a satisfacer las diferentes necesidades de cuidados de enfermería, que emergen, en relación a un determinado fenómeno. Para efectos de esta investigación, las personas corresponden a los adultos mayores y sus familias, que tienen necesidades de cuidados, que surgen de su condición de estar viviendo el tránsito hacia a la muerte del adulto mayor, y que ocurren en un ambiente, que es representado por el hospital y la hospitalización.

La transformación de los contenidos en respuestas, no es algo que emerja desde la pura racionalidad de una enfermera, más bien constituye un proceso complejo, que llama a la reflexión propia y, requiere para transformarse en conocimiento, del diálogo con otras profesionales, que comparten sus propias reflexiones, dando origen, a lo que finalmente es la realidad social de la vida cotidiana de la enfermera clínica que gestiona cuidados en un hospital, la que está llena de conocimientos, que surge sólo, a través de la práctica dialógica de las experiencias, entre quienes participan del fenómeno.

Como ya se ha dicho, la vida cotidiana sólo asoma a la conciencia de las personas, en este caso las enfermeras clínicas, a través del diálogo, este "aparato conversacional", "cara a cara", que mantiene, modifica y reconstruye la realidad subjetiva, de quienes participan en ella, haciendo de ésta un proceso cambiante, que se transforma y enriquece en la medida que se interactúa con el resto de las personas involucradas en un fenómeno.

De acuerdo al Humberto Maturana (1991)³⁸ "cada vez que conversamos generamos mundos". Según el biólogo, es responsabilidad de la persona entender que "en nuestro vivir y convivir cotidiano generamos los mundos que vivimos en la convivencia con quienes nos rodean", y con ello se le otorgan significados a los fenómenos que ocurren en esta vida cotidiana.

Pero Maturana, va mucho más lejos en su reflexión en lo que al ser humano se refiere. El biólogo chileno, hace alusión a que el *Homo Sapiens Sapiens*, sólo se hace "ser humano", en la medida que logra establecer redes comunicativas con sus pares. Así pues, la conversación cobra infinita relevancia, puesto que es la herramienta, que le permite a este ser (*Homo Sapiens Sapiens*) existir como ser humano, mediante el uso del lenguaje, así el biólogo chileno, expresa "...que somos estructuras cerradas y lo que nos pasa siempre tiene que ver con nosotros, porque vivimos el mundo que nosotros mismos configuramos en la convivencia". En este sentido "el lenguaje resulta fundamental, porque es el instrumento con el que configuramos el mundo en dicha convivencia". Asimismo, el lenguaje, resulta insustituible, en la concepción del conocimiento. El biólogo sostiene que en el "lenguaje fluye en los encuentros, en el contacto visual, sonoro o táctil que ocurre en los sistemas nervioso, gatillando cambios determinados en la corporalidad de cada uno", permitiendo lograr el resultado esperado de una conversación, cual es la expresión de las emociones por parte del emisor, y la recepción, mediante la aceptación de éstas, por parte del que escucha, legitimando lo que dice el emisor. Sin estas condiciones la

³⁸ Maturana, H. (1991). *El Sentido de lo Humano*. Santiago de Chile: J.C. Sáez Editor

conversación no existen, los mundos no se construyen, y se pierde una oportunidad para conocer (o generar conocimientos).

Asimismo, Humberto Maturana, nos habla del amor y como éste se relaciona con el conocimiento. Para él, éste se manifiesta en las estructuras conversacionales, que permiten ir configurando el mundo en la convivencia con el otro, haciendo a la persona participe y corresponsable del mundo del otro. En su peculiar visión de la realidad que se configura en lo social, mediante el "lenguajeo", y en descubrir las emociones con quienes existe comunicación, es imprescindible no prejuizar antes de mirar (o escuchar), y una forma práctica de hacerlo es reconociendo que el otro debe ser enfrentado con amor y asumiendo, que todos tienen algo que aportar. Así, y a decir del autor, esto se manifiesta en la siguiente frase: "ustedes saben todo lo que voy a decir, porque todo lo que les voy a decir tiene ver con ustedes y conmigo". Si esto se lleva al campo de la enfermería profesional, resulta que la "verdad" de la práctica profesional se edifica mediante la interacción entre las experiencias de las profesionales, las personas que reciben sus cuidados y las interacciones que mantienen con el resto del equipo de salud.

La postura de Maturana se relaciona fuertemente con uno de los pilares que motivaron esta investigación, que es la Teoría del Cuidado Humanitario de Margaret Jean Watson, la que establece como un valor que debe guiar el cuidado de enfermería reconocer y respetar la vida-mundo subjetivo de la persona, que en este caso, corresponden a la persona adulta mayor en el final de la vida y su familia, que reciben los cuidados de enfermería y, las enfermeras clínicas que los otorgan y el resto del equipo de salud.

Patricia Benner, en su teoría "De Principiante a Experta: Excelencia y Dominio en Práctica de Enfermería Clínica" reconoce a la experiencia como fuente de conocimiento, que va sucediendo en una realidad dinámica, así señala que: "No consiste en un simple período de tiempo (experiencia), sino en un proceso activo de redefinición y cambio de las teorías, nociones e ideas preconcebidas al confrontarlas con las situaciones reales. Implica

que existe un diálogo entre lo que ocurre en la práctica y lo que se esperaba”.

Benner, agrega que el “...conocimiento clínico es relacional y contextual e implica aspectos locales, específicos e históricos, en términos de traslación de significados a situaciones similares...”. En este escenario las enfermeras, independiente de su nivel de competencia, aportan con la comunicación de sus experiencias y vivencias conocimientos, que van generando experticia, utilizando como herramienta el diálogo.

El diálogo es una herramienta poderosa, en tanto que es la forma de compartir conocimientos, vivencias y experiencias y transformar la realidad. El diálogo proviene del término dialéctica, que de acuerdo a la definición de la Real Academia de la Lengua Española³⁹, corresponde a un “proceso de transformación en el que dos opuestos, tesis y antítesis, se resuelven en una forma superior o síntesis”. En otras palabras, mediante lo que Maturana define como proceso conversacional que transforma mundos.

Por lo tanto, tomando como referencia a Berger y Luckman, Humberto Maturana, Jean Watson y Patricia Benner, se puede concluir que la realidad es un fenómeno dinámico, continuo, que se construye en la interacción con el otro, en el ámbito de lo social, generando experiencias, que en un marco contextual limitado, se transforma en conocimiento reconocido por la comunidad, a través del proceso de diálogo de quienes participan dicho contexto.

En conclusión, la construcción social de la realidad utilizando el diálogo como herramienta llevada a la vida cotidiana de los actores involucrados en un fenómeno, desde donde surgirá un conocimiento embebido con principios, valores y como no contradicciones humanas, son los cimientos ontológicos y epistemológicos de este estudios.

En el contexto de la enfermería profesional, los significados, la interacción con el otro, va conformando una realidad, que no

³⁹ Rescatado desde: <http://www.rae.es/rae.html>

pretende ser universal, pero que representa un contexto particular y subjetivo, desde donde se generan rutinas llenas de conocimientos, para quienes son parte de ella, y les permite enfrentar de mejor forma los desafíos que vivencia día a día en su vida cotidiana. Sin embargo, la cotidianidad oculta estos conocimientos, si es que no se produce la interacción social generadora de una reflexión colectiva, que concibe y comparte conocimiento, es decir que para ello es imperativo el ejercicio dialógico.

2.6.2 NATURALEZA DE LA INVESTIGACION

Una vez definido la forma de entender la realidad y la generación de conocimiento en sociedad, la autora eligió como método de acercamiento al fenómeno que motiva esta investigación, a saber, los cuidados de enfermería que se otorgan a los adultos mayores hospitalizados desde la perspectiva de quienes los gestionan: las enfermeras clínicas, a la fenomenología.

Para interiorizarse al método fenomenológico, se utilizará el análisis hecho por Rivera y Stuvén⁴⁰ sobre la obra de Heidegger. En su obra el filósofo alemán se refiere a la vida como "Dasien". Son pocos los quienes se "atreven" a traducir este término, pues encierra muchos conceptos relacionados con la vida: hombre en la vida, hombre que experimenta vivencias, vida como articulación de posibilidades, construcción de posibilidades⁴¹, por lo tanto cualquier intento de interpretar, tiende a limitar el sentido que el filósofo le otorgaba.

Siguiendo el análisis de Rivera y Stuvén, ellos citan al filósofo cuando se cuestiona "¿Cuál es el modo correcto de acceder al Dasien?". Según los autores, "...la pregunta no es inútil,

⁴⁰ Rivera, J., Stuvén, M (2008), Comentario Ser y Tiempo de Martin Heidegger, Vol. 1, Ed. Ediciones U.C.

⁴¹ Berciano, M. (1992), ¿Qué es realmente el "Dasien" en la Filosofía de Heidegger, Thémata, Revista de Filosofía N ° 10 recuperado el 5 de abril del 2010 desde <http://institucional.us.es/revistas/revistas/themata/pdf/10/04%20berciano.pdf>

porque... el Dasein somos nosotros mismo, es decir, lo más cercano que hay..., precisamente por eso aquello a lo que es más difícil de acceder". Frente a ello el filósofo determina y "repite que efectivamente, la máxima es "algo obvio", pero que esta cosa obvia ha de ser observada cuidadosamente...". Así, entonces, cualquier objeto que se estudia desde la fenomenología, debe ser investigado tal como él se muestra en sí mismo. Lo anterior, requiere un esfuerzo, pues el fenómeno generalmente, se muestra desde una comprensión vital y cotidiana que se pasa por alto, y para ello se recurre a la reducción fenomenológica que es manifestar aquello de lo que el fenómeno se constituye o es mostrado. Asimismo Heidegger hace una afirmación que sorprende a primera vista: "La fenomenología del Dasein es hermenéutica... si entendemos la hermenéutica como "interpretación" en la significación corriente...", por lo tanto el método fenomenológico, además de hacer evidente aquello cubierto por lo cotidiano (rutina), busca dar significados a las categorías que se asocian al fenómeno.

De acuerdo a Bullington y Karlson (1984), "la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad", que permite el estudio de la experiencia vital de la cotidianidad, que de acuerdo a la corriente fenomenológica es la "experiencia no conceptualizada o categorizada" (Rodríguez, 1999), en la cual se procura explicar los significados en los que las personas están inmersas en su vida cotidiana, intentando alcanzar la esencia de los fenómenos estudiados, es decir lo que representa mediante su ser.

Los estudios fenomenológicos, por lo tanto, pretenden comprender la esencia del fenómeno (apariciencia) que se estudia, que es lo que finalmente, de acuerdo a esta corriente constituye la realidad compartida socialmente. Para alcanzar este objetivo, el investigador debe relacionarse directamente con los participantes-informantes o actores sociales de la investigación mediante una técnica que propicie un diálogo en un espacio que otorgue la libertad necesaria al participante a manifestar los significados referentes al objeto de estudio y como éste se le aparece en su conciencia.

La fenomenología invita a la exploración del objeto de estudio, mediante el relato del participante, de las vivencias de

éste, de lo que Heidegger denominó Dasein. Luego será labor del investigador, describir e interpretar los relatos. Tarea que obliga a una abstracción profunda, libre de prejuicios teóricos previos. Sólo así es posible conocer como las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen mediante la interacción.

Según Burns y Grove ⁴²la fenomenología, pretende "describir las experiencias tal como son vividas", por quienes las vivencian, integradas en el entorno social donde se presenta el fenómeno, que para efectos de este estudio corresponde a la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital de Quilpué.

De acuerdo a las mismas autoras, la gran pregunta que guía la investigación fenomenológica es ¿Cuál es el significado de la Experiencia vivida?, de tal forma que la única persona de dar respuesta a este cuestionamiento es quien ha vivenciado la experiencia .

No obstante lo anterior, se hace necesario reconocer que en una investigación de este tipo, el autor, siempre, aún cuando intente evitarlo, no podrá abstraer sus propios conceptos en relación al fenómeno, pues en su diálogo con los participantes, pasará de alguna forma a participar de la realidad en que se manifiestan las vivencias.

En relación a lo expresado en el párrafo anterior, para la autora de este estudio, resulta relevante mencionar la posición del filósofo de Edgar Morin⁴³, quien identifica tres aspectos fundamentales que limitan el conocimiento científico contemporáneo derivado de lo que el filósofo identifica como el Paradigma de la Simplicidad:

⁴² Burns, N., & Grove, S. K. (2004), Investigación en Enfermería. Madrid, España: Editorial Elsevier.

⁴³Galvani, P (2006)., Transdisciplinariedad y Educación, Visión Docente Conciencia, Año V

1. La separación del sujeto y el objeto: El problema más grande es que la ciencia moderna inició la separación entre el sujeto que conoce y el objeto cognoscente.
2. La fragmentación de los saberes en diferentes disciplinas: También es característico de este paradigma: tanto la fragmentación del conocimiento y las disciplinas como el progreso extraordinario de cada disciplina, que llevó a la especialización y que hizo imposible, para un solo hombre, aglutinar todo conocimiento de su época, como si era posible en otros momentos de la historia.
3. La reducción de la realidad a sus aspectos: material y cuantitativo, dejando a un lado la cuestión cualitativa, pues ella implica la participación del sujeto, la subjetividad; y el paradigma de la ciencia moderna, busca la objetividad.

Frente a lo anterior, Morín desarrolla la Teoría del Pensamiento Complejo, que para efectos de la autora de este estudio se relaciona con la metodología fenomenológica, en cuanto el mismo lo cita⁴⁴: "...La vida cotidiana es, de hecho una vida en la que cada uno juega varios roles sociales, de acuerdo a quien sea en soledad, en su trabajo, con amigos o con desconocidos. Vemos así que cada ser tiene una multiplicidad de identidades, una multiplicidad de personalidades en sí mismo, un mundo de fantasmas y sueños que acompañan su vida". Además agrega que lo: "complejo recupera, por una parte, al mundo empírico, la incertidumbre, la incapacidad de lograr la certeza, de formular una ley de concebir un orden absoluto", pues al entender de Morín "...todo sistema de pensamiento está abierto y comporta una brecha, una laguna: su apertura misma. Pero tenemos la posibilidad de tener meta-puntos de vista. El meta-punto vista es posible sólo si el observador-conceptualizador se integra en la observación y en la concepción. He allí por qué el pensamiento de la complejidad tiene necesidad de integrar al observador y al conceptualizador en su observación y en su conceptualización". Con estas palabras Morín,

⁴⁴ Morín, E., (2007), Introducción al Pensamiento Complejo, Editorial Gedisa, Madrid.

deja claro que para generar conocimiento, es necesario abrirse a un mundo sin restricciones que limiten el acceso al fenómeno, y que el investigador, en su condición de humano, siempre será parte de él.

Recapitulando, la fenomenología es un método que permite acceder a la comprensión de un fenómeno, que requiere la intervención de quienes lo vivencian, que no puede pretender confinar al investigador fuera de él, y que debe reconocer que la construcción del fenómeno traspasa la propia disciplina que motiva la investigación. La libertad de abordar el objeto de estudio es prioritario para generar un conocimiento más completo y cercano a la realidad, teniendo siempre en cuenta que finalmente la incertidumbre del fenómeno no será resuelto, en cuanto los tiempos históricos, las tendencias culturales y los valores sociales los irán modificando y transformando.

2.7 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.7.1 OBJETIVO GENERAL

2.7.1.1 Conocer como vivencian y construyen las enfermeras clínicas los cuidados de enfermería que otorgan a las personas adultas mayores en el final de la vida.

2.7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.7.2.1 Describir como influye el envejecimiento poblacional en los cuidados de enfermería que las enfermeras clínicas otorgan a las personas adultos mayores en el final de la vida en el ámbito hospitalaria.

2.7.2.2 Señalar como son los cuidados de enfermería que las enfermeras clínicas otorgan a las personas adultas mayores hospitalizadas en el final de la vida

2.7.2.3 Señalar los desafíos que para la práctica profesional de enfermería manifiestan los cuidados de enfermería a las personas adultas mayores hospitalizadas en el final de la vida

2.7.2.4 Describir como los aspectos bioéticos influyen en la generación de cuidados de enfermería a las personas adultos mayores hospitalizadas en el final de la vida.

- 2.7.2.5 Describir los sentimientos y actitudes que perciben las enfermeras clínicas en relación a la situación que vivencian las personas adultas mayores hospitalizadas en el final de la vida.
- 2.7.2.6 Señalar como las vivencias de las enfermeras clínicas, en relación a los cuidados otorgan a las personas en el final de la vida, influyen en la propia proyección de su propia muerte y como esto contribuye en la construcción de cuidados de enfermería a las personas adultas mayores en el final de la vida.

CAPITULO 3

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3.1 PLAN DE TRABAJO

3.1.1 Diseño Del Plan De Trabajo

El diseño del plan de trabajo se elaboró al iniciar el estudio, de forma de esquematizar, el uso de los tiempos y los temas generales a abordar se elaboró una Carta Gantt (Anexo N ° 5), pero a continuación se describe el proceso de diseño en forma detallada.

3.1.2 Determinación Del Tema A Investigar

Esta fase del diseño del plan de trabajo no constituyó un problema, puesto que desde un principio los cuidados en el final de la vida, fue el tema que el investigador deseaba profundizar, sin embargo, durante el proceso de construcción del diseño de la investigación, se fueron estableciendo algunos elementos que delimitaron aún más la materia que se investigaba. Asimismo fue en esta fase en la que se determinó quienes serían los actores sociales a los cuales se les invitaría a participar en el proceso investigativo.

3.1.3 Definición De La Pregunta Investigativa

La pregunta investigativa estuvo sujeto a cambios durante todo el proceso investigativo. Se partió con una pregunta, la que fue reestructurada a medida que se fueron organizando los datos, pues la pregunta no se ajustaba a los intereses que los actores sociales expresaron en sus entrevistas.

3.1.4 Definición De Los Objetivos Generales Y Específicos

Al igual que la pregunta investigativa, los objetivos, tanto generales y específicos, debieron ser reformulados, para que respondieran a los datos y la información recopilada en el proceso investigativo. Este hecho no es indicativo de un mal diseño de la investigación, sino más bien se debe a la característica fundamental de la investigación cualitativa, que implica un diseño altamente emergente, flexible, el cual se debe ajustar a las necesidades que se van presentando durante el desarrollo de la investigación.

3.1.5 Cumplimiento De Aspectos Formales.

En esta etapa se cumplirán las actividades relacionadas con los permisos que permitan acceder al patrocinio de la investigación, así como las autorizaciones pertinentes para acceder a los campos elegidos para el desarrollo de ésta.

3.1.6 Solicitud De Permisos Correspondientes

- a. Presentar Proyecto de Tesis al Comité de Ética de la Universidad de Valparaíso destinado a conseguir la autorización y el patrocinio para realizar la investigación. (Anexo N° 1)
- b. Contactar a las autoridades (Encargados de campos clínicos del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Directores de Hospitales, Subdirectores de enfermería) para tramitar los permisos necesarios para realizar la investigación, a través de una carta de autorización emanada desde el SSVQ (Anexo N°2)
- c. Contactar a las participantes e invitarlas a participar, previo explicación del proyecto, los objetivos y la solicitud de firmar un Consentimiento Informado (Anexo N°3), en el cual se registraba el compromiso de resguardo del anonimato y confidencialidad de la información.

3.1.7 Revisión Bibliográfica

La revisión bibliográfica se realizó durante todo el proceso de investigación, y consideró tanto los tópicos asociados al final de la vida de la persona hospitalizada, la reacción de la familia frente a este evento, la visión de enfermería frente al tema. Además se hizo una revisión bibliográfica sobre la investigación cualitativa para determinar la forma de análisis de enfrentar los datos que emergieron durante las entrevistas realizadas.

3.1.8 Recolección De La Información

Para la recolección de la información se optó por aplicar una entrevista en profundidad, conformada por una sola pregunta (Anexo N° 2), en la cual las participantes tuvieran completa libertad de expresar sus opiniones y vivencias relacionadas con el fenómeno. Cada entrevista fue grabada, luego transcrita y presentada a las participantes.

3.1.9 Elaboración Del Marco Referencial.

La elaboración del marco referencial, como ya se dijo, se construyó después de la realización de la organización de los datos cualitativos, ya que a partir de ahí se pudo determinar los contenidos bibliográficos necesarios y que eran permitentes para esta investigación, considerando los objetivos, la pregunta investigativa y las categorías encontradas durante la organización de los datos. Para efectos de esta investigación se optó por un Marco Referencial, que reflejará lo encontrado en la interacción actor social-investigador, que aportará nuevos datos a la discusión del tema, pero que en ningún caso limitará la capacidad del investigador a establecer sus conclusiones o descalificará el conocimiento compartido por las participantes.

3.1.10 Análisis De La Información.

El análisis de la información comenzó desde el momento que se aplicaron las entrevistas, se transcribieron y comenzaron a ser leídas y examinadas por el investigador. En este primer acercamiento surgieron algunos indicios que orientaron a la investigadora a determinar los tópicos o categorías que a los participantes les resultaban relevantes en relación al fenómeno de los cuidados de enfermería de los adultos mayores que vivencian esta etapa de su ciclo

vital en un hospital. Luego los tópicos, fueron avalados por citas recogidas de las entrevistas, y finalmente a cada cita se le asignó un significado vinculado con la categoría definida.

3.1.11 Elaboración del Informe Final.

El informe final fue elaborado una vez que se realizó el análisis de los datos, y a partir de ahí definir el marco conceptual pertinente a los hallazgos que se encontraron en el análisis del discuro y contenido de entregado por los participantes, luego, por supuesto de ser sometido a revisión, por la docente guía de este trabajo de investigación.

3.2 INGRESO AL CAMPO DE ESTUDIO

3.2.1 DESCRIPCION DEL SERVICIO CLINICO

La investigación se realizó en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital de Quilpué, establecimiento que es parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Este Servicio, recibe a personas que, presentan patologías graves, como infartos, pancreatitis, sepsis, descompensaciones de enfermedades crónicas, entre otras.

Antes de cualquier descripción, es necesario aclarar como ya se mencionó anteriormente, que la autora del estudio, pertenece al equipo de enfermeras clínicas que se desempeña en esta unidad, lo que facilitó el acceso a las enfermeras, los permisos, pero sobre todo, permitió definir un fenómeno recurrente, que de acuerdo a la observación en la práctica clínica de la autora, constituía un tema emergente e interesante para realizar una investigación.

Las personas que allí se encuentran hospitalizadas provienen, principalmente, de la zona interior de la Región de Valparaíso, a saber Quilpué, Villa Alemana, fundamentalmente, pero por ser, el Hospital, Centro de Referencia de la Red Asistencial, ante la necesidad de camas en la Red, también, se hospitalizan personas que provienen de otras comunas como Limache, La Ligua, Quintero, Quillota, entre otras.

El Servicio, es una unidad pequeña, con un grupo profesional y técnico, conformado por:

- i. Un Médico Residente, que además cumple la función de Jefe de Servicio, con 22 horas asignadas.
- ii. Una Enfermera Supervisora con 44 horas asignadas al Servicio. En el último año, esta función ha sido asumida parcialmente, por una de las Enfermeras Clínicas, ya que el año pasado la Enfermera Supervisora se pensionó. Recién en el mes de diciembre, asume una Enfermera para cumplir con las funciones de supervisiones.

- iii. Cuatro Enfermeras Clínicas, en sistema de cuarto turno, que por una futura ampliación de la Unidad, tendrían que completar una dotación de ocho.
- iv. Nueve Técnicos Paramédicos, que cumplen funciones, básicamente dedicadas a confort y aseo de las personas hospitalizadas. Ocho de ellos, se encuentran en sistema de cuarto turno y, una cumple las funciones de Clínica.
- v. Un Auxiliar de Servicio con media jornada asignada a la unidad.

Los ingresos son determinados por el médico, cuando éste se encuentra ausente, esta función es asumida por el Médico Internista de la Unidad de Emergencia, quien también queda de llamado en caso, que las Enfermeras Clínicas, determinen que se requiere algún control médico.

El Servicio puede ser definido de mediana complejidad. Se ubica en un espacio reducido del Hospital de Quilpué, que cuenta con dos salas. Una pequeña, utilizada como oficina, lugar para recibir a los familiares, sala de estar del personal y lugar de almacenamiento de insumos.

Luego existe una sala más grande, donde se ubican las personas hospitalizadas. Allí hay una pequeña Clínica, con dos espacios definidos como área limpia, y un pequeño sector que se utiliza como área sucia, sin embargo, por lo reducido del espacio, este último se encuentra muy cercano a una de las áreas limpias y al mesón de atención, es abierto y expuesto a la vista de quienes acceden al Servicio. Sin duda una clara falencia en la infraestructura de la unidad.

El Servicio carece de baño, tanto para el personal, como para las personas hospitalizadas. Se deben utilizar los del Servicio más próximo, que resulta ser cirugía.

Las unidades de los pacientes, corresponden a cinco camas, todas con aspiración y oxígeno central, un monitor que permite realizar mediciones de parámetros vitales de forma invasiva o no invasivas.

Las unidades no cuentan con veladores clínicos, para ello se utilizan unas mesas mayo, razón por la cual, las personas hospitalizadas sólo pueden contar con el mínimo de pertenencias personales. No hay espacio para objetos significativos para ellos, como por ejemplo fotografías de sus familias.

Entre las unidades de pacientes, existe un espacio mínimo, que se estableció en relación a las exigencias emanadas de las Normas de Infecciones Intrahospitalarias. La privacidad entre las personas hospitalizadas es mínima, sólo se les puede ofrecer biombos con el fin de respetar este legítimo y necesario derecho.

Tecnológicamente, el Servicio cuenta con tres ventiladores mecánicos, dos invasivos y uno no invasivo, 18 bombas de infusión continúa, un desfibrilador con marca paso externo y un equipo de rayos portátil. Lamentablemente, no existe un lugar apropiado para almacenar estos equipos, los que restan mucho espacio, a la ya pequeña unidad.

Una de las falencias más sentidas por el grupo de trabajo, es no contar con una sala de espera para los familiares y un espacio propicio para recibirlos y conversar con ellos, que sea privado, que evite interrupciones y que permita un acercamiento más humano, que responda mejor a sus necesidades de cuidado.

3.2.2. EL PESO DE LA HISTORIA.

Cuando se intenta establecer un perfil de las participantes, que serían la fuente desde donde se iría configurando el fenómeno de estudio, resultó imposible no hacer una breve alusión a la historia del Servicio donde se observa el fenómeno.

La Unidad de Cuidados Intermedios surge como un sueño de un grupo de médicos, que casi sin recursos, se embarcan en una aventura de ofrecer una atención médica, que pudiera dar una oportunidad de tratamiento más acorde a las personas con un diagnóstico médico grave, que eran del interior de la Quinta Región y, no tenían oportunidad de acceder a unidades de cuidados críticos de la región, por la escasez de oferta de este tipo de atención en aquel tiempo.

Lo que caracterizó a esta Unidad por muchos años fue la soledad. La falta de una jefatura propia, residente médico durante las 24 horas para el manejo de estos pacientes, que eran sometidos a procedimientos invasivos como Ventilación Mecánica, peritoneo diálisis, con uso de drogas vasoactivas, en fin, dejaba a la enfermera en una posición de mucha indefensión, pues frente a esto, debieron autoformarse en el manejo de pacientes críticos, privilegiando el enfoque biomédico. Así, estas enfermeras, ejercieron su práctica profesional con autonomía, ganada porque en ocasiones, eran quienes más sabían sobre como manejar una complicación médica. Eran muy pocos los médicos con competencias para entregar este tipo de atención. Desde una perspectiva ética, esto podría resultar cuestionable, sin embargo, es necesario reconocer, que esta práctica salvó muchas vidas.

En los últimos años, emergió la Gestión del Cuidado, y desde la reflexión interna de las enfermeras, comienza a surgir la molestia de hacerse responsable de una parte de la atención que no les correspondía. Ellas no tenían porque decidir, orientar en la decisión que le correspondía al profesional médico. Así, comienzan a ampliar su visión, en cuanto al rol que debían representar en la unidad y el ámbito de acción que les correspondía. Las enfermeras deseaban cuidar.

La autonomía forzada en los inicios de la historia de esta unidad, fueron una fuerte ayuda para asumir esta nueva etapa, respalda por ley, y por lo tanto obligación, que se convertía día a día en una aspiración más sentida, con una actitud de seguridad, que no les hacía temer al nuevo escenario profesional. Ellas ya habían sido autónomas antes.

Dejar la visión biomédica de los cuidados, no ha sido fácil, pero se ha ido logrando, pues al interior del grupo profesional, existe la convicción que es lo que les corresponde hacer, por el impacto que otorgar cuidados de enfermería tiene en las personas que los reciben. Como dice, M^a Teresa de Jesús Vecillas, en su artículo "La dignidad en los cuidados de salud"⁴⁵: "Los rasgos de un cuidado humanizado, según Howard, citado por Escudero son el reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo ser humano, la identificación de cada persona como un ser único, el reconocimiento de sus diversas dimensiones, es decir, su dimensión holística, lo que implica el abandono de posturas reduccionistas que convierten al paciente en una patología, un tratamiento o un conjunto de signos y síntomas."

Basado en premisas como la citada anteriormente, las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, han ido encontrando sentido a su rol de Gestoras de Clínicas del Cuidado y han comenzado a construir un camino diferente a la que las definió en el pasado

3.2.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Las participantes de la investigación son las enfermeras clínicas de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital de Quilpué, quienes generosamente aceptaron aportar los conocimientos, en torno a los cuidados del adulto mayor en el final de la vida, que han ido construyendo durante su práctica profesional

⁴⁵ Vecillas, M., Ética de los Cuidados. 2008 ene-jun.; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6759.php>. Consultado el 19 de octubre del 2010

Se recurrió a ellos como fuente para obtener la información que permitiera reconstruir el fenómeno de otorgar cuidados de enfermería a adultos mayores en el final de la vida, porque esta investigación pretendía crear un espacio de reflexión, tan escaso en la práctica profesional, para reafirmar el valor de la experiencia práctica profesional, como fuente generadora de conocimiento y, que unido al tipo de investigación que se realizó, a saber: participativa, constructivista, sirviera de motivación para ir transformando la práctica profesional en torno al fenómeno estudiado.

La elección de las participantes del estudio, puede ser considerada sesgada, por que la investigadora las conoce previamente, Sin embargo, fue esta la razón que motivó a la investigadora a invitarlas a participar en un estudio que se centra en un tipo de cuidado tan invisible, como es el de los cuidados de enfermería a los adultos mayores hospitalizados y que viven el final de su vida.

En esta unidad es una de las características que más se valora en las enfermeras, por el resto de los que conforman la institución hospitalaria, es la técnica, desconociendo o subestimando que si bien la enfermera cumple una función técnica en su práctica profesional, su quehacer se sostiene fundamentalmente, en el cuidado de las personas, en donde lo que prima son las interacciones entre quienes participan de él, es decir las enfermeras que otorgan los cuidados y las personas hospitalizadas con sus familias que son receptoras de estos cuidados.

Este grupo profesional, se caracteriza por su capacidad de autocrítica y de querer participar en la construcción de la enfermería, como profesión que se centra en los cuidados de las personas con una perspectiva holística, y que debe asumir su autonomía, aspecto no menor en una institución en donde a Gestión Clínica se basa todavía en la práctica médica, generando una sensación de frustración, en este grupo de enfermeras, que desean levantar el cuidado como pilar de la Gestión Clínica de la institución hospitalaria.

El argumento anterior, es lo que determinó, finalmente, la invitación a participar en este estudio, pues la investigadora piensa que mediante la invitación a compartir sus experiencias, en relación a un tipo de cuidado de enfermería tan invisible, como son los cuidados de enfermería en el del adulto mayor que transita hacia la muerte en un hospital , podría servirles (o servirnos) como impulso inicial para ir construyendo esta enfermería del siglo XXI, centrada en el cuidado integral, que no parcela a la persona hospitalizada, por patologías, sino que lo acoge en su integralidad, con una biografía que lo identifica, que proviene de un ambiente social, económico y cultural, inserto en una coyuntura histórica, que lo define, con seres significativos que lo aman, que se encuentra en situación de vulnerabilidad por su condición de salud, que tiene creencias y temores, y que, finalmente, va a ser todo este contexto el que debería ser considerado al entregar cuidados de enfermería.

Además de lo anterior, las enfermeras, de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital de Quilpué, tienen una basta experiencia en el cuidado de adultos mayores, pues de acuerdo a datos recogidos de su Libro de Ingresos a la Unidad, cerca de dos tercios de las personas que allí son hospitalizadas son adultos mayores de 60 años. Si a esto se agrega, a la información recogida en el Servicio de Estadística del Hospital de Quilpué, en el cual se determina que el 10% de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios mueren, se puede inferir, que las enfermeras que ahí se desempeñan, cuentan con una amplia experiencia en el tema de los cuidados de enfermería del adulto mayor que se encuentra en el final de la vida.

3.2.3.1 Perfil De Las Participantes

Las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intermedios, tienen un perfil bastante homogéneo. De los cuatro enfermeros que ejercen su práctica profesional en este servicio, tres de ellas tienen una experiencia profesional mayor a los diez años en este servicio. Uno de los profesionales, recientemente incorporado tienen una experiencia profesional que no supera los tres años, también iniciados principalmente en esta unidad. Una de las profesionales con más experiencia, inició su práctica profesional en Chiloé, en donde el

trabajo en equipo era enormemente valorado, situación que la ha marcado en la forma en que se relaciona con sus pares y el resto del equipo de salud

3.2.3.2 Las Protagonistas

Las enfermeras de la Unidad de Tratamiento Intermedio del Hospital de Quilpué, fueron generosas con sus tiempos y reflexiones, cuando se les invitó a participar. La investigadora sintió que todas ellas eran aptas para este estudio. Se realizaron tres entrevistas, pero hubo algo que llama profundamente la atención a esta investigadora, que como en el día a día, las enfermeras, se han ido haciendo parte de la discusión, en la medida que el investigador les comparte sus reflexiones dentro de la convivencia informal y cotidiana que ellas mantienen.

3.2.3.3 Perfil De Las Protagonistas Entrevistadas.

PROTAGONISTA	E A	E B	E C
Título Profesional	Enfermera	Enfermera-Matrona	Enfermera
N ° de años trabajados	25 años	14 años	3 años
Años de antigüedad en el último cargo dentro de la Institución	14 años	14 años	1 año
Participación social	No	No	Si
Estudios de Postítulos	Sí	Sí	Sí
Grados Académicos	Licenciada Diplomada	Licenciada	Licenciada

Referentes significativos en su vida personal en relación al fenómeno de la muerte del adulto mayor en cualquier contexto	Si: Su madre	Si: Su madre	No.

3.3 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

El procesamiento de los datos, fue realizado por la investigadora, utilizando el método tradicional de categorización de los datos recogidos en las entrevistas realizadas, para ir levantando categorías que sinteticen las ideas manifestadas por los actores sociales participantes en el estudio. Se optó por este método, pues implicaba, lo que la investigadora pretendía desde que inició el estudio "dialogar" : construir un estudio basado en diálogo constante, con los actores sociales, sus relatos y consigo misma.

La metodología elegida estuvo constituida por las siguientes etapas:

3.3.1 Primera Etapa: Preparación De La Información

En esta etapa la investigadora procedió a la transcripción textual de cada entrevista, en una matriz de tres columnas.

La primera columna, se destinó para numerar en forma correlativa cada una de las líneas que constituyeron la

transcripción del relato, además de registrar la fecha en que se realizó la entrevista.

La segunda columna correspondió a la transcripción de los relatos recogidos durante la entrevista.

La tercera columna se destinó para ir anotando conceptos o ideas relevantes asociados a segmentos significativos del relato y que se asociaban al tema de estudio. Estos segmentos se fueron destacando. En el fondo, en esta etapa, se procede a anotar lo que el relato le sugiere al investigador.

Se procedió a la reproducción de tres copias de cada entrevista una que fue entregada a la profesora guía, otra para la investigadora y una última que sería incluida en el informe final.

3.3.2 Segunda Etapa: Formalización

En esta fase se identifican los significados que los actores atribuyen al fenómeno de estudio. Para ello se procede a nuevas lecturas del relato a fin de definir categorías generales, que constituyen un tópico o tema general, luego se procede a fragmentar la categoría general en subcategorías, que son conceptos más específicos implícitos en la categoría, citando textualmente el fragmento del relato que describe la subcategoría y haciendo referencia de la página y la línea de la transcripción del relato al que corresponde el relato.

Finalmente, en un último intento, de descubrir significados, la autora decidió agregar a la matriz un apartado destinado a reconocer el significado que ella, subjetivamente rescata desde el relato. De esta forma se fueron ordenando los datos, para proceder a la tercera etapa del análisis de la información. Esto puede ser definido como la reducción fenomenológica realizada, en tanto los discursos, se convierten en

conceptos amplios, que se van segmentando para alcanzar la esencia del fenómeno pesquisado en el discurso de las participantes. Para tal fin se utilizó la siguiente matriz:

3.3.3 Tercera Etapa: Interpretación

La etapa de la Interpretación se refiere al proceso de análisis propiamente tal, que es la abstracción que realizó la investigadora de los conceptos levantados en la etapa anterior que le permitieron:

CATEGORÍA Tópicos	SUBCATEGORÍA Temas: calificativos del tópico	Discursos Referencia	Significado

- i. Interpretar la realidad encontrada en relación al fenómeno basándose en los tópicos relevantes identificados en la etapa de formalización de la información
- ii. Evidenciar la realidad social relacionada con el fenómeno estudiado mediante las referencias que se hicieron de los relatos recogidos en las entrevistas realizadas.
- iii. Establecer un proceso de triangulación que relacionó los tópicos que conformaban el fenómeno estudiado con el marco teórico y los discursos de los participantes de los estudios.
- iv. Elaborar conclusiones que pretendían definir los efectos e implicancias que el fenómeno de estudio podría tener para las personas involucradas en él.
- v. Realizar abstracciones que permitiesen al investigador construir sugerencias que permitieran intervenir en el fenómeno de estudio para generar una propuesta que ayude a

transformación positivamente, la práctica de enfermería en torno a los cuidados que reciben los adultos mayores hospitalizados en el final de la vida

3.4 MODELO DE ANALISIS DE LOS DATOS

De acuerdo a Amezcua y Toro⁴⁶ "la fase de análisis de los datos representa probablemente el lado oscuro de la investigación cualitativa", debido a que "tanto los defensores teóricos del método como los productores de investigaciones cualitativas adolecen proporcionar escasa información sobre los modos en que transforman los datos en interpretaciones que puedan sustentarse científicamente". No obstante, los autores sostienen que pese a ello la investigación cualitativa "ha abierto un espacio multidisciplinario.. que lejos de ser un inconveniente reporta una gran riqueza en la producción".

No existe un modelo cualitativo único, sino más bien existen muchos modelos, y, como no, es necesario reconocer que la falta de consenso en relación a los modelos de análisis de los datos cualitativos aún es un tema en discusión.

No obstante lo anterior, y tomando como referencia a González Gil y Cano Arana ⁴⁷ y la posición epistemológica y ontológica a la que la autora del estudio adhirió, el modo de análisis de los datos cualitativos hallados en esta investigación, responde al modelo fenomenológico, en el cual se pretende interpretar los datos, de tal forma que se vaya estructurando un análisis de tipo temático, enfocado en descubrir la esencia y significados que encierra el fenómeno relacionado con los cuidados de enfermería en el final de la vida,

⁴⁶ Amezcua, M., Toro, A., (2002), Los Modos De Análisis En Investigación Cualitativa En Salud: Perspectiva Crítica Y Reflexiones En Voz Alta, Revista Española De Salud Pública, Vol. 76, Págs. 423-436, Recuperado El 20 De Mayo 2011 Desde [Http://Www.Scielosp.Org/Pdf/Resp/V76n5/Colabora4.Pdf](http://www.scielosp.org/pdf/resp/v76n5/colabora4.pdf)

⁴⁷ González Gil, T., Cano Arana, A., (2010) Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II), Revista Nure Investigación, recuperado el 15 de enero 2010 desde http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf

mediante la interpretación de los relatos entregados por las participantes del estudio.

Para lograr este objetivo, los relatos serán segmentados identificando elementos comunes que permitan ir levantando categorías y subcategorías. Finalmente, se procederá a identificar significados que permitan, luego elaborar un análisis que interprete el fenómeno y favorezca la comprensión de él.

3.5 RIGOR METODOLOGICO

En la literatura especializada no existe consenso en cuanto al rigor científico de la investigación cualitativa, tal vez "porque las reglas desarrolladas para juzgar los estudios cuantitativos eran también usados para juzgar el rigor de los estudios cualitativos"⁴⁸

De acuerdo a lo citado por Ruiz Olanbuenaga (1999), propone que el rigor metodológico en la investigación cualitativa, se manifiesta a través de criterios que excelencia la investigación cualitativa .

Los criterios de excelencia se reducen a cuatro conceptos que "presumen garantizar la confiabilidad" de los resultados de la investigación y, a es a estos principios a los que se adscribe el investigador para otorgarle validez y rigor a la investigación.

3.5.1 CRITERIOS DE EXCELENCIA EN LA INVESTIGACION CUALITATIVA.

⁴⁸ Burns, N., Grove.S, (1999) Investigación en Enfermería, Pág. 425, 1999).

3.5.1.1 Credibilidad

Este criterio, incluso algunos autores como Henderson, resulta difícil de cumplir, por limitaciones propias del investigador en la etapa de recolección de datos, o bien por barreras que emergen de los actores sociales que informan sobre el fenómeno. Aún así, el desafío en la investigación se presenta para manejar estos obstáculos. Para ello se intentó en todo momento tener presente:

- i. Construir la investigación en relación a la pregunta orientadora.
- ii. Corroborar la información recolectada con el informante para "llegar a una información pactada".
- iii. Triangular los resultados obtenidos con los actores sociales que sirvieron como informantes, con los datos contenidos en el marco teórico y con una persona ajena a la investigación, pero conocedora del tema, que para efecto de esta investigación se recurrió a una enfermera experta.

3.5.1.2 Transferabilidad

Este criterio se refiere a las características similares que deben compartir los actores sociales que participen en este estudio. Esto fue definido, cuando se delimitó el perfil del sujeto de estudio. El objetivo de este principio radica en que las opiniones que los actores sociales viertan compartan un contexto común.

3.5.1.3 Dependencia

Para cumplir este principio se recomienda, y en este estudio se realizó, mediante:

i Establecer un plan flexible y emergente

ii Describir los motivos que llevaron a tomar ciertas decisiones en la elaboración de la investigación, como pudo haber sido la elección del sujeto de estudio, el tipo de análisis de datos, por citar algunos ejemplos.

3.5.1.4 Confirmabilidad

Principio que es todo un desafío para el investigador, pues si bien es cierto, la investigación cualitativa, es una investigación que se caracteriza por su carácter subjetivo, es posible que el investigador caiga en el riesgo de llevar la interpretación de la realidad a niveles demasiados personales. Este elemento procuró manejarse con la discusión con la profesora guía y con los procesos de triangulación.

CAPITULO 4

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 DATOS CODIFICADOS Y SU REDUCCION FENOMENOLOGICA

Categoría	Subcategoría	Discurso/Referencia	Significado
1 Cambio demográfico	1.1 Envejecimiento	<p>“...yo pienso que, aparte de todo esto que se viene, estuve pensando en el asunto demográfico, del adulto mayor, que va aumentando, eh, proyectando me entiendes, que este asunto va a ser una cosa casi cotidiana...” EA1/L 1-3</p>	Profesional que observa la realidad social
	1.2 Rol Social del AM*	<p>“...en Chile, tenemos una visión muy negativa de la vejez, la vejez en Chile es muy triste, tenemos la visión de que el viejo no sirve, tiene fecha de vencimiento porque el viejo, pierde su rol social, no tiene participación, como que caducó, entonces como que lo aíslan o se autoaisla, porque no se siente incapaz de enfrentar estos desafíos.” EA1/15-19</p>	La vejez considerada un fracaso en la esfera social
		<p>“...el respeto, reconocerlo como sabio, falta de que cambie el concepto en Chile, en relación a él”. EA1/L66-67</p>	Cuidar para ayudar a alcanzar la autorrealización del AM.

		<p>“Insisto luego, que debemos cambiar nuestra actitud hacia al adulto mayor, los que merecen cuidados respetuosos, acogerlos con sus historia, con su sabiduría, con toda lo que ha desarrollado en su vida”. EA1/L186/188</p>	<p>Deseo de contribuir a la autorrealización del AM.</p>
		<p>“A veces las enfermeras entregamos excelentes técnicas, pero ni siquiera les hablamos cuando se las realizamos, los aislamos” EA1/L203-204</p>	<p>Ignorar al AM en su dimensión de persona.</p>
	1.3 Desafíos		
	1.3.1 País	<p>“No tenemos en Chile estos hospitales geriátricos grandes, que existen en otros países. Nosotros incipientemente debemos atender a estos pacientes, pero ahora nos vamos a ver, en un tiempo más enfrentados a la realidad que la gran mayoría de</p>	<p>Planificación de las necesidades estructurales y políticas públicas en salud sin considerar los cambios demográficos</p>

		<p>nuestros pacientes serán adultos mayores.” EA1/L10-14</p> <p>“Ahora, no estamos preparados ni en la infraestructura ni de entendimiento del proceso de envejecimiento por parte de la persona” EA1/L55-56</p> <p>“El funcionamiento del país más allá del área de salud no está basado en la prevención, se planifica y se prevé muy poco, siempre se está improvisando. Recién con la reforma de salud se ha dado énfasis a la prevención y a estilos de vida saludables.” EA1/L55-56</p> <p>“... estaba pensando que todo esto que se viene con respecto al cuidado de este adulto mayor debe ser transdisciplinario, que incluya geriatra, psicólogos, asistentes sociales, ampliar la visión y hacerlo en una</p>	<p>Deficiente formación en geriatría para afrontar las necesidades sanitarias de los AM</p> <p>Adelantarse en la planificación de las necesidades de la población.</p> <p>Mirada transdisciplinaria para enfrentar el envejecimiento poblacional y sus consecuencias.</p>
--	--	---	---

	<p>1.3.1 Sector Salud</p>	<p>forma integral..." EA1/L5-8</p> <p>"Falta capacitación, estructurar bien lo servicios, yo siento que falta, por ejemplo, una valoración inicial del adulto, mayor cuando ingresa al hospital." EA1/L56-58</p> <p>"...muchas veces las hospitalizaciones se deben al proceso natural del envejecimiento y, frente a esto el hospital o las instituciones de salud no pueden quedar atrás." EC3/L24/26</p> <p>"...la mayoría de ellos tienen un rol pasivo en lo que respecta a su salud, no participan de su autocuidado, al igual que sus familias, por lo general esperan y están convencidos de que es el equipo de salud el responsable de solucionarle sus problemas..." EB2/L74-77</p>	<p>Competencias profesionales en relación a las necesidades integrales del AM</p> <p>El envejecimiento es visto como alteración de la salud y no como una etapa más del ciclo vital.</p> <p>Acciones de autocuidado. Hacerse responsable de su propia salud. Rescatar la autonomía.</p>
--	---------------------------	--	---

	<p>1.3.2 Enfermería</p>	<p>"...atender al adulto mayor, porque cada vez van a ver más, por lo tanto es un desafío que hay que tomar con enfermería para cuidar a éstos adultos mayores..." EA1/L 4-5</p> <p>"como enfermera, que somos las que estamos más cerca del paciente, propender, a que la gente entienda el proceso de envejecimiento, lo acepte y entienda que la vida es finita." EA1/L27-29</p> <p>"Las competencias tampoco están preparadas. Desconozco si en el pregrado están preparando a las alumnas en la parte geriátrica" EA1/L195-196</p> <p>"...también es un hecho demográfico que estamos viviendo un envejecimiento de la población, por lo tanto cada vez más nuestros pacientes son adultos mayores..." EC3/L21-23</p>	<p>Competencias profesionales de enfermería en la formación disciplinar</p> <p>La enfermera de considerarse gestora de cuidados en la etapa de la vejez, y darle la importancia que tiene a ello</p> <p>Falta de competencias profesionales de enfermería referente al AM.</p> <p>La mayor parte de los usuarios son y serán AM, por lo tanto el énfasis debiera hacerse en este grupo etáreo, en cuanto a la</p>
--	-------------------------	--	---

			preparación del personal.
--	--	--	---------------------------

Categoría	Subcategoría	Frases Textuales Referencia	Significado
-----------	--------------	--------------------------------	-------------

<p>2. Cuidados de enfermería en el AM hospitalizado en el FV*</p>	<p>2.1 Cuidados percibidos</p>	<p>"Uno tiene tan mentalizada el asunto de salvar vidas." EA1/L40</p> <p>"No hay una línea clara" EA1/L86</p> <p>"...es importante de tratar de mantenerlo sin dolor..." EA1/L67-68</p> <p>"Nos estamos abriendo un poco a la gente, entendemos que no es solamente el paciente, sino que detrás del paciente hay toda una familia." EA1/L97-98</p> <p>"...en forma general puedo decir que me impresiona que no son integrales" EB2/L3</p> <p>"...la atención de enfermería está enfocada, en un alto porcentaje a la dimensión biológica del ser humana." EB2/L5-6</p>	<p>La curación prevalece frente al cuidado.</p> <p>Falta de consenso en torno al cuidado de enfermería del AM en el FV</p> <p>Disminuir el sufrimiento físico del AM en el FV</p> <p>En el cuidado de enfermería se reconoce a AM en el FV como parte de un grupo humano: familia.</p> <p>Insuficiente transdisciplinariedad en la gestión del cuidado del AM en el FV</p> <p>No se consideran todas las dimensiones del cuidado para satisfacer las</p>
---	--------------------------------	--	--

		<p>"...está muy lejos de una atención holística..." EB2/L6-7</p> <p>"...pero nosotros tendemos como que lo primordial es siempre el área biológica..." EB2/L30-31</p> <p>"... intentamos que no tenga dolor, que esté en las mejores condiciones posibles, dentro de las disfunciones que le trae su enfermedad grave..." EB2/L35-37</p> <p>"...paciente no tiene una atención como integral..." EB2/L50-51</p> <p>"...lo que el paciente más quiere, no es lo que nosotros vemos como necesidad..." EB2/L54</p>	<p>necesidades AM en el FV.</p> <p>Mirada profesional reduccionista en el cuidado del AM en el FV.</p> <p>Mirada profesional reduccionista en el cuidado del AM en el FV.</p> <p>Relevancia del manejo del dolor en los cuidados del AM en el FV.</p> <p>Mirada profesional reduccionista en el cuidado del AM en el FV.</p> <p>Mirada profesional reduccionista en el cuidado del AM en el FV.</p>
--	--	---	---

		<p>"...uno se tiene que abocar, tanto al paciente que está en el final de la vida, como a su familia, y hacer, yo creo, la atención de enfermería más cercana a este proceso que están viviendo ellos." EC3/L4-6</p> <p>"...uno tiene que ejercer rol de mediador entre la institución de salud, el familiar que está falleciendo y la familia." EC3/L7-9</p> <p>"...a veces uno es el profesional más cercano para todas estas relaciones que se establecen entre el médico, el personal de salud y la familia." EC3/L11-12</p> <p>"...uno tiende a poner todo en base a una técnica..." EC3/L11-12</p> <p>"...desde enfermería, en esta</p>	<p>Los cuidados de enfermería en AM en FV debieran incorporar a la familia, dentro de un contexto que se reconozca la muerte como un hecho natural.</p> <p>Los cuidados de enfermería son un medio de acercamiento entre el AM en el FV, su familia y el equipo de salud</p> <p>Los cuidados de enfermería son un medio de acercamiento entre el AM en el FV, su familia y el equipo de salud</p> <p>Cuidados de enfermería en el AM en el FV basados en conductas derivados de la técnica.</p> <p>En la UTI del HQ</p>
--	--	---	---

	<p>2.2 Cuidados aspirados</p>	<p>unidad el adulto mayor es tratado dignamente.” EC31/L32</p> <p>“... Como enfermeras no hemos consensuado como vamos abordar este momento, por eso que se nos hace tan difícil, porque de acuerdo cada una lo hace de acuerdo a nuestras propias vivencias y, a veces no es lo mejor para el paciente.” EC2/L161-162</p> <p>“...lo que yo pretendería que estuviera mi familia al lado, el apoyo de mi familia, los que me acompañaron toda la vida, de alguna manera que en ese momento estén conmigo, representado en la voz familiar, en la toma de mano...” EA1/L69-72</p>	<p>el AM, recibe cuidados que considera su condición integral de persona.</p> <p>EL FV en general, no es un tema abordado en la gestión del cuidado, por lo tanto las enfermeras determinan sus acciones en torno a la experiencia profesional y personal, no siempre siendo lo mejor para la persona en FV y sus cercanos</p> <p>Integrar en los cuidados en el FV otorgados al AM a su familia, sus cercanos, por la significancia que ellos tienen en su vida</p>
--	-------------------------------	---	--

		<p>"...si el hospital no puede hacer nada médicamente en la salud de la persona, mi ideal es ofrecerle la oportunidad de morir en su casa." EA1/L72-74</p> <p>"...es aceptar lo que ellos en vida quieran hacer durante este período, "yo no quiero que me reanimen", o sea darle a la persona la posibilidad de cumplirle su voluntad, porque la vida es de él y, quien más que él puede decidir por él." EA1/L74-77</p> <p>"...es como que hay un cuerpo que hay que salvarlo, pero la atención debe llegar a un límite." EA1/L79-80</p>	<p>Los cuidados de enfermería deben orientarse hacia la veracidad y la orientación que más conviene al AM hospitalizado, su familia. Ojala ofrecer la oportunidad de morir en su entorno físico y emocional</p> <p>Respetar la autonomía del AM en el FV, incorporando las decisiones que él manifieste en torno al tratamiento y cuidado en esta etapa.</p> <p>Reconocer a la muerte como un evento natural de la vida. Evitar la prolongación artificial y dolorosa de la vida.</p>
--	--	---	---

		<p>"...su decisión es lo que debe importar, sobre todo para nosotras que somos enfermeras. Darle prioridad a lo que él piensa, ante de lo que piense el resto y, para eso necesitamos haya dicho, haya escrito, haya manifestado que quiere en ese momento." EA1/L81-84</p> <p>"...porque cuando el paciente tiene familia que se preocupa no darle la oportunidad que entre, que lo acompañe, que viva con él ese momento final." EA1/L103-104</p> <p>"...El hecho de incorporar a la familia permite que este traspaso sea mucho más fácil." EA1/L113-114"...pero si se aprovecha el momento del final de la vida de dejar las cosas en paz. Darle la mano, darle un beso y decírselo directamente, impacta enormemente en el familiar." EA1/L122-124</p>	<p>Respetar la autonomía del AM en el FV, incorporando las decisiones que él manifieste en torno al tratamiento y cuidado en esta etapa.</p> <p>Estimular la proximidad con su familia y sus cercanos en el FV.</p> <p>La incorporación de la familia en el FV ayuda a la aceptación de este momento de la vida.</p>
--	--	---	--

		<p>“...Cuando uno acoge a la familia, le permite estar en el momento de la muerte y, dentro de lo posible, les das privacidad, creo que la persona se fue en paz.” EA1/L167-168</p> <p>“...yo recalco que lo que más me interesa es que ese paciente se vaya con el apoyo de la familia.” EA1/L183-184</p> <p>“...hay que integrar los cuidados, de manera tal que podamos ayudarlos. Sabemos que las estas persona van pasando por etapas” EB2/L11-12</p> <p>“...el paciente que está conciente en su etapa final lo que más necesita de nosotros es compañía, que se le escuche.” EB2/L51-52</p> <p>“Nuestro cuidado tiene que</p>	<p>La cercanía de la familia ayuda a enfrentar el FV con paz y compañía</p> <p>La cercanía de la familia ayuda a enfrentar el FV con paz y compañía</p> <p>La cercanía a la familia ayuda a un FV en tranquilidad.</p> <p>Diversificar la oferta de cuidados al AM en el FV, ayuda a la aceptación</p> <p>Los cuidados al AM en el FV, requieren una</p>
--	--	--	--

		<p>estar orientado no solamente a lo que nosotros vemos desde fuera, hay que ponerse un poco en el lugar del paciente, y es el paciente quien realmente sabe lo que necesita.”</p> <p>EB2/L57-59</p> <p>“...pienso que a la gente se le debe decir siempre la verdad, buscando el lugar y el tiempo más propicio para ello y, a parte de eso debería existir un equipo de salud mental apoyando al paciente y su familia.”</p> <p>EB2/L114-116</p> <p>“...los cuidados de enfermería tienen que irse acomodando según la situación en la etapa de la vida.” EC3/L1-2</p> <p>“...se tiene que abocar, tanto al paciente que está en el final de la vida, como a su familia, y hacer, yo creo, la atención de enfermería más cercana a este proceso que están viviendo ellos.” EC3/L4-6</p>	<p>visión de simpleza, en el cual la técnica no es lo más importante.</p> <p>La empatía ayuda a entender el proceso del FV del AM, procurando descubrir orientaciones que satisfagan las necesidades de estas personas</p> <p>Los cuidados al AM en el FV deben basarse en la veracidad y un apoyo multidisciplinario</p> <p>Se reconoce que los cuidados en el FV cambian de acuerdo a la etapa del ciclo vital que vivencia la persona que está en el proceso de la muerte.</p>
--	--	---	---

		<p>“...los cuidados, estos deben ser especializados en torno al respeto, a las creencias, a los cuidados básicos, y lograr el máximo de bienestar y confort, tanto en el paciente y la familia.” EC3/L29-31</p> <p>“...es más necesario las cosas espirituales. Lograr otro tipo de contacto más psicológico o emocional, tanto con el paciente y la familia...” EC3/L32-34</p> <p>“...acercamiento de la familia y, que se conviertan en personajes activos en los cuidados,...” EC2/L36-37</p>	<p>Entender que el proceso de la muerte trasciende a la persona que transita hacia la muerte y considerar las necesidades de sus cercanos y familias.</p> <p>La personas tienen una cosmovisión en relación a la vida y la muerte que se forja en torno a sus creencias y cultura, aspectos que deben ser considerados al gestionar cuidados de enfermería en el FV.</p> <p>En el FV los aspectos psicosociales y espirituales se tornan especialmente importantes para gestionar cuidados de enfermería pertinentes a esta etapa del ciclo</p>
--	--	---	---

	<p>2.3 Limitaciones del cuidado</p> <p>2.3.1 Instituciones</p>	<p>"... yo pienso que no tenemos, en estos momentos, ni siquiera la infraestructura, ni las capacidades," EA1/L22-23</p> <p>"...la muerte es considerada un fracaso. Hay que salvar al paciente." EA1/179-180</p> <p>"...siento que dadas las condiciones del trabajo, muchas veces, a pesar que ahora estamos más holgadas de personal, siempre hay como una presión asistencial fuerte, en donde la enfermera debe</p>	<p>vital</p> <p>Pese a que el envejecimiento poblacional es un echo, la institución hospitalaria no la asumido como una tarea</p> <p>En las instituciones hospitalarias el paradigma de salvar vidas es el paradigma imperante.</p> <p>Los cuidados de enfermería en el FV requieren dedicación especial, pero la planificación no considera el tiempo necesario a dedicarles a los AM y sus familias en este período.</p>
--	--	--	--

		<p>hacer cosas más allá que le corresponde, tanto clínica como administrativamente, entonces siento, que yo no tengo todo el tiempo que la persona y su familia requieren en ese momento.”</p> <p>EB2/L39-42</p> <p>“Y también está el problema que no hay espacio suficiente, no están las condiciones ambientales para se pueda dar una situación adecuada para los familiares de los pacientes.” EB2/L47-49</p> <p>“Yo no sé si es por la cultura, porque, igual nuestra cultura está enfocada en que el enfermo no se entere que tiene una enfermedad terminal.”</p> <p>EB2/L71-73</p>	<p>Si bien las condiciones psicosociales son importantes, también lo es un ambiente que propicie la privacidad, la tranquilidad y la facilidad de acceso de las familias como parte de la gestión de cuidado en el FV.</p> <p>Los profesionales de las instituciones hospitalarias tienden a negar la muerte, tal vez como considerarla un fracaso.</p> <p>Es necesario abrirse al nuevo</p>
--	--	---	--

	<p>2.3.2 Ejercicio profesional de la enfermería</p>	<p>"...yo creo que, es transversal a todos los servicios que uno se encuentra. El problema de la excesiva medicalización o ver al problema con el puro diagnóstico y, no con el problema psicoemocional y cultural donde se está vivenciando la muerte." EC3/L85-88</p> <p>"... Yo me eduqué en el concepto de que yo iba a salvar vidas, pero no me enseñaron el concepto, que yo iba a ayudar a morir en paz, y que es parte del cuidado de enfermería, ayudar a morir en paz." EA1/L40-43</p> <p>"En la Universidad nunca me hablaron de... o sea me hablaron de la atención del</p>	<p>paradigma que ve a la persona hospitalizada enferma o en el FV, en su contexto humano integral, que además de un diagnóstico y tratamiento, requiere un trato integral que se habrá a todas las dimensiones constituyentes de la persona</p> <p>Las enfermeras fueron formadas dentro del paradigma biomédico, enfatizando la recuperación de la salud, sin enfatizar que dentro del rol de la enfermera se encuentra otorgar cuidados en el FV</p> <p>Aceptar que la muerte es parte de la naturaleza humana es una de</p>
--	---	---	--

		<p>moribundo, como atención, a ver te explico, como atención de intentar siempre la recuperación, pero esta parte más espiritual de la muerte, yo no me recuerdo que me hayan hablado de la asistencia al moribundo como una cosa más espiritual.” EA1/L125-129</p> <p>“Las enfermeras trabajamos durante todo el ciclo vital de las personas, la muerte la hemos desconocido.” EA1/L136-137</p> <p>“Yo creo que, como enfermeras no estamos capacitadas y, nadie ve que hacemos gestión, también, frente al paciente moribundo. Me imagino que en el pregrado debe ser tema.” EA1/L147-149</p> <p>“Y también la formación nuestra, la muerte no es natural para nosotros, la muerte es considerada un</p>	<p>las falencias que las enfermeras identifican en su formación de pregrado.</p> <p>La muerte es parte del ciclo vital, y las enfermeras gestionan cuidados para las personas durante todo el ciclo vital.</p> <p>La negación de la muerte en la institución hospitalaria le otorga poco valor a la gestión de los cuidados en esta etapa del ciclo vital</p> <p>En la formación profesional, la muerte en el hospital, de cualquier persona, aún la anciana es</p>
--	--	---	---

	<p>2.3.3 Equipo de salud</p>	<p>fracaso. Hay que salvar al paciente." EA1/L179/180</p> <p>"Yo creo que para el profesional de salud, tanto médico como de enfermería, que son los encargados de darles las malas noticias al paciente es la situación clínica más difícil que tienen que enfrentar, cuando se le dice al paciente que su enfermedad no tiene cura o de mal pronóstico o incierto, es la situación clínica de enfermería más difícil, porque en el fondo yo creo que vemos reflejado nuestros propios temores de cómo enfrentamos la muerte." EB2/L14-19</p> <p>"A mí siempre, con un paciente que está, ya sea con una enfermedad aguda grave o terminal, nunca me queda claro que el médico informó al paciente. Me da la sensación que el médico nunca informó completamente del cuadro clínico que</p>	<p>considerada un hecho que llena de frustración.</p> <p>Falta de competencias profesionales para enfrentar la muerte como parte del ciclo vital, que debe ser tratada con respeto, demostrado esto en la veracidad hacia la persona hospitalizada y su familia.</p> <p>Falta de competencias profesionales para enfrentar la muerte como parte del ciclo vital, que debe ser tratada con respeto, demostrado esto en</p>
--	------------------------------	--	---

		<p>tiene el paciente, ya sea a él o su familia." EB2/L66-69</p> <p>"...se sigue manejando por sí acaso, como los pacientes que se mantienen per sécula con altas dosis de drogas vasoactivas, sin tener claridad en el pronóstico." EB2/L100-102</p> <p>"Ellos temen al acercamiento de la familia y, que se conviertan en personajes activos en los cuidados, porque ellos están acostumbrados, yo creo, a hacer las cosas como la institución lo manda, como siempre se han hecho." EC3/L36-39</p> <p>"...uno trata de instaurar ideas educativas en los familiares o que tengan mayor participación en los cuidados, a veces no lo aceptan de buena manera." EC3/L40-41</p>	<p>la veracidad hacia la persona hospitalizada y su familia.</p> <p>Incapacidad para enfrentar la muerte como un evento natural en el contexto hospitalario</p> <p>Parte del equipo de salud ven a la familia como un actor que viene a alterar la rutina, les cuesta integrarlos en la rutina de los cuidados. Existe una resistencia al cambio</p> <p>Parte del equipo de salud ven a la familia como un actor que viene a alterar la rutina, les cuesta integrarlos en la rutina de los cuidados. Existe</p>
--	--	--	---

		<p>"El comportamiento médico se caracteriza por aislarse en una burbuja, sin dar la información oportuna y concreta, a pesar que a veces las personas o sus familiares sospechan de su condición de terminal, la información es nula."</p> <p>EC3/L54-56</p> <p>"...falta el compromiso médico para tratar el dolor, por ejemplo o sobreinvidirlo, medicalizando la muerte..."</p> <p>EC3/L64-66</p> <p>"Es como si los vieran como un diagnóstico, un tratamiento, pero no la situación en toda su magnitud una persona con familia que viene de un</p>	<p>una resistencia al cambio</p> <p>Falta de competencias en el manejo comunicacional, hace que se forme un círculo de silencio que no ayuda a la preparación para la muerte tanto para el familiar como para la persona que esta en el FV.</p> <p>Desconocimiento sobre cuidados paliativos, los enfoques y la templanza para enfrentar la muerte de las personas hospitalizadas.</p> <p>Prima la visión biomédica, que parcela a la persona, convirtiéndola en un síntoma, un diagnóstico</p>
--	--	--	---

	<p>2.3.4 Familia</p>	<p>entorno único y que está muriendo." EC3/L66-68</p> <p>"...las barreras del personal, que no está acostumbrado a estar con un entorno familiar activo y, que ese entorno familiar, también tenga la responsabilidad o se sienta con derecho a ver o sentirse juzgado en sus labores por estas familias." EC3/L89-91</p> <p>"...A veces nosotros vemos en el hospital que la familia decide y que trata de hacerle y pide todo lo posible para salvarlo, es como que hay un cuerpo que hay que salvar." EA1/L78-80</p> <p>"Baja escolaridad y bajo nivel sociocultural: este aspecto incide directamente</p>	<p>desconociendo su dimensión humana en su integridad.</p> <p>Resistencia a aceptar a la familia como un ente colaborador en los cuidados de enfermería en el FV del AM, que además lo ayuda en este período a enfrentar la pérdida que vivencia.</p> <p>Predominan las decisiones familiares frente a la autonomía de la persona AM hospitalizada en el FV, cuando es capaz de expresar sus deseos.</p> <p>Los usuarios, en general, carecen de conocimientos que le permitan</p>
--	--------------------------	--	--

		<p>en a gran dificultad de los usuarios, y en especial de sus familias, para entender su diagnóstico, tratamiento pronóstico y cuidados al alta y la importancia de continuar en control.”</p> <p>EB2/L83-86</p> <p>“...observo una escasa comprensión de parte del familiar responsable del paciente hospitalizado cuando se le entrega información de cualquier miembro del equipo de salud, aunque se le explique y reitere la información en un lenguaje extra sencillo y básico. Esta condición de falta de comprensión va más allá del ámbito de la salud y me parece grave.” EB2/87-91</p> <p>“Este puede ser un proceso largo, y que la familia nunca está preparada para vivirlo...” EC3/L6-7</p> <p>“...hay muchas dudas, inquietudes y, que la familia no se atreve a</p>	<p>entender y hacerse responsable de su autocuidado.</p> <p>Los usuarios, en general, carecen de conocimientos que le permitan entender y hacerse responsable de su autocuidado e incluso reconocer sus derechos a preguntar, las veces que sea necesario hasta que entiendan</p> <p>Deficiente socialización de la muerte en la sociedad.</p> <p>Incapacidad de preguntar sobre las dudas que tienen, se someten</p>
--	--	---	---

	<p>2.4La Gestión del Cuidado y el final de la vida del Adulto Mayor</p>	<p>preguntar..." EC3/L168-170</p> <p>"...hay gente que no se siente preparado tomar la responsabilidad..." EA1/L104-111</p> <p>"A veces, también, los pacientes son un "cacho", un problema para la familia. Entonces ellos prefieren tenerlo en el hospital, donde está bien alimentado, bien cuidado y, así viven ese período como un relajo en la casa." EA1/L147-148</p> <p>"Que se despida, "que se despida", no es cierto, porque llega un momento de lucidez que yo lo he visto en pacientes súper graves, porque no aprovechar ese momento de lucidez para que ese paciente se despida de su familia y, que la gente que lo rodea en ese momento le diga cuanto lo ama cuanto lo quieren. O sea, yo creo que eso no cuesta nada. Y no gasta insumos, no gastas nada. Es una cosa gratis, que permite</p>	<p>a las decisiones médicas.</p> <p>Incapacidad de asumir una conducta de autocuidado</p> <p>Incapacidad de asumir los cuidados del AM en el FV, por diferentes razones</p> <p>Los aspectos psicosociales y espirituales son fundamentales al gestionar cuidados en el final de la vida, que propendan a la humanización de la muerte que se concretan en acciones simples, baratas, que demandan tiempo, pero que resultan significativas</p>
--	---	---	--

		<p>que el paciente se sienta tranquilo, y tenga una muerte acompañado por su familia, con el amor de ellos." EA1/L182-183</p> <p>"...nadie ve que hacemos gestión, también, frente al paciente moribundo." EC3/L10-11</p> <p>"...tenemos que asumirla como parte del ciclo vital y hay que brindar los cuidados..." EC3/L107</p> <p>"...los cuidados de enfermería tienen que irse acomodando según la situación en la etapa de la vida, sobre todo al final, cuando uno está cercano a la muerte, debe cambiar." EC3/L1-3</p>	<p>para quien transita hacia la muerte, como para sus cercanos.</p> <p>La gestión del cuidado debe reconocer todas las etapas del ciclo vital, desde sus inicios hasta su fin.</p> <p>La gestión del cuidado debe reconocer todas las etapas del ciclo vital, desde sus inicios hasta su fin.</p> <p>Los cuidados de enfermería, deben ser pertinentes al ciclo vital de la persona e incluso al ciclo vital de la familia a fin de responder a las tareas normativas y paranormativas que durante él se</p>
--	--	--	--

		<p>“También para desahogarse, porque hartas veces ha tocado familiares o gente, que cuenta problemas personales, situaciones o vivencias en torno a esta situación de la muerte o la etapa final de la vida, y uno está ahí dando apoyo psicológico o emocional a todo ese entorno.” EC3/L81-84</p> <p>“En relación a la gestión del cuidado, yo creo que aún no existe un posicionamiento de ésta, en relación, por ejemplo, a temas como este. Aún no arremete, en relación a línea médica.” EC3/L136-138</p> <p>“...la gestión del cuidado, creo que se está abordando más el área administrativa, y hay una deuda pendiente en el área práctica, para abordar estos temas.” EC3/L174-176</p> <p>“...las labores en el final</p>	<p>producen.</p> <p>La empatía, la escucha activa, intervenir en los sentimientos que experimentan quienes están en el FV y sus familias es parte de la Gestión del Cuidado de Enfermería.</p> <p>Empoderamiento deficiente de las enfermeras en su rol de gestoras del cuidado en las instituciones hospitalarias.</p> <p>La Gestión del Cuidado resulta del complemento entre lo burocrático y lo práctico.</p> <p>Aún existe un</p>
--	--	--	--

		<p>de la vida, la separación que existe entre el ámbito médico y el de enfermería genera un conflicto. Veo como que corrimos por rumbos distintos, pero no hemos logrado imponer nuestra visión y que se considere como importante.”</p> <p>EC3/L141-144</p>	<p>déficit al establecer la Gestión del Cuidado como una de los pilares de la Gestión Clínica, más aún cuando se trata de los cuidados de los AM en el FV.</p>
--	--	---	--

Categoría	Subcategoría	Frases Textuales Referencias	Significado
3. Etica	3.1 Autonomía	<p>“...pierde su rol social, no tiene participación...” EA1/L7</p> <p>“...es aceptar lo que ellos en vida quieran hacer durante este período...” EA1/L74-75</p> <p>“...vemos en el hospital que la familia decide y que trata de hacerle y pide todo lo posible para salvarlo...” EA1/L78-79</p> <p>“Las personas tienen</p>	<p>Al perder el rol social, el AM deja de ser reconocido como una persona autónoma.</p> <p>Escuchar al AM y sus deseos relacionados con el FV es reconocerle su derecho a tomar decisiones como personas adultas e independientes que son.</p> <p>La familia puede opinar sobre los tratamientos y cuidados en el FV del AM, pero mientras éste mantenga sus facultades mentales y emocionales, este no debe ser excluido de la deliberación.</p> <p>Las decisiones de</p>

		<p>derecho una visión de lo que debe pasar y su decisión es lo que debe importar, sobre todo para nosotras que somos enfermeras. Darle prioridad a lo que él piensa, ante de lo que piense el resto..." EA1/L80-83</p> <p>"...en nuestra unidad, manejamos muy mal los problemas éticos derivados de la atención que entregamos. A mí siempre, con un paciente que está, ya sea con una enfermedad aguda grave o terminal, nunca me queda claro que el médico informó al paciente. Me da la sensación que el médico nunca informó completamente del cuadro clínico que tiene el paciente, ya sea a él o su</p>	<p>cuidado y tratamiento deben concensuar lo que la persona AM en el FV desea y lo que más lo beneficia dentro de la legislación vigente.</p> <p>El ciclo del silencio frente al AM en el FV, no hace sino anular su derecho a participar de las decisiones de cuidado y tratamiento.</p> <p>Pasando de sujeto a objeto de atención.</p> <p>La veracidad en el FV es reconocer la autonomía de la persona, en tanto lo reconoce como capaz de tomar decisiones.</p>
--	--	---	---

		<p>familia." EB2/L65-69</p> <p>"...nuestra cultura está enfocada en que el enfermo no se entere que tiene una enfermedad terminal." EB2/L71-72</p> <p>"...siento que se le limita aún más el acceso a la información sobre su estado, como que se le respeta poco su condición de persona autónoma." EB2/L103-104</p>	<p>La veracidad en el FV es reconocer la autonomía de la persona, en tanto lo reconoce como capaz de tomar decisiones</p> <p>El AM, por el sólo hecho de ser anciano es considerado incapaz, negándole su derecho decidir en torno a su salud.</p> <p>El AM, por el sólo hecho de ser anciano es considerado incapaz, negándole su derecho decidir en torno a su salud.</p>
	3.2 Beneficencia	"si tú me preguntas, si ellos reciben lo que ellos quieren y piden en esta etapa, creo que el adulto mayor no es escuchado..."	Las decisiones en torno a cuidado y tratamiento deben considerar la voluntad de la

		<p>EC3/L154-155</p> <p>"...todas las decisiones de los adultos mayores pasan por el familiar. Nunca yo he percibido un poco que los médicos tomen un poco una decisión en conjunto..."</p> <p>EC3/L159-161</p> <p>"...No puede un familiar mío, por mucho que esté a cargo de mi situación de salud, tomar una decisión, cuando yo he tenido una vida, y tal vez he pedido que hagan esto y esto cuando yo esté grave."</p> <p>EC3/L162-165</p> <p>"Pero hay pacientes que se nos ha ido a nosotros, que están concientes de lo que les está pasando, no sé, una cosa cálida, darle la mano, ayudarle a traspasar ese momento, con cercanía, con calidez, darle confianza, ayudarle en su etapa."</p>	<p>persona AM en el FV.</p> <p>Respetar la autonomía del AM</p> <p>La cercanía en el FV, estar ahí para una compañía activa es lo más relevante a la hora de la gestión del cuidado, porque finalmente es una de las actitudes que más hace el bien al AM en el FV.</p> <p>Una gestión del cuidado que propenda al bien del paciente sin duda tiene que ver con mantener la cercanía con las personas significativas en su vida.</p>
--	--	--	--

	<p>3.3 No maleficencia</p>	<p>EA1/L44-47</p> <p>"...porqué cuando el paciente tiene familia que se preocupa no darle la oportunidad que entre, que lo acompañe, que viva con él ese momento final..."</p> <p>EA1/L103-104</p> <p>"...el proceso de duelo va a ser mucho más tranquilo. El hecho de incorporar a la familia permite que este traspaso sea mucho más fácil."</p> <p>EA1/L109-111</p> <p>"Entonces uno puede intervenir, permitir la entrada y decirle a la familia que aprovechen ese momento, a pesar del dolor."</p> <p>EA1/L112-114</p>	<p>Una gestión del cuidado que propenda al bien del paciente sin duda tiene que ver con mantener la cercanía con las personas significativas en su vida.</p> <p>Que la familia este en el momento de la muerte, viva este proceso junto al AM es parte de la Gestión del Cuidado de enfermería en FV</p> <p>Aceptar la muerte por parte del equipo de enfermería es una oportunidad de humanizar los cuidados cotidianos que se otorgan en el FV del AM.</p>
	<p>3.4</p>		

	<p>Cuestionamientos éticos</p>	<p>"...durante una reanimación, pero pienso será lo más adecuado, en lugar de otorgar la oportunidad a la familia de vivir y acompañar al paciente en ese momento." EA1/L117-118</p> <p>"Se trata que el adulto dentro de su edad tenga una vida saludable, mantenga sus capacidades, que tenga independencia, que no tenga daño en su autoestima." EA1/L60-62</p> <p>"Y en general, hay ejemplos, no sólo en el equipo de enfermería, sino que en el equipo de salud, de que se trata de evitar a estas personas que está fase de enfermedad grave o en la fase final de la enfermedad..." EB2/L19-22</p>	<p>En el FV el AM puede recibir cuidados que lo hagan sentirse valorados y queridos. Digno miembro de una comunidad.</p> <p>Asumir el FV como una etapa activa en el cual las personas que transitan hacia la muerte, como quienes aportan con el cuidado profesional e informal, deben comprometerse a "estar" activamente con la persona en el FV, así como entre ellos.</p> <p>En los hospitales la obstinación terapéutica, resulta, un obstáculo para otras medidas más sencillas que si satisfagan las necesidades del AM en el FV</p>
--	--------------------------------	---	--

		<p>"...los pacientes en el final de la vida, son pacientes como los otros. Yo, a veces, siento eso. Es un paciente, que uno sabe que se va a morir, pero no por eso no requiere cuidados. Más bien, requiere una atención especializada, medidas de aseo, de confort, tratamiento y, a veces, falta el compromiso médico para tratar el dolor..." EC3/L61-65</p> <p>"A mí siempre, con un paciente que está, ya sea con una enfermedad aguda grave o terminal, nunca me queda claro que el médico informó al paciente. Me da la sensación que el médico nunca informó completamente del cuadro clínico que</p>	<p>Ocultar la información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuado para el AM en el FV, impide en primer lugar que la tanto el AM como su familia comiencen su etapa de duelo, así como limita al equipo de enfermería a gestionar cuidados pertinentes en esta etapa del ciclo vital.</p> <p>Las enfermeras desean recuperar la muerte del AM como un parte de la naturaleza de la vida. Que el médico informe, es imprescindible para ofrecer</p>
--	--	---	--

		<p>tiene el paciente, ya sea a él o su familia." EB2/L66-69</p> <p>"...sobreinvasarlo, medicalizando la muerte, y no ver la muerte como un proceso natural." EC3/L65-66</p> <p>"...acá en la UTI, he visto hartas contradicciones. Hay gente que uno sabe que ya no hay ninguna posibilidad de curación y, se les reaniman, se les ponen drogas." EC3/L114-116</p>	<p>cuidados pertinentes.</p> <p>La sobremedicalización cuando la muerte es inminente significa arrebatarse un momento de reencuentro entre el AM en el FV y su familia, manejar el dolor, procurar el acercamiento y actuar con veracidad, permitiendo un acompañamiento desde el equipo de enfermería.</p> <p>Aceptar la muerte como parte de la naturaleza humana. Única certeza, y en vez de perder tiempo en intentar salvar un cuerpo que muere, se puede cuidar</p>
--	--	---	---

			tanto al AM como a la familia.
		<p>"...Yo creo que es incorrecto estar reanimando, casi a un muerto." EC3/L120</p>	<p>La negación de la muerte tiende la obstinación terapéutica e impide que se implementen medidas de cuidados pertinentes en esta etapa del ciclo vital.</p>
		<p>"... ¿porqué?, ¿para qué? Para que lo reaniman, si después lo van a hacer volver por el mismo sufrimiento. ¿Por qué nadie se opuso?" EA1/L38-39</p>	<p>Insistir en la curación, obstaculizando un diálogo abierto y respetuoso y veraz, genera cuestionamientos en las enfermeras. ¿Está dentro del Rol del Enfermería?</p>
		<p>"...tú te cuestionas cuando estas en una reanimación de un paciente adulto mayor, deteriorado, cuando lo invades y sabes que el pronóstico es malo, uno se pregunta ¿es esto lo</p>	<p>Las enfermeras sienten que en el nuevo contexto de la Gestión del Cuidado su acción debiera ser más activa en la</p>

		<p>correcto? Preocupada de la parte orgánica, pero ¿estará preocupada de lo que le pasa a él?"</p> <p>EA1/L160-163</p>	<p>discusión de la toma de decisiones e incorporar al debate una visión más humana y menos técnica.</p>
		<p>"¿Qué grado de responsabilidad tengo yo como enfermera en la atención de un paciente terminal y todavía estoy tratando de prolongar su vida más allá de lo que es posible?"</p> <p>EB2/L97-99</p>	<p>La Gestión del Cuidado aún no se empodera y se relaciona desde una posición horizontal con la Gestión del Curar, obstaculizando un diálogo abierto y respetuoso que se base en lo mejor para la persona AM que está muriendo como para su familia.</p>

Categoría	Subcategoría	Frases Textuales Referencias	Significado

<p>4.Emociones y Actitudes</p>	<p>4.1 Tristeza</p>	<p>“...Es tan triste ver a este adulto mayor enfermo, en un hospital estatal, como en el que trabajamos nosotros, que tiene tantas, tantas necesidades que tenemos que atender.” EA1/L20-22</p> <p>“...me ha a tocado la situación que un paciente muy grave falleció y no he podido, a la familia, explicarle, tomando todo el tiempo necesario, para que la familia entienda la situación y apoyarla en la etapa de duelo que viven. Entonces, eso me genera angustia...” EB2/L42-46</p>	<p>Las enfermeras reconocen que hay necesidades que trascienden lo técnico que no son atendidos en la Gestión de los Cuidados en el FV del AM, hecho que no le es indiferente.</p> <p>La presión asistencial para dedicar a la familia luego de ocurrida la muerte genera aflicción en las enfermeras, pues ellas entienden que es parte de su labor de gestoras del cuidado en este momento.</p>
	<p>4.2Miedo</p>	<p>“No quiere estar en una institución, no quiere estar llena de monitores, llena de sondas. Lo único que ella pedía era estar con sus dos hijos y, en esas circunstancias</p>	<p>Aceptar la muerte no es un proceso fácil ni para quien está en el FV como para su familia. La incertidumbre</p>

		<p>especiales, les permitimos la entrada a los familiares, al cura, pero ella no estaba bien, yo siento que lo que ella deseaba era morir en su casa." EC3/L130-134</p> <p>"...Pero lo desconocido siempre nos conduce miedo, como no lo conocemos..." EA1/51-52</p> <p>"Uno de alguna manera yo siento que también tengo mis temores frente a la muerte..." EA1/L137-138</p>	<p>de lo desconocido, el temor a quedar solo y dejar solo a los seres amados genera miedo, aspecto que debe ser abordado al gestionar los cuidados.</p> <p>La muerte es la incertidumbre por antonomasia, y ésta siempre genera miedo, la aceptación es el ideal, pero lo más probable es que siempre exista miedo en quienes están en el FV como en sus cercanos.</p> <p>La enfermera no está excluida del miedo que produce la muerte de quienes cuida. Sus propios temores le ayudan a</p>
--	--	--	---

		<p>"...porque en el fondo yo creo que vemos reflejado nuestros propios temores de cómo enfrentamos la muerte"</p> <p>EB2/L19-18</p>	<p>gestionar sus cuidados.</p> <p>La enfermera no está excluida del miedo que produce la muerte de quienes cuida. Sus propios temores le ayudan a gestionar sus cuidados.</p>
	4.3 Negación	<p>"...sobre todo en esta época en que vivimos, pareciera que la muerte, en términos generales, no en términos personales, en términos generales la muerte se ve como lo peor que nos puede suceder en la actualidad..."</p> <p>EB2/L24-26</p>	<p>La muerte adquiere su significado de una construcción social. En la actualidad se asocia al fracaso, hasta un evento no natural de la vida.</p>
	4.4 Fracaso	<p>"Las enfermeras trabajamos durante todo el ciclo vital de las personas, la muerte la hemos desconocido." EA1/L135-137</p>	<p>Dentro de la formación profesional de enfermería, la muerte no ha</p>

		<p>“Uno tiene tan mentalizada el asunto de salvar vidas. Yo me eduqué en el concepto de que yo iba a salvar vidas...” EA1/L40-41</p> <p>“A nosotros nos ha costado mucho aceptar la muerte como un hecho natural, entonces... Y también la formación nuestra, la muerte no es natural para nosotros, la muerte es considerada un fracaso...” EA1/L178-180</p>	<p>sido considerada como un nicho de cuidado, demandante de muchas competencias del profesional, pues dentro del paradigma de formación, la meta siempre fue salvar vidas. Ahora la profesión asiste a un nuevo marco demográfico y social que invita a la reflexión sobre los cuidados de las personas que morirán en los hospitales, especialmente asociado al envejecimiento poblacional.</p>
4.5	Abandono	<p>“Yo veo que los ancianos, mueren muy solos y muy tristes, e incluso abandonados.” EA1/32-33</p>	<p>En el ámbito hospitalario se hace visible la condición de abandono a la</p>

	<p>4.6 Aceptación de la muerte</p>	<p>"A mí a veces me da cosa que hay un anciano que nadie lo viene a ver y, tú empiezas a escarbar más en la vida de él y resulta que era viudo, que nunca tuvo hijos, no tiene familiares y, es triste." EA1/L100-102</p> <p>"...no sólo en el equipo de enfermería, sino que en el equipo de salud, de que se trata de evitar a estas personas que está fase de</p>	<p>que a veces se ve expuesto, asociado esto a su cambio de rol social, la falta de redes de apoyo, y es en esta situación es importante que las enfermeras, como gestoras del cuidado, generen dentro de su planificación acciones de acompañamiento activo y coordinaciones con redes disponibles (como por ejemplo, los voluntariados), para hacer sentir al AM que no esta solo, que como personas resulta importante para un grupo humano.</p> <p>Resocializar el tema de la muerte como parte de la vida es una tarea</p>
--	------------------------------------	--	---

		<p>enfermedad grave o en la fase final de la enfermedad, como que se le trata de evitar." EB2/L20-22</p> <p>"La muerte es, entonces natural. Nosotros no estamos muy preparados en lo cultural como en oriente, donde esta cosa es más fácil." EAL/L175-177</p> <p>"Pero si uno ve que la muerte forma parte de la vida, y la muerte es una cosa que tiene que llegar no puedes evitarla, nosotros, también, tenemos que asumirla como parte del ciclo vital y hay que brindar los cuidados..." EA1/L180-183</p>	<p>pendiente de la sociedad entera, enfrentarla con naturalidad, asumiendo los dolores que lleva implícita, pero aceptándola como parte del ciclo de la vida.</p>
--	--	---	---

Categoría	Subcategoría	Frases Textuales Referencia	Significado
-----------	--------------	--------------------------------	-------------

<p>5. Intersubjetividad</p>	<p>5.1 Proyección Personal</p>	<p>"... uno lo ve en su proyección personal, ¿Qué hice en mi vida?, ¿Estoy satisfecha con lo que hice en mi vida?, todas estas dudas que surgen, como para tener la sensación de que hiciste algo o diste algo a esta vida." EA1/L29-32</p> <p>"Lo que yo he hecho en algunas oportunidades, tú sabes que yo creo que esto es un traspaso de una etapa." EA1/L48-49</p> <p>"...lo que yo pretendería que estuviera mi familia al lado, el apoyo de mi familia, los que me acompañaron toda la vida, de alguna manera que en ese momento estén conmigo, representado en la voz familiar, en la toma de mano." EA1/L69-72</p> <p>"Pero ahora, que yo ya llevo más años en este asunto y, acercándome con pasos más grande al final del ciclo vital de uno, uno ve que esta cosa existe,</p>	<p>Importante resulta esta categoría, pues frente al envejecimiento, el trato del AM, los cuidados de enfermería en el FV, las enfermeras expresan que su posición, tanto personal y profesional, surgen de la experiencia vivida como individuo y de la práctica profesional que han debido enfrentar, Es decir su ser en el mundo. Frente a ello, las enfermeras construyen la gestión del cuidado del AM, en general, y en el FV en particular, condicionadas en parte por sus vivencias, creencias y</p>
-----------------------------	--------------------------------	--	--

		<p>que es y se trata, entonces de ser más abierta.”</p> <p>EA1/L139-142</p> <p>“Entonces yo creo que la vivencia propia te hace ser más conciente y, tratar de buscar mecanismos para ayudar en esta etapa de la vida, que es dura para el paciente y sus familiares.”</p> <p>EA1/L144-146</p> <p>“...debemos cambiar nuestra actitud hacia al adulto mayor, los que merecen cuidados respetuosos, acogerlos con sus historia, con su sabiduría, con toda lo que ha desarrollado en su vida. Yo lo viví con mi mamá, la que tenía 80 y tantos años y, ella pasaba la lista en el liceo y ella recordaba el nombre y el apellido de sus compañera y eran como 20 y tantas, y eso es algo tal vez poco relevante, pero escucharlo, es una forma de respeto.”</p> <p>EA1/L185-190</p>	<p>anhelos personales, de cómo les gustaría a ellas ser tratadas y enfrentar esta etapa de su ciclo vital. La experiencia humana y profesional, se torna entonces se torna un cimiento fundamental para ir construyendo un nuevo trato en torno a los cuidados del AM hospitalizado, en general y, en el FV, en particular, que de cuenta de un trato digno que honre la condición de persona de quien está en el ocaso de la vida.</p>
--	--	---	---

*AM: Adulto Mayor
 *FV: Final de la Vida

4.2 ANALISIS GLOBAL Y RELEVANCIA DE LOS DATOS

Los datos recogidos en las entrevistas realizadas a las participantes del estudio sobre los cuidados de enfermería al adulto mayor hospitalizado que se encuentra en el final de la vida, permitieron levantar categorías, que parecieran estar desvinculadas unas de otras. Sin embargo, constituyen un entramado de conceptos interdependientes, con los cuales, se ha logrado construir un relato, que permite, elaborar una respuesta, que en ningún caso resulta absoluta, a la pregunta investigativa planteada para este estudio, a saber: ¿Qué conceptos son los que fundamentan los cuidados de enfermería de las personas adultas mayores hospitalizadas en el final de su vida de acuerdo a las vivencias de quienes gestionan sus cuidados: Las enfermeras clínicas?

Para empezar, resulta imperativo resaltar la posición ontológica y epistemológica del estudio, el cual fue definido como una investigación cualitativa de alcance fenomenológico desde donde la realidad es aceptada como una construcción social de las personas involucradas en un fenómeno, y de acuerdo a la ideas surgidas desde su historicidad individual, social, cultural, política, económica, entre otras, van creando conceptos en relación a un tópico. En este caso la realidad a entender, tienen que ver con acepciones muy utilizadas en el estudio, como son la muerte, especialmente cuando esta ocurre durante la vejez, los cuidados de enfermería, el envejecimiento como fenómeno social e individual y los factores éticos asociados a ellos, los cuales adquieren significado en la cotidianidad de las labores en que ellos ocurren, rescatando la experiencia como fuente de conocimiento profundo del fenómeno estudiado, en tanto que de ella se obtienen percepciones significativas de las participantes del estudio, surgidas desde la dialéctica propia de la vida cotidiana que vivencian las enfermeras participantes.

En relación a lo anterior es interesante rescatar el concepto de Dasién, propuesto por Heidegger, que puede traducirse como "hombre que experimenta vivencias" o "construcción de posibilidades". En este estudio, las participantes, son las personas que experimentan vivencias y frente a ellas hay una construcción de posibilidades para generar o asirse del significado que emanan de éstas y construir, así

un relato, que da cuenta de una realidad, que de acuerdo a Morín, siempre será parcial, dinámico y multidimensional, que requiere de una mirada transdisciplinaria.

Esta persona que experimenta o vivencia el fenómeno, lo hace en un marco contextual que se construye en base a los eventos sociales, demográficos, históricos, éticos e incluso emocionales, que prevalecen en la sociedad. Así, para efectos de este estudio se identificaron cinco categorías de análisis.

Las participantes "hablan" desde su ser social, en tanto, son personas observantes y copartícipes de una sociedad en transformación constante, condicionada por diferentes factores, uno de ellos es el cambio demográfico, que se expresa a través del envejecimiento poblacional, que lleva a un aumento del grupo social constituido por adultos mayores, quienes tienen necesidades humanas, sociales, económicas, políticas, diferentes a otros grupos etáreos, las que deben ser atendidas por las comunidades, en las cuales están insertos. Asimismo el envejecimiento, presenta otras facetas sobre las que se deben reparar y que tienen que ver como la sociedad asume a este creciente grupo social, en cuanto al rol que cumple en el interior de ella y los desafíos que implica el envejecimiento cada vez mayor, de la población para el país, las instituciones sanitarias y las enfermeras mismas.

Desde su perspectiva profesional práctico, emergen los cuidados de enfermería al adulto mayor en el final de la vida propiamente tal. Las participantes expresan éstos, como aquellos que se perciben en su práctica profesional diaria, es decir los que se otorgan. Pero, al mismo tiempo reconocen, la brecha que existe entre los que se entregan con aquellos que debieran implementarse, es decir cuidados de enfermería manifestados como una aspiración. También identifican limitaciones en los cuidados de enfermería que surgen desde diferentes frentes como son la institución, el equipo de salud, la familia, la gestión del cuidado y la formación profesional de las enfermeras.

Interesante, resulta, que las participantes, ven a los cuidados de enfermería en el final de la vida de los adultos mayores como un fenómeno cargado de valores éticos que se manifiestan en el trato que se otorga al adulto mayor y su familia, así como los principios que se procura no transgredir al ofrecerlos. Además, el pensamiento crítico se hace presente a través de cuestionamientos o dilemas éticos que las participantes, se plantean en su quehacer práctico.

También, las participantes, consideran que gestionar cuidados en el final de la vida de la persona adulto mayor hospitalizada, implica una demostración de sentimientos y actitudes asociados con la vida, la muerte y el envejecimiento, que involucra, establecer proyecciones propias acerca de ellos que surgen desde su propio mundo subjetivo.

Ahora bien, en relación a los datos mismos, cabe destacar la importancia que otorgan las participantes de los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados de enfermería a las personas adultas mayores hospitalizadas, con una mirada que no segmenta, que reconoce a la persona en su plenitud, dando gran importancia a la incorporación de la familia como receptores de cuidados. Los cuidados tienden a la integración y la transformación de la práctica profesional, en tanto predomina una concepción de la enfermería que rescata lo humano en lugar de lo técnico, la flexibilidad a la norma absoluta, una actitud profesional acogedora, empática, sensible y dispuesta a cuestionarse su quehacer cotidiano como enfermera.

Finalmente, el análisis se sostiene en los valores propuestos por Jean Watson, en cuanto a la enfermería como ciencia y disciplina enfocada en los cuidados, y recoge la visión de Philippe de Ariés, en cuanto a la transformación de la concepción de la muerte a lo largo de la historia, lo que ayuda a la comprensión de este fenómeno.

CAPITULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 DISCUSIÓN

Los cuidados de enfermería del adulto mayor hospitalizado que se encuentra en el final de la vida, se fundamentan en cuatro premisas básicas que surgen desde los relatos del actor social, que permite introducirse en esta realidad (siempre parcial), y que corresponden a la vivencia de las enfermeras clínicas participantes, que gestionan estos cuidados.

Las enfermeras reconstruyen la realidad, por ellas percibidas, y a entender de la autora del estudio, desde cuatro posiciones que tienen que ver con su propia esencia como personas. Así la visión del fenómeno se construye desde su ser:

1. Social
2. Profesional
3. Ético
4. Personal:
 - 4.1 Emocional
 - 4.2 Reflexión intersubjetiva

Si bien, uno de las aspiraciones de la autora es abordar el tema, acogiendo las categorías encontradas como un todo, se opta por analizarlo desde estas cuatro perspectivas, porque permiten una presentación más ordenada, lo que facilita el entendimiento del fenómeno para quien lea este informe, sin embargo, se enfatiza que el fenómeno se fundamente desde la visión integral de las enfermeras, y que el recurrir a esta parcelación, sólo cumple con un objetivo didáctico.

5.1.1. Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor Hospitalizado en el Final de la Vida desde el Ser-Social de la Enfermera que gestiona sus Cuidados.

Previo a iniciar la reflexión sobre los cuidados de enfermería en el adulto mayor hospitalizados que se encuentra en el proceso de la muerte, las participantes, se detienen a contemplar lo que sucede en la sociedad más allá de la institución en la que desarrollan su actividad profesional.

Las enfermeras entienden que el fenómeno tiene su origen en un hecho, que está sucediendo en la sociedad, de la cual ellas forman parte, y que dice relación con el cambio demográfico experimentado, en el mundo, que finalmente alcanza a Chile, y que se caracteriza por un envejecimiento progresivo de la población.

La constitución etérea de la comunidad en que se vive, influye transversalmente en los comportamientos sociales de las personas que la forman, asimismo generan nuevas exigencias, a las cuales la sociedad debe dar respuestas, a través de sus instituciones, miradas éstas desde una perspectiva integral, considerando lo político, social, institucional y profesional.

En este contexto, resulta relevante, que las participantes reconozcan que más allá de la institución, en la cual cumplen su función profesional, suceden hechos, a los cuales deben estar atentas y observantes, ya que de alguna manera constituyen el sustrato, en el cual ellas elaborarán un hacer profesional, fundamentado en los cambios sociales que se generan en la sociedad de la que forman parte, y de cuya realidad no pueden sustraerse.

Convenido lo anterior, las participantes, en sus relatos reconocen que el envejecimiento es un hecho que ya sucede en la sociedad. Así una de ellas (EA1/L 1-3) acota: *"...yo pienso que, aparte de todo esto que se viene, estuve pensando en el asunto demográfico, del adulto mayor, que va aumentando, eh, proyectando me entiendes, que este asunto va a ser una cosa casi cotidiana..."*. Esta situación, ya ha sido evidenciada por diferentes estudios, entre ellos uno presentado por la CEPAL (2007), en el cual se hace referencia al innegable hecho que Chile es un país que envejece, casi en forma irreversible, indicando que en el año 2010 de cien

chilenos, 35 serían personas por sobre los 65 años. Esta situación, se irá agudizándose con el tiempo, y de mantenerse las tendencias observadas, la proporción de senescentes frente a menores de 15 años corresponderá a casi la mitad de ese grupo etéreo, para el año 2050.

En este escenario, el adulto mayor, se vuelve un actor social más presente en la cotidianidad. Su sola existencia deriva en nuevas situaciones, que representan un desafío a la sociedad en su conjunto.

En primer lugar, las participantes, enfatizan en la forma en que el adulto mayor es reconocido en la sociedad actual, derivada de la percepción que existe en torno a la vejez, así señalan: *"...en Chile, tenemos una visión muy negativa de la vejez, la vejez en Chile es muy triste, tenemos la visión de que el viejo no sirve, tiene fecha de vencimiento porque el viejo, pierde su rol social, no tiene participación, como que caducó, entonces como que lo aíslan o se autoaisla, porque no se siente capaz de enfrentar estos desafíos"* (EA1/15-19). Esta apreciación da cuenta de un hecho que va asociado al fenómeno del envejecimiento poblacional, y que corresponde al rol social que el adulto mayor cumple en la sociedad.

Las participantes consideran que en la realidad local, que ellas advierten, el adulto mayor es enfrentado con una actitud que tiende a degradarlo, desestimarle, desvalorarlo, actitudes que no contribuyen a que la persona logre un envejecimiento productivo y exitoso.

Desde las teorías que explican el envejecimiento, aportadas por Aranibar (2001), cabe destacar que en lo social, el envejecimiento como proceso puede ser entendido como un cambio de roles, marcado fuertemente por la jubilación (Teoría de la Desvinculación), que transforma a una persona laboralmente activa, tal vez con solvencia económica, en un sujeto, que obligado por la legislación, se ve "forzado" a desvincularse de su lugar de trabajo, y pasar a ser parte, a lo que en la sociedad neoliberal se denomina "sector pasivo" (Teoría de la Modernización). Su producción no concluye, pero ésta ya

no es importante para la sociedad, porque no corresponde a los parámetros que son valorados por el modelo económico.

La desvinculación laboral sin duda es uno de los eventos, que pueden afectar negativamente al adulto mayor. No se considera que muchos adultos mayores, tal vez, deseen prolongar su vida de trabajo, que pueden aportar en experiencia, que aún mantienen condiciones cognitivas, que les permite seguir aprendiendo y ajustándose a los cambios de la coyuntura laboral, por el contrario, se les fuerza a asumir una condición que ellos no eligieron. El alejamiento del trabajo, corresponde a un período en el cual, la persona adulto mayor, pierde muchos de sus contactos personales, que justamente solían encontrarse en su lugar de trabajo, acentuando la soledad, que es uno de los grandes riesgos que enfrenta la persona en el proceso de envejecimiento. Asimismo su influencia, como ciudadano (Teoría Sociológica) se ve, también menguada, ya que su ingreso al "sector pasivo" de la sociedad, significa que pierde la fuerza que le otorgaba pertenecer a un gremio productivo, con fuerza para manifestar demandas y ser escuchados por las autoridades. De igual forma, la desvinculación laboral, muchas veces, significa empobrecimiento, ya que las jubilaciones, son habitualmente, sustantivamente menores a las remuneraciones, con ello la persona adulta mayor, pierde valor, pues ve disminuida su posibilidad de consumo, situación que en el modelo neoliberal, le otorga al individuo mayor mérito como tal.

No obstante todo lo anterior, es importante abordar el concepto de desvinculación con una mirada que se fije en las emociones. El retiro laboral, la jubilación se convirtieron en términos que fueron resumidos en el concepto de desvinculación, que puede ser definido como anular un vínculo. Si bien, en este contexto se hace énfasis a la relación laboral, se ignora la circunstancia, que durante la vida laboral, las personas, no sólo tienen un vínculo con la organización que les emplea, sino principalmente, con las personas con las que comparte su trabajo. La desvinculación, por lo tanto, también influye en el ámbito de las relaciones personales, alejando al adulto mayor del entorno humano que le fue, uno de los más cercanos durante su vida.

Para que el envejecimiento sea exitoso, es necesario, contar con estrategias que dispensen protección al adulto mayor en tres ámbitos que son fundamentales, y corresponden al apoyo social, económico y en salud (Teoría de la Subcultura), pues así se pueden otorgar medidas que lo amparen, garantizándole condiciones mínimas de vida durante su envejecimiento, que le permita alejar los riesgos que se enfrentan en esta etapa, como lo manifiesta Herrera, A. (2004), y que se expresan en situaciones como la pobreza, marginalización, invisibilización, discriminación y fragilización, sobre todo por su condición de soledad, dado el cambio de las estructuras familiares, en las que la falta de cuidadoras informales, los van dejando solos, y en un país con escasas Políticas Públicas enfatizadas en ellos, los vuelven personas altamente vulnerables en sus derechos y dignidad. Evitar estas situaciones riesgosas durante el proceso del envejecimiento, favorecería a que el adulto mayor cumpla con las tareas que le son propias a su etapa de vida (Teoría del Ciclo Vital), cual es lograr ser reconocido en su saber y experiencia, logrando con ello la plenitud.

Para implementar lo anteriormente citado, es necesario, también un cambio desde la sociedad hacia los adultos mayores, lo que también es reconocido por una de las participantes la que acota que: *"...el respeto, reconocerlo como sabio, falta de que cambie el concepto en Chile, en relación a él"* (EA1/L66-67), y, agregando: *"Insisto luego, que debemos cambiar nuestra actitud hacia al adulto mayor, los que merecen cuidados respetuosos, acogerlos con sus historia, con su sabiduría, con toda lo que ha desarrollado en su vida"* (EA1/L186/188), sin embargo es la misma participante la que levanta una crítica, en cuanto a la relación enfermera-persona adulta mayor cuidada, en tanto reconoce que: *"A veces las enfermeras entregamos excelentes técnicas, pero ni siquiera les hablamos cuando se las realizamos, los aislamos"* (EA1/L203-204), concluyendo que esto no es algo que sucede "allá", en la sociedad, sino que sucede en el entorno propio del quehacer profesional de las enfermeras, porque ellas forman parte de esa sociedad.

Pese al negativismo con las que las participantes observan el fenómeno del envejecimiento poblacional, reconocen en él una

oportunidad para desarrollar estrategias que permitan que los adultos mayores sean reconocidos y tratados de una forma digna. Estos desafíos (oportunidades), requieren ser enfrentadas por la sociedad en su conjunto (país), y en el caso que convoca este estudio, obliga a las instituciones de salud a enfrentar el cambio de perfil de sus usuarios, y desde la enfermería, buscar formas de enfrentar esta situación.

Dentro de las Teorías de Enfermería resulta relevante rescatar la desarrollada por Pamela G. Reed, llama de Autotrascendencia, en la cual la autora reconoce que la Gestión de los Cuidados de enfermería es un continuo de toda la vida de la persona, que no excluye a la vejez, ni a la muerte. Pese a que se trata, de una etapa que se conoce como el final, se reconoce como un período, en el cual la persona que experimenta la vejez tiene oportunidades de seguir desarrollándose (tal vez con mayores dificultades) permitiendo concluir la vida con la sensación de plenitud. Reed, afirma que para lograr este estado de bienestar es necesario propender a un ambiente que no se transforme en un obstáculo para alcanzar la tranquilidad en la vejez, a través de una salud física aceptable, una condición psicológica reforzada por apoyos ambientales (familiares, sociales, económicos) que disminuyan el riesgo de depresiones o disminución de la autoestima.

En relación, a la situación con la que Chile enfrenta el envejecimiento poblacional, una de las participantes señala que: *"No tenemos en Chile estos hospitales geriátricos grandes, que existen en otros países. Nosotros incipientemente debemos atender a estos pacientes, pero ahora nos vamos a ver, en un tiempo más enfrentados a la realidad que la gran mayoría de nuestros pacientes serán adultos mayores."* (EA1/L 10-14), agregando que: *"Ahora, no estamos preparados ni en la infraestructura ni de entendimiento del proceso de envejecimiento por parte de la persona"* (EA1/L55-56), lo que constituye un desafío que Chile como país, debe plantearse y resolverlo.

Chile, como país miembro de las Naciones Unidas, ha suscrito muchos Tratados Internacionales, que son vinculantes con la

legislación nacional, y obligan a desarrollar estrategias que permitan cumplir con los acuerdos convenidos.

En relación al adulto mayor, Chile, ha ratificado la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en la cual se reconocen los derechos políticos, sociales y culturales de los este grupo de la sociedad, como un derecho humano más, que se incorpora a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual el país también ha adherido. En este escenario, el Estado Chileno, está obligado, por los compromisos internacionales suscritos, a desarrollar políticas públicas que entreguen soluciones a la problemática que significa el envejecimiento poblacional, el aumento de adultos mayores, y procure salvaguardar los derechos de éstos últimos. Si bien esto se ha hecho a nivel central, aún el avance es limitado. La Reforma Previsional, Programas de Salud del Adulto Mayor en la Atención Primaria, los Grupos de Adultos Mayores y la oferta creciente de actividades de ocio destinado a este grupo etáreo, son algunos logros, sin embargo los recursos son limitados, el acceso sobre todo a las actividades de ocio de calidad, como viajes, aprendizaje, incluso actividades deportivas, aún dependen de su condición económica para acceder a ellas, pues aún cuando más baratas, muchas de ellas tienen un precio, que no es posible cubrir con los ingresos que cuentan.

Siguiendo, la reflexión en torno al envejecimiento, las participantes, manifiestan, que el sector salud, también debiera integrarse a la discusión sobre la problemática que representa para la sociedad el aumento de la población adulta mayor. Al respecto, algunas de las impresiones recogidas desde su relato, señalan, que:

- *"El funcionamiento del país más allá del área de salud no está basado en la prevención, se planifica y se prevé muy poco, siempre se está improvisando. Recién con la reforma de salud se ha dado énfasis a la prevención y a estilos de vida saludables."* (EA1/L55-56)

- *"...la mayoría de ellos tienen un rol pasivo en lo que respecta a su salud, no participan de su autocuidado, al igual que sus familias,*

por lo general esperan y están convencidos de que es el equipo de salud el responsable de solucionarle sus problemas...” (EB2/L74-77)

- *“...muchas veces las hospitalizaciones se deben al proceso natural del envejecimiento y, frente a esto el hospital o las instituciones de salud no pueden quedar atrás.” (EC3/L24/26)*

- *“El funcionamiento del país más allá del área de salud no está basado en la prevención, se planifica y se prevé muy poco, siempre se está improvisando. Recién con la reforma de salud se ha dado énfasis a la prevención y a estilos de vida saludables.” (EA1/L55-56)*

Al respecto, Forttes, P., en su estudio *Consideraciones y estrategias para abordar el envejecimiento en sociedad* (2007), realiza una convocatoria a las autoridades, en la cual se enfatiza la necesidad de desarrollar una planificación multidisciplinar, que permita elaborar planes de acción que cubran las necesidades del adulto mayor, centrándose principalmente en mantener su funcionalidad tanto como sea posible, a través de una atención socio-sanitaria pertinente y les ayude a enfrentar, dignamente, los impactos que el envejecimiento producen en su salud, esto como una forma de reconocimiento de los derechos del adulto mayor.

Su propuesta se centra, básicamente en los siguientes aspectos:

- Servicios conducentes a mantener la funcionalidad y la actividad
- Servicios tendientes a recuperar la funcionalidad (centros de día)
- Servicios orientados a los cuidados de largo plazo para personas mayores con altos grados de dependencia:
 - Cuidados domiciliarios que contribuyan a la permanencia de la persona en su entorno habitual por el mayor
 - Centros de día y centros de noche para responder a la necesidad de respiro de la familia que cuida

En su propuesta, Forttes da cuenta, que el envejecimiento no es un estado patológico, más bien una condición propia de la evolución de la sociedad que ha permitido que las personas vivan más años, originando con ello nuevas necesidades, que la sociedad debe cubrir. Si bien es cierto, en Chile, el Código Civil, obliga a los hijos al cuidado de sus padres, no es menos cierto que el cambio de las estructuras familiares, hacen esto cada vez más difícil. Unido ello, a la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, la cuidadora informal de la familia chilena, tiende a desaparecer. Frente a esto, y tal como lo señala Forttes, y lo sugieren las participantes del estudio, se hacen necesarios nuevas ofertas que satisfagan las necesidades del creciente número de adultos mayores de la sociedad chilena. Asimismo, esto (desde la perspectiva de la autora) contribuiría a descongestionar los hospitales de adultos mayores, que en rigor no están enfermos, sino que sufren del deterioro físico y cognitivo propio de su edad, centrándose en cuidados diferenciados y planificados en torno a sus necesidades individuales.

En lo que dice al rol de enfermería, las participantes, también observan un desafío pendiente. Son muchas las citas que dan cuenta de ello, sin embargo sólo se mencionarán, las que para la autora del estudio resultan más relevantes. Ellas son:

- *"...atender al adulto mayor, porque cada vez van a ver más, por lo tanto es un desafío que hay que tomar con enfermería para cuidar a éstos adultos mayores..." (EA1/L 4-5)*
- *"como enfermera, que somos las que estamos más cerca del paciente, propender, a que la gente entienda el proceso de envejecimiento, lo acepte y entienda que la vida es finita." (EA1/L27-29)*
- *"Las competencias tampoco están preparadas. Desconozco si en el pregrado están preparando a las alumnas en la parte geriátrica" (EA1/L195-196)*

Las enfermeras clínicas que forman parte de instituciones hospitalarias, recogen la tradición biomédica tan presente en ellas, pese a que la formación de pregrado pretende entregar valores humanísticos ligados al quehacer de enfermería, los aspectos técnicos ligados a la recuperación de la salud, siguen siendo una constante. Al respecto, las participantes se reconocen faltas de competencias para cuidar en el proceso de la muerte, pero tal vez por situaciones que trascienden sus propias inquietudes respecto al tema, y se asocia más con el concepto que existe de la muerte en la sociedad actual. En este aspecto, importante es rescatar uno de los ejes que sustentan este estudio y que dice relación con el trabajo de Philippe Aries, quien en parte de su obra, señala: "Resulta sorprendente que las ciencias del hombre, tan extrovertidas cuando se trataba de la familia, el trabajo, la política, los placeres, la religión y la sexualidad, hayan sido tan discreta sobre la muerte", lo que da cuenta del hecho que en general, muchas disciplinas humanas, no traten el tema de la muerte como parte de la humanidad de la persona, y así los profesionales una vez egresados de su formación de pregrado, se sientan poco preparados para enfrentar este momento de la vida. La enfermería, no constituye una excepción a ello.

Siguiendo la reflexión del párrafo anterior, cabe destacar que dentro del contexto biomédico la muerte constituye un fracaso, tal como lo reconoce Pino de Casanova (2004), quien en señala: "En nuestra cultura ya no se practica el antiquísimo arte de morir y no se acepta el hecho de que es posible morir sin estar enfermo. Así, la muerte es vista por los médicos como un fracaso de su técnica y los cadáveres se sacan de los hospitales a altas horas de la noche, en secreto, y los médicos parecen tenerle más miedo a la muerte que las demás personas.» Como ya ha sido mencionado, las enfermeras en el ámbito hospitalario, tienen una tradición biomédica, que sólo en los últimos años, mediante la instauración de la Gestión del Cuidado, ha puesto en cuestionamiento el verdadero objetivo de la práctica profesional, en este contexto, es posible apreciar un incipiente cambio que apunta al retorno del cuidado como eje central del ser enfermera, sustentado en principios humanistas, y que valora las acciones invisibles (y poco estimadas en el contexto hospitalario),

que permite esa conexión entre la persona que cuida (enfermera) y la persona cuidada (paciente-familia).

5.1.2 Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor Hospitalizado en el Final de la Vida desde el Ser-Profesional de la Enfermera que gestiona sus Cuidados

Al abordar los cuidados de enfermería al adulto mayor hospitalizado de acuerdo a las vivencias de las enfermeras que gestionan dichos cuidados desde su ser-profesional, las participantes identifican tres tópicos importantes, y que corresponden a los cuidados que otorgan (lo visto, lo percibido), a los que aspiran otorgar (el deseo de cambio) y a las limitantes (obstáculos que dificultan la transformación), y son estos tres aspectos, son los que guían el análisis que se hará sobre los cuidados de enfermería en el final de la vida del adulto mayor hospitalizado.

En cuanto a los cuidados percibidos, es decir aquellos que se otorgan y han sido observados, advertidos por las participantes en su práctica o en las de sus colegas, hay muchas citas, sin embargo sólo se recogieron las más representativas, y que permitan caracterizar la situación como es vivenciada por las participantes.

- *"No hay una línea clara" (EA1/L86)*
- *"...la atención de enfermería está enfocada, en un alto porcentaje a la dimensión biológica del ser humana." (EB2/L5-6)*
- *"...lo que el paciente más quiere, no es lo que nosotros vemos como necesidad..." (EB2/L54)*
- *"...a veces uno es el profesional más cercano para todas estas relaciones que se establecen entre el médico, el personal de salud y la familia." (EC3/L11-12)*

- *"... Como enfermeras no hemos consensuado como vamos abordar este momento, por eso que se nos hace tan difícil, porque de acuerdo cada una lo hace de acuerdo a nuestras propias vivencias y, a veces no es lo mejor para el paciente." (EC2/L161-162)*

- *"Uno tiene tan mentalizada el asunto de salvar vidas." (EA1/L40)*

Los cuidados de enfermería en el final de la vida del adulto mayor en el contexto hospitalario, se enfocan básicamente en la dimensión biológica de los cuidados, privilegiando la ausencia de dolor, pero dejando fuera los aspectos psico-socio-espirituales asociados al evento de la muerte.

Probablemente, la situación descrita por las participantes, tenga su origen en la falta de una definición clara, en relación al cuidado. Por mucho tiempo, la enfermería en el contexto hospitalario, era representada por la faceta técnica y por la visión biomédica de la institución, a ello habría que agregar la escasez de enfermeras, que obligaban a establecer prioridades, en donde obviamente, participar en la sanación física resultaba ser lo más relevante. Hoy, sin embargo, y a pesar de lo limitado que es aún el recurso humano de enfermería, la situación es mucho más desahogada que hace algunos años. Hay más posibilidades de cuestionarse.

Uno de los ejes que generadores de este estudio, se vincula con la Teoría del Cuidado Humanitario desarrollado por Jean Watson. En ella, la autora, se detiene en torno a la reflexión de lo que es el cuidado y que significa practicarlo. Uno de los aspectos fundamentales que lo definen es reconocerlo como un sistemas de valores (no acciones) que se expresa en el respeto de la vida humana, con una explícita consideración a lo que es la autonomía de las personas involucradas en la relación de cuidado.

Watson hace una invitación, a impregnar, cualquier actividad relacionada con el cuidado, de una actitud de:

- a. Respeto por las preguntas y misterios de la vida

- b. Reconocimiento de la dimensión espiritual de la vida
- c. Reconocimiento del poder interior de los cuidados humanos y del proceso de curación
- d. Respeto y reverencia por la persona y la vida humana
- e. Reconocimiento de la autonomía humana y de la libertad de elección
- f. Reconocimiento y respeto por la vida-mundo subjetivo de la persona.

Probablemente, en el contexto hospitalario todo esto resulta etéreo, incluso podría ser definido como una declaración de buenas intenciones, pero que en la práctica clínica resulta prácticamente imposible llevarlo a cabo, pues en este escenario se requieren acciones concretas, unificadoras, que ayuden a que todas las enfermeras, entreguen cuidados similares en situaciones semejantes. Si bien esto es cierto, Watson, invita a que la gestión que se haga de los cuidados se exprese bajo principios valóricos compartidos por las profesionales de enfermería, que humanicen una actividad que siempre se caracterizó por ello, y que durante el siglo XX, fue perdiendo está impronta.

El cuidado debe ser humanitario, cada acción debe ser una demostración que la enfermería se centra en la persona, desde la salud o la enfermedad, desde el inicio de la vida hasta su fin.

Así entonces, a la autora de este estudio, le parece que el sistema de cuidados descritos por las participantes, son una representación clara de la deficiencia que existe en el contexto hospitalario, de sostener el quehacer profesional de la enfermería, en este caso relacionado con el final de la vida del adulto mayor, con un sistema de valores humanos como la empatía, tolerancia, generosidad, respeto, interiorización, entre otros.

No obstante, todo lo anterior, las participantes reconocen que lo que están entregando como "cuidados" en el final de la vida del adulto mayor no es suficiente, y tal vez, dentro de lo que Mailin Pino de Casanova, llama "...extraordinario movimiento fundante y

matricial”, surge una autocrítica, que se manifiesta como una aspiración para que estos cuidados retomen la senda del humanismo.

Así, algunas de las aspiraciones manifestadas por las participantes, son:

- *“...si el hospital no puede hacer nada médicamente en la salud de la persona, mi ideal es ofrecerle la oportunidad de morir en su casa.” (EA1/L72-74)*
- *“...lo que yo pretendería que estuviera mi familia al lado, el apoyo de mi familia, los que me acompañaron toda la vida, de alguna manera que en ese momento estén conmigo, representado en la voz familiar, en la toma de mano...” (EA1/L69-72)*
- *“...es aceptar lo que ellos en vida quieran hacer durante este período, “yo no quiero que me reanimen”, o sea darle a la persona la posibilidad de cumplirle su voluntad, porque la vida es de él y, quien más que él puede decidir por él.” (EA1/L74-77)*
- *“...su decisión es lo que debe importar, sobre todo para nosotras que somos enfermeras. Darle prioridad a lo que él piensa, ante de lo que piense el resto y, para eso necesitamos haya dicho, haya escrito, haya manifestado que quiere en ese momento.” (EA1/L81-84)*
- *“...pero si se aprovecha el momento del final de la vida de dejar las cosas en paz. Darle la mano, darle un beso y decírselo directamente, impacta enormemente en el familiar.” (EA1/L122-124)*
- *“...el paciente que está conciente en su etapa final lo que más necesita de nosotros es compañía, que se le escuche.” (EB2/L51-52)*
- *“...es más necesario las cosas espirituales. Lograr otro tipo de contacto más psicológico o emocional, tanto con el paciente y la familia...” (EC3/L32-34)*
- *“...acercamiento de la familia y, que se conviertan en personajes activos en los cuidados,...” (EC2/L36-37)*

Las aspiraciones de las participantes, en torno al cuidado de los adultos mayores hospitalizados en el final de la vida, dan cuenta, como ya se mencionó, de un cambio en la forma como enfrentar el cuidado de enfermería en el contexto hospitalario. En ellas se observa que las participantes aspiran a un cuidado centrado en la persona, que no resalta la técnica, pero si entiende que en la situación del tránsito a la muerte los aspectos psicoemocionales y espirituales son demandas que requieren la intervención de la enfermera, considerándolos fundamentales y de mayor relevancia en este período, agregando a la familia como receptores de cuidado, en cuanto se aliente su participación en ellos o simplemente permanecer junto al adulto mayor en este período.

Una Teoría de Anclaje de Enfermería, llamada del Final Tranquilo de la Vida, desarrollada por C. Ruland y S. Moore, ofrece a las gestoras del cuidado una mirada concreta de cómo abordar el proceso de la muerte, para que ésta no se transforme en una "herida abierta", que tanto la persona que vivencia la muerte o su familia se niegan a aceptar.

Básicamente, la autoras reconocen cinco espacios en los que se deben gestionar cuidados, y estos tienen que ver con mantener a las personas sin dolor, mantener un ambiente que tienda al bienestar (tanto físico como emocional-espiritual), cuidar a la persona con dignidad y respeto (reconocimiento de la autonomía), orientar hacia un estado de tranquilidad física y emocional (invitar a la conversación, a manifestar sus temores, penas, frustraciones) y fortalecer los vínculos con sus cercanos, estimulando la permanencia de ellos junto a la persona moribunda tanto como les sea posible.

Esta visión, se complementa con la Teoría de los Cuidados Paliativos, en las cuales se proponen principios tendientes a lograr un ambiente que permitan intervenir activamente. Estos principios se resumen en:

- Principio de Veracidad: decir la verdad sobre su condición a la persona en el final de la vida y a sus familiares

- Principio de proporcionalidad terapéutica: Ofrecer tratamientos y cuidados que se condigan con el pronóstico médico.
- Principio de manejo del dolor y sedación: Mantener a la persona sin dolor utilizando toda la terapéutica que exista para ello.
- Principio de Prevención: Mantener a la persona en el final de la vida y su familia informada sobre lo que le sucede y, lo que probablemente acontecerá, a modo de ir instaurando un camino de preparación para lo que vivenciarán.
- Principio de No abandono: Pese a que la persona se encuentre en el final de la vida, existe un compromiso de acompañarla a ella y su familia, durante todo el proceso de la muerte.

Estos principios permitirán establecer senderos de acciones concretas, para intervenir en el contexto del proceso de la muerte que vivencian la persona moribunda y su familia. Los cuidados paliativos, paradójicamente, tienen una mirada muy optimista con respecto al final de la vida. Se plantea que es posible **la rehabilitación** durante desarrollo de esta etapa, es posible que tanto la familia y la persona asuman esta condición y ocupen el tiempo que les resta para cerrar asuntos pendientes, situación que entrega tranquilidad, especialmente a quienes sobreviven a la persona que fallece. Asimismo, se invita a vivenciar el final de la vida con **esperanza**, pues a través del ejercicio dialógico, es posible que la muerte sea la puerta de entrada a la reflexión y a buscar refugio en la fe, en el arte o la religión. El proceso de la muerte se transforma de esta forma, en una etapa que profundiza en el significado de la vida, una etapa de búsqueda. Dentro de este período se enfatiza **el acompañamiento calificado**, lo que se refiere a estar presente durante todo el proceso para contener, explicar, apoyar todas las veces que sea necesario y oportuno, lo anterior obliga a una **atención personalizada**. Finalmente, se establece que las personas que cuidan a personas en el final de la vida deben profundizar en los **cuidados espirituales**, abriendo espacios de meditación e

introspección, tanto en la persona en el final de la vida como en sus cercanos.

Volviendo a las aspiraciones expresadas por las participantes, es posible, concluir que ellas son todas posibles, y necesarias en la gestión de los cuidados de las personas en el final de la vida, existen experiencias y teorías que entregan directrices que avalan y otorgan importancia a acciones silenciosas y menos técnicas en este sentido. Al respecto, lo anterior se reafirma recurriendo a lo señalado por Cousin, Anatomía de la Enfermedad, en cuanto a las necesidades de la persona en el final de la vida y su familia, a saber: "el total vacío creado por la añoranza irradicable, persistente y recurrente de un contacto humano cálido. Una sonrisa cariñosa y un apretón de manos tenían más valor incluso que las ofertas de la ciencia moderna, pero estas últimas eran mucho más asequibles que lo primero".

Retomando el relato de las participantes, en la realidad que ellas vivencian en torno a los cuidados, identifican barreras, que limitan la capacidad de las enfermeras de gestionar los mejores cuidados a las personas en el final de la vida.

Las participantes, identifican algunas entidades que obstaculizan la gestión de cuidados de enfermería en el contexto hospitalario. Ellas pueden ser de origen institucional, enfermería, de otros miembros del equipo de salud, de la familia y de la instauración de la gestión del cuidado mismo.

En relación a lo institucional, las referencias dan cuenta al predominio del modelo biomédico, señalando entre otras citas: "...yo creo que, es transversal a todos los servicios que uno se encuentra. El problema de la excesiva medicalización o ver al problema con el puro diagnóstico y, no con el problema psicoemocional y cultural donde se está vivenciando la muerte." (EC3/L85-88), situación que se relaciona con la falta de empoderamiento por parte de las enfermeras en la gestión del cuidado, lo que se ve reflejado en la siguiente aseveración: "...las labores en el final de la vida, la separación que existe entre el ámbito médico y el de enfermería genera un conflicto.

Veo como que corrimos por rumbos distintos, pero no hemos logrado imponer nuestra visión y que se considere como importante." (EC3/L141-144). Tal vez esto se deba a lo que las enfermeras identifican como falta de competencias para enfrentar el final de la vida, pues como ellas mismas lo refieren su formación se centro en la curación, más que en el cuidado, a saber: "Yo creo que, como enfermeras no estamos capacitadas y, nadie ve que hacemos gestión, también, frente al paciente moribundo. Me imagino que en el pregrado debe ser tema" (EA1/L147-149), agregando: "En la Universidad nunca me hablaron de... o sea me hablaron de la atención del moribundo, como atención, a ver te explico, como atención de intentar siempre la recuperación, pero esta parte más espiritual de la muerte, yo no me recuerdo que me hayan hablado de la asistencia al moribundo como una cosa más espiritual." (EA1/L125-129).

En el ámbito de las barreras institucionales, de enfermería y relacionadas con la gestión del cuidado, se estima que existe un desarrollo deficiente en torno al concepto del quehacer de enfermería en el contexto hospitalario. Muchas competencias profesionales son más bien segregadas, centrada en lo biológico, y que no tiende en lo holístico. Al respecto, es posible levantar una crítica al gremio de enfermería, en cuanto su falta de empoderamiento en el ambiente hospitalario, y no asumir una conducta transformadora de la práctica profesional. Esto es un hecho que aún se está gestando en el ámbito disciplinar, pero para hacerlo es necesario definir que es el cuidado para el colectivo de enfermeras, cual es el perfil que las identifica, y que competencias requieren para cumplir todo ello. Tal vez esto sea una reflexión, que aún esta pendiente en la realidad de la enfermería chilena. Lo anterior, no es un proceso fácil, pues tal como lo reconoce el Colegio de Enfermeras: "son las mismas enfermeras las que no conciben como propio la gestión del cuidado, observándose en las profesionales intra hospitalarias, que las actividades que realizan son en su mayoría derivadas del diagnóstico y tratamiento médico".

Se ha dejado para el final, el análisis respecto a cómo la familia y el resto del equipo de salud se convierten en una barrera que dificulta la gestión de los cuidados del adulto mayor en el final

de la vida. Las participan señalan, en relación a la familia, entre otros aspectos, algunos hechos relevantes, que se resumen en los siguientes dichos:

- *"...A veces nosotros vemos en el hospital que la familia decide y que trata de hacerle y pide todo lo posible para salvarlo, es como que hay un cuerpo que hay que salvar."* (EA1/L78-80)

- *"Baja escolaridad y bajo nivel sociocultural: este aspecto incide directamente en a gran dificultad de los usuarios, y en especial de sus familias, para entender su diagnóstico, tratamiento pronóstico y cuidados al alta y la importancia de continuar en control."* (EB2/L83-86)

- *"...hay muchas dudas, inquietudes y, que la familia no se atreve a preguntar..."* (EC3/L168-170)

En el contexto de la hospitalización de un adulto mayor que está en el proceso de la muerte, la familia, de acuerdo a las participantes, tiende a decidir sin consultarle a la persona misma, asumen que éste se encuentra incapacitado para entender y asumir su condición. Entran a formar parte de lo que se denomina el círculo del silencio, del cual no sólo la familia participa, sino que también el equipo de salud. Esto es desconocer la autonomía de la persona para decidir en el final de "su" vida. Luego existe una barrera que es importante, pues muchas veces el nivel socio-cultural de los usuarios, dificulta la comunicación, sin embargo habría que resaltar que es deber del profesional de la salud, tanto médicos como enfermeras, contar con competencias comunicacionales, que permitan entregar y adecuar los mensajes de una forma sencilla, pertinente, oportuna y personalizada en cada caso. Si el mensaje no es entendido, es porque dichas competencias son insuficientes. Asimismo si la familia no se atreve a preguntar, es porque en la relación de cuidado no ha logrado ser una lo suficientemente empática, de reciprocidad, entre la enfermera y las personas cuidadas, tal como hace referencia Jean Watson.

Finalmente, lo que dice relación al resto del equipo de salud, las barreras identificadas, tienen que ver con la capacidad de adaptarse a un nuevo contexto, en el que el usuario, es identificado como una persona con derechos y obligaciones, que es un ser en el mundo, el cual debe ser reconocido con todo aquello que lo constituye como persona: su biografía, su entorno social, sus creencias y en su autonomía. La actitud paternalista, de tipo vertical, tan típica en la relación entre el equipo de salud y la persona hospitalizada debe cambiar, y tender a la veracidad (tal vez con algunos reparos en ciertas circunstancias) y a la integración de la familia o cercanos en la relación terapéutica y de cuidado. Existe una resistencia al cambio, que debe ser enfrentada, y entender que los usuarios, más allá de su condición clínica, son personas integrales, y que deben ser abordadas con una perspectiva holística. Las participantes, se refieren a la brecha que existe al respecto en los siguientes términos:

- *"El comportamiento médico se caracteriza por aislarse en una burbuja, sin dar la información oportuna y concreta, a pesar que a veces las personas o sus familiares sospechan de su condición de terminal, la información es nula." (EC3/L54-56)*
- *"Es como si los vieran como un diagnóstico, un tratamiento, pero no la situación en toda su magnitud una persona con familia que viene de un entorno único y que está muriendo." (EC3/L66-68)*
- *"...las barreras del personal, que no está acostumbrado a estar con un entorno familiar activo y, que ese entorno familiar, también tenga la responsabilidad o se sienta con derecho a ver o sentirse juzgado en sus labores por estas familias." (EC3/L89-91)*

Para concluir, cabe destacar que los cuidados de enfermería que se otorgan al adulto mayor, constituyen un nicho interesante de abordar, pues dado el envejecimiento poblacional, la necesidad de ellos será cada vez más recurrente, convirtiéndose por lo tanto en una demanda social, en el cual la enfermera cuenta con herramientas para enfrentarla, e ir con ello contribuyendo a la transformación de la práctica profesional en los hospitales,

incorporando como valor agregado de la atención el aspecto humano, amoroso y de respeto que involucra el cuidado, abriéndose al cuidado humanitario postulado por Jean Watson.

5.1.3 Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor Hospitalizado en el Final de la Vida desde el Ser-Ético de la Enfermera que gestiona sus Cuidados

Los cuidados de enfermería en el adulto mayor están cargados de un compromiso ético, que las participantes señalan, y pueden ser expresados en cuatro principios básicos: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, los que se manifiestan en las acciones de cuidado que cotidianamente se entregan a las personas que se cuidan, que en este caso corresponden a adultos mayores en el final de la vida y sus familias. Durante el proceso de reducción fenomenológica, no se encontró ninguna referencia al principio de justicia, por lo que éste no está incluido en la interpretación y análisis.

Hay diferentes citas recogidas del relato de las participantes, que invitan a observar el fenómeno del final de la vida en el adulto mayor, con una mirada bioética. Sólo se tomará una de cada principio, a modo de ejemplo, para comentar y explicar los relatos, desde esta arista. Así, entre las más relevantes están:

- Autonomía: *"Las personas tienen derecho una visión de lo que debe pasar y su decisión es lo que debe importar, sobre todo para*

nosotras que somos enfermeras. Darle prioridad a lo que él piensa, ante de lo que piense el resto..." (EA1/L80-83)

- Beneficencia: *"...porqué cuando el paciente tiene familia que se preocupa no darle la oportunidad que entre, que lo acompañe, que viva con él ese momento final..." (EA1/L103-104)*

- No maleficencia: *"Y en general, hay ejemplos, no sólo en el equipo de enfermería, sino que en el equipo de salud, de que se trata de evitar a estas personas que está fase de enfermedad grave o en la fase final de la enfermedad..." (EB2/L19-22)*

De acuerdo a Adela Herrera, la sociedad chilena no ha tenido una real preocupación por la situación de los adultos mayores, situación que ha provocado que en múltiples ocasiones sean sujetos, a los cuales fácilmente se les vulnera sus derechos, de forma sutil, llegando a abusos flagrantes.

El paternalismo, tan propio de la cultura hipocrática, que ve a la persona enferma como un cuerpo enfermo, que debe adaptarse a las condiciones prescritas, para lograr la sanación del cuerpo, actitud, muchas veces transversal a todo el equipo de salud.

Las participantes, observan que la persona adulta mayor hospitalizada, sobre todo en el final de la vida es privada de su derecho a decidir, no reconociéndolos, en su autonomía, pues dentro de esta actitud paternalista se les trata como niños, ocultándole información, no intentando que participen en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento y cuidados. Desde la perspectiva de enfermería, uno de los grandes obstáculos que limita su acción, es que el médico no informe correctamente a la persona, incluso a su familia, lo que permitiría instaurar acciones de cuidado, que fomenten la independencia, el derecho a la libre deliberación de la persona, en un último caso intervenir a través de la orientación, la escucha activa y el acompañamiento calificado.

En lo que dice relación con el principio de la beneficencia, las participantes, se centran en fomentar la cercanía con la familia. Este principio puede definirse como buscar el mejor bien para todos, en este caso el adulto mayor en el final de la vida y su familia. En el último tiempo, se han instaurados compromisos de gestión, que favorecen el acompañamiento de la familia del adulto mayor, sin embargo, aún persisten unidades, como los de cuidados intermedios y críticos donde esto aún es una aspiración. Existen barreras técnicas que limitan la permanencia de los cercanos, aludiendo a aspectos como riesgos de infección, pero desconociendo, el enorme bien que esta compañía puede causar a la persona adulta mayor en el final de la vida y a su familia, en cuanto a aprovechar el tiempo que queda, a participar de ser posible en los cuidados y en sobre todo en decir y resolver pendientes. Sin duda que desde una mirada utilitaria, esto sea poco relevante, pues el dividendo de esta acción, dice relación con aspectos psico-emocionales, que no se consideran en la estadística, en el dato duro, tan importante en este tipo de servicios. La muerte es considerada una pérdida, un número en rojo.

La no maleficencia se basa en la premisa que el equipo de salud, debe procurar evitar causarle algún mal, es decir actuar privilegiando una toma de decisiones que los proteja de peligros físicos y emocionales, sin embargo se privilegia el primer aspecto, descuidando, como ya se ha mencionado en reiteradas ocasiones en este informe, todo lo que se relaciona al cuidado psico-emocional-espiritual de la persona en el final de la vida y su familia.

Enfrentar la muerte, no es sólo duro para quien transita a la muerte y sus cercanos, el equipo de salud también se ve afectado, lo que puede redundar en evitar a estas personas, dejarlas, porque aquí nuevamente surge la paradoja del objetivo del hospital: salvar vidas, otorgando "menos atención" (que en términos concretos se refiere a tiempo) a quienes no recuperarán su salud. Si bien aquí no existe intención de hacer un mal, la falta de reflexión en torno al proceso de la muerte, tal como lo expone Ariés, demostrado en la carencia de competencias al respecto del equipo de salud, incluida las enfermeras, hace que este riesgo exista. Al respecto, sería

interesante enfrentar el final de la vida desde una mirada tanatológica moderna, y rescatar las palabras de Margarita Bravo Mariño, en cuanto a que el actuar frente a una persona en el final de la vida es un desafío, señalando que es necesario: "fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes, para enfrentar con éxito la difícil, pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la "cultura de la muerte", mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad".

Como se ha mencionado anteriormente, las enfermeras son seres cargados de valores éticos, que se cuestionan su quehacer profesional. Además de los principios antes descritos, se identifica en el relato de las participantes, que sus narraciones están impregnadas de la Ética del Cuidado, representados, a través, de la preocupación, compromiso, ternura, empatía, en fin valores humanos, lo que sobre todo es apreciable en cuanto a los cuidados aspirados y a la autocrítica que realizan a sus acciones durante el proceso de la muerte de las personas ancianas que cuidan.

Finalmente, las participantes, como seres éticos, se cuestionan el silencio del equipo de salud en torno a la persona adulta mayor que está en el proceso de la muerte, enfatizando su propia responsabilidad. Así una de las participantes manifiesta:

- *"¿Qué grado de responsabilidad tengo yo como enfermera en la atención de un paciente terminal y todavía estoy tratando de prolongar su vida más allá de lo que es posible?" (EB2/L97-99)*

Esta pregunta, sólo puede ser contestada desde la ética del cuidado y la estructura que va tomando la gestión del cuidado en Chile. Sin duda, un empoderamiento mayor, permitiría, a la enfermera, dialogar con el resto del equipo de salud, aportando algo más que la ética hipocrática hegemónica en los hospitales, con una visión que agrega un valor, que dice relación con la calidad y humanidad en la atención, reconociendo, como lo hace Carol Gilligan un complemento entre la ética de la justicia, en este caso representada

por la visión hipocrática de la atención y la ética del cuidado, una mirada diferente, que como se cito en puntos anteriores, corresponde a un movimiento fundante de tipo matriarcal.

Para concluir, se recoge la opinión de Feweeet (1990) quien manifiesta: "podemos ofrecer cuidado según el lente con que veamos al mundo, puede ser: de forma reactiva, cuando la enfermera se considera dueña del saber, ella es autoridad e impone su criterio de cuidado y eficacia a la persona que necesita el mismo. De forma recíproca, la enfermera se valora a si misma, reconoce su saber, escucha y observa a la persona y tiene en cuenta su saber sociocultural - ambiente y red de apoyo familiar; además toma en cuenta el potencial, el saber y la sensibilidad que adquiere la persona sana o enferma para cumplir con ella en la experiencia de cuidado mediante una interacción subjetiva. De forma simultánea, la enfermera y otras personas son parte del sistema de interacción." Sin duda el sólo cuestionamiento manifestado por las participantes, son un indicio de un cambio paradigmático en el quehacer profesional de enfermería.

5.1.4 Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor Hospitalizado en el Final de la Vida desde la vivencia personal de la Enfermera que gestiona sus Cuidados

5.1.4.1 Perspectiva Emocional

El cuidado se construye desde diferentes perspectivas, una de ellas tiene que ver con las experiencias personales de las enfermeras, pero con una mirada emocional, que genera actitudes y sentimientos, que si bien se relacionan tangencialmente con la formación disciplinar, influyen en la forma en como se enfrentan ciertas situaciones en el área profesional. En este escenario, las

actitudes y sentimientos, emergen desde la socialización, que la persona, que sucede que es enfermera, ha vivenciado en todos los ámbitos de su vida y, que aporta elementos que hacen que las enfermeras enfrenten los cuidados del adulto mayor en el final de la vida, como cualquier otro sujeto, basándose en su experiencia personal en relación a la muerte y el envejecimiento: una suerte de acervo cultural, respecto al fenómeno.

Dentro de los sentimientos, emociones y actitudes, que despierta cuidar al adulto mayor en el final de la vida en un hospital, podemos destacar las siguientes citas:

- Tristeza: *"...me ha a tocado la situación que un paciente muy grave falleció y no he podido, a la familia, explicarle, tomando todo el tiempo necesario, para que la familia entienda la situación y apoyarla en la etapa de duelo que viven. Entonces, eso me genera angustia..." (EB2/L42-46)*
- Miedo: *"Uno de alguna manera yo siento que también tengo mis temores frente a la muerte..." (EA1/L137-138)*
- Negación: *"...sobre todo en esta época en que vivimos, pareciera que la muerte, en términos generales, no en términos personales, en términos generales la muerte se ve como lo peor que nos puede suceder en la actualidad..." (EB2/L24-26)*
- Fracaso: *"A nosotros nos ha costado mucho aceptar la muerte como un hecho natural, entonces... Y también la formación nuestra, la muerte no es natural para nosotros, la muerte es considerada un fracaso..." (EA1/L178-180)*
- Abandono: *"Yo veo que los ancianos, mueren muy solos y muy tristes, e incluso abandonados". (EA1/32-33)*
- Evitar a la persona en el final de la vida: *"...no sólo en el equipo de enfermería, sino que en el equipo de salud, de que se trata de evitar a estas personas que está fase de enfermedad grave o en la*

fase final de la enfermedad, como que se le trata de evitar.”
(EB2/L20-22)

- Aceptación de la muerte: *“Pero si uno ve que la muerte forma parte de la vida, y la muerte es una cosa que tiene que llegar no puedes evitarla, nosotros, también, tenemos que asumirla como parte del ciclo vital y hay que brindar los cuidados...”* (EA1/L180-183)

Las referencias, que las participantes realizan sobre su visión personal de la muerte, son bastantes variadas, y van desde sentimientos de tristeza, observación de abandono (de las familias y del equipo de salud), temor frente a lo que a ellas les espera, fracaso (la meta en el contexto hospitalaria, sigue siendo principalmente, salvar vidas), negación o quizás rehuir a la certeza de la muerte, lo que conlleva a desconocerla como un evento doloroso para los sobrevivientes o para quien sabe que está muriendo, pero natural en la vida de la persona. La vida no deja de ser un tránsito.

Hay muchas reflexiones que es posible rescatar de lo manifestado por las participantes. Una de las más destacadas, resulta relacionada con la mirada de Phillippe Aries sobre la muerte quien, define esta situación de abandono, tristeza, negación de la muerte en la actualidad, como una consecuencia del cambio en la forma en que las personas (nos) relacionan (relacionamos) con esta parte de sus (nuestras) vidas, provocando que: **“Hoy nada queda ya ni de la noción que cada uno tiene o debe tener de que su fin esta próximo ni del carácter público y solemne que tenía el momento de la muerte. Lo que debía saberse, en adelante es ocultado”.**

Este cambio paradigmático en torno a la muerte, como ya se ha dicho, en capítulos anteriores de este estudio, para la autora del informe, está fuertemente asociado con el sistema económico, la estructura familiar, el culto al éxito, el hedonismo y la falta de reflexión.

La Dra. Elizabeth Kubler Ross, ya en la segunda mitad del siglo pasado, observa esta situación y se vuelca a estudiar profundamente la condición de los pacientes moribundos desde su propio

relato, como ella lo señala su "...objetivo era romper la capa de negación social y profesional que les prohibía expresar sus preocupaciones más íntimas acerca de la propia muerte". De ahí surge un conocimiento fundamental sobre lo que sienten las personas que vivencian el proceso del final de la vida, que constituyen un sustrato importante a la hora de construir los relatos, sin embargo, este estudio no da cuenta de lo que sienten quienes rodean a la persona moribunda, a saber: su familia, sus cercanos, las enfermeras y los médicos.

Tomás-Sábado y Gómez, señalan en su artículo, Variables Relacionadas con la Ansiedad ante la Muerte, que el final de la vida no sólo afecta a quienes tienen vínculos emocionales con quien morirá, sino que también al entorno que otorga cuidados, generando "un sentimiento de desorganización, junto con la conciencia de una total indefensión". Aquello, causa ansiedad provoca una reacción de rechazo, de evitación.

Este rechazo (que es una respuesta a la ansiedad que causa la muerte), en el equipo de salud, de acuerdo a estudios realizados por Gala, Lupiani y Cols., se manifiesta en actitudes como:

- No pronunciar la palabra muerte: debido a la falta de competencias del equipo de salud para enfrentar la manifestación pública de dolor, rabia que puede provocar la noticia en la persona hospitalizada en el final de la vida o en su familia, se recurre a frases eufemísticas, que de alguna manera, son justificadas como una actitud piadosa. Los cercanos a la persona en el final de la vida también participan de esta dinámica, tal vez porque vivencian la etapa de negación del proceso del duelo descrito por Kubler Ross.
- Evitar mirar al enfermo terminal: Esta situación ayuda a evitar que la comunicación no verbal "diga" lo que no se pudo pronunciar con palabras.
- Obstinación Terapéutica: Si bien es cierto, en general esto es de responsabilidad médica, y tal vez consecuencia de la incapacidad de

enfrentar el difícil momento de informar que, la persona se encuentra fuera del alcance de alguna actividad terapéutica que mejore su estado de salud, en general, se aprecia que es una conducta transversal a todo el equipo de salud, generado probablemente, por la prevalencia de la cultura biomédica por sobre la del cuidado, que aportaría elementos para evitar prolongaciones dolorosas y fútiles de la vida, a través de la aplicación de acciones, como las descritas por Ruland y Moore en su Teoría del Final Tranquilo de la Vida o las acciones propuestas en la Teoría de los Cuidados Paliativos.

5.1.4.2 Perspectiva Intersubjetiva

La enfermera es un ser en el mundo que vivencia, observa, discierne, duda, tal vez lo que Heidegger llamaba "Dasien". En este mundo que la participante relata, también ve reflejada su propio envejecimiento y mortalidad, lo que la lleva a realizar una mirada introspectiva relacionada con fenómeno, una reflexión personal, propia e íntima.

La vida y la muerte corresponde a un continuo que une (nos une) a las personas, pues nadie está (estamos) ajeno a ello, en tanto, y parafraseando a Maturana, es como que: "ustedes saben todo lo que voy a decir, porque todo lo que les voy a decir tiene ver con ustedes y conmigo", y entendiéndolo, en palabras de Morín que en la reconstrucción de la realidad por parte de quien estudia un tema, así por quien lo relata, es imposible que exista objetividad, pues siempre surgirán emociones y sentimientos, pues como lo señala : "...La vida cotidiana es, de hecho una vida en la que cada uno juega varios roles sociales, de acuerdo a quien sea en soledad, en su trabajo, con amigos o con desconocidos. Vemos así que cada ser tiene una multiplicidad de identidades, una multiplicidad de personalidades en sí mismo, un mundo de fantasmas y sueños que acompañan su vida". Finalmente, y como reflejo de lo anterior, las participantes manifestaron que su construcción interna de la muerte y el envejecimiento, también influye en lo que consideran cuidados pertinentes al final de la vida:

- *“Entonces yo creo que la vivencia propia te hace ser más conciente y, tratar de buscar mecanismos para ayudar en esta etapa de la vida, que es dura para el paciente y sus familiares.” (EA1/L144-146)*

- *“...lo que yo pretendería que estuviera mi familia al lado, el apoyo de mi familia, los que me acompañaron toda la vida, de alguna manera que en ese momento estén conmigo, representado en la voz familiar, en la toma de mano.” (EA1/L69-72)*

5.2 CONCLUSIONES

5.2.1 El objetivo principal de este estudio ha sido seguir la huella que va dejando el relato de las participantes que permita evidenciar cual es el sustrato que les permite construir la de gestión de los cuidados de enfermería en adultos mayores en el final de la vida. La lectura de sus relatos permitió descubrir que ello se hace mediante la construcción social del fenómeno, sustentado en la multiplicidad de roles que cumple la profesional en sociedad, que le permite observar como parte de una estructura social, de una comunidad gremial-profesional, desde la visión ética que emerge desde sus acervo personal y profesional y de su propia experiencia personal relacionada con el fenómeno. Así, se demuestra que el fenómeno de los cuidados de los adultos mayores en el final de la vida, se caracteriza por su complejidad, la cual se va hilando y formando un entramado, que luego se refleja en cuidados, autocríticas, reflexiones y aspiraciones.

5.2.2 Conforme a lo anterior, este estudio asume una visión construccionista, en cuanto asume que el conocimiento humano en torno al fenómeno se va generando a través de situaciones sociales, que permite compartir intersubjetividades que van creando una mirada compartida por el resto de la comunidad, y que para ellos constituye lo que es la realidad. Sin embargo, se reconoce que ésta siempre será parcial, pues está sujeta a los cambios coyunturales del momento histórico, social y cultural que experimenta los actores sociales que participan en el estudio. Asimismo, se asume que los aprendizajes en torno al fenómeno estudio surgen de una posición constructivista, en tanto, busca a través de la participación de los actores sociales, no sólo testimoniar un conocimiento altamente subjetivo, sino invitar a la visión que el ejercicio dialógico

que caracteriza este estudio, es una forma de aprendizaje, que va recurrentemente desde la reflexión individual a la colectiva y viceversa.

5.2.3 En relación, al fenómeno que motivo este estudio, es decir los cuidados del adulto mayor en el final de la vida, se puede concluir que las participantes construyen la forma de abordarlos y entregarlos, desde su ser-social, demostrando que las participantes no están ajenas a lo que sucede en la sociedad, desde su ser-profesional, recogiendo las experiencias del diario quehacer profesional, rescatando su ser-ético, pues cada acción y decisión en su práctica esta cargada de valores y principios, hecho que se condice con la definición de cuidado asumida por la autora y desde su ser-personal, aquello representado por la intimidad de sus reflexiones y sus visiones subjetivas sobre el fenómeno abordado. En cada una de estas expresiones del ser-enfermera, surge lo que Heidegger resume como *Dasien*, en tanto la profesional es una persona que vivencia su mundo, y asume el aprendizaje de esas vivencias como una articulación de posibilidades, que probablemente en este estudio se manifiesten claramente en las aspiraciones, que las participantes, ven posibles incluir en los cuidados de las personas en el final de la vida.

5.2.4 De acuerdo al relato de las participantes, aún hay un gran camino por recorrer para que los cuidados de enfermería al adulto mayor hospitalizado en el final de la vida sean de calidad, humanos y con una visión holística. Sigue existiendo una cultura de curación que predomina por sobre la cultura de los cuidados que hace, que incluso las enfermeras no reconozcan en la muerte una oportunidad de gestionar cuidados, provocando omisiones que dañan a la persona cuidada y sus cercanos, sin embargo, y de acuerdo a las mismas narraciones, existe conciencia que debe existir un punto de cambio, ya que ellas reconocen la muerte como parte del ciclo vital. Además, falta incorporar la variante, de la integralidad, en el que se reconozca que la persona no es una isla, sino parte de una comunidad, la cual debe ser incorporada en la planificación de

los cuidados. Es decir, se puede interpretar, que existe deficiencia al respecto, pero también existe la oportunidad de transformar la realidad de este tipo de cuidados.

5.2.5 Los cuidados en el final de la vida en el adulto mayor, están fuertemente relacionados con el envejecimiento poblacional que se experimenta en la sociedad. Esto unido a cambios en las estructuras familiares, Políticas Públicas deficientes, hacen del adulto mayor, una persona altamente vulnerable en su autonomía y derechos. Además se reconoce que existe una estigmatización en su rol social, que deriva en comportamientos que atentan a su dignidad y limitan su desarrollo en esta etapa del ciclo vital

5.2.6 Los cuidados de los adultos mayores en el final de la vida, son un desafío transversal a toda la institucionalidad hospitalaria, sin embargo, desde la visión de enfermería, es casi un desafío reconocer estos cuidados como un nicho que otorga grandes posibilidades de desarrollo en la Gestión de Cuidados, pues el avance en ello, exige una mirada más respetuosa, empática, amorosa, basada en la relación personal con la persona en el final de la vida y su familia, aportando humanidad a la institución hospitalaria, por sobre la técnica y el predominio de la persona, en relación a la patología.

5.2.7 El cuidado de enfermería se define como una relación respetuosa, empática, sensible y humana, basada en la reciprocidad entre dos personas, valores que le agregan una perspectiva ética a este vínculo, que se expresa en acciones que persiguen respetar la autonomía, perseguir la beneficencia y actuar siempre con no maleficencia. Asimismo, existe un cuestionamiento ético, sobre el propio actuar que las enfermeras, manifiestan en sus relatos.

5.2.8 Los cuidados de enfermería son entregados por personas, que si bien tienen una formación disciplinar que las prepara para entregar los toda la etapa del ciclo vital de las personas, comenzando desde la concepción hasta la muerte, en el contexto hospitalario se ha desconocido esta última. Frente a ello, hay que cuestionarse sobre la socialización han (hemos) tenido las

personas (y las enfermeras) en torno a la muerte en los últimos 100 años, y tal vez ahí encontremos el origen de la percepción negativa que se tiene en torno a ellas en la institucionalidad hospitalaria y, en la sociedad, en general.

5.3 SUGERENCIAS

5.3.1 Abrirse a nuevas formas de enfrentar el cuidado es el gran desafío de la enfermería profesional en Chile. Desde la formación de pregrado y los estudios de postítulo, es necesario una revisión en los énfasis que se da al tipo de cuidado que las enfermeras están construyendo en su diario quehacer. Aquí, hace falta un debate, un encuentro de diferentes visiones, que en forma honesta, mire la realidad y la transforme. El discurso disciplinar no puede seguir quedándose en buenas intenciones, sino en acciones que caractericen a la profesional de enfermería y, que le otorgue una impronta a la Gestión de los Cuidados, si será la mirada técnica la que primara o, bien el legado humano del cuidado será rescatado con pasión, es una decisión que las enfermeras deben (debemos) tomar, y a partir de allí comenzar el diálogo con otras disciplinas, que (nos) permita avanzar según nuestros principios.

5.3.2 La Gestión del Cuidado, requiere que las enfermeras se (nos) involucren (involucremos) más activamente en lo que está sucediendo en la sociedad. Se deben (Nos debemos) convertir en voces activas, respaldadas con un cuerpo de conocimientos amplio que en una sociedad cada vez más compleja, puede aportar a entender los fenómenos humanos y sociales, desde lo asistencial y lo académico, algo que por lo demás debe ser visto como una competencia y un deber ético.

5.3.3 Concretamente, en relación a los cuidados del adulto mayor hospitalizado sería pertinente avanzar en propuestas que permitan abordar este fenómeno pensando en lo que las personas están requiriendo en este momento de la vida, incluir a las familias en los cuidados, pues como toda persona, lo es en un contexto particular, caracterizado por aspectos sociales, emocionales, psicológicos y espirituales, que deben considerarse cuando se gestionan estos tipos de cuidados. Cambiar la visión

tan pesimista del envejecimiento y la muerte, ver en ellos una oportunidad de intervención que puede ser satisfactoria, que le devuelve dignidad a la persona y su familia en este período, y le agrega humanidad, convirtiendo una simple "atención" en "cuidados".

6. ANEXOS

6.1 ANEXO N ° 1 SOLICITUD GESTION COMITÉ DE ETICA FACULTAD DE MEDICINA

Valparaíso, 27 de abril, 2009

Para: Dr. Renato Sepúlveda,
Director Hospital Peñablanca

De: Sra. Cecilia Landman
Directora Postgrado Enfermería

Ref: Solicitud gestión Comité de Ética Facultad de Medicina

Junto con saludarla, la presente tiene por objeto solicitarle, ponga a discusión del Comité de Ética que Ud. dirige para la aceptación del estudio cualitativo, descriptivo, de tipo fenomenológico, "*Cuidados de enfermería a las personas en el final de la vida y su familia atendidos en Establecimientos de Atención Cerrada según las vivencias de enfermeras asistenciales de hospitales públicos del Servicio de Salud Viña del mar Quillota*" el cual será realizado por la enfermera-matrona Srta. Claudia Díaz Curiante, del programa de Magíster en Enfermería, que está cursando en la Escuela de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad de Valparaíso.

Objetivos generales:

- Conocer los cuidados de enfermería que reciben los pacientes y sus familias cuando se acercan al final de la vida según el relato de las enfermeras asistenciales de Hospitales del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
- Conocer las limitaciones en la práctica asistencia, que perciben las enfermeras, en relación a, los cuidados al final de la vida.

Universo:

Todas las enfermeras asistenciales que se desempeñen en Servicios Clínicos de adultos en los hospitales del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, previo consentimiento de los directores o gestoras del cuidado de cada hospital.

Muestra:

Los participantes de la investigación serán enfermeras que pertenezcan al Servicio Salud Viña del Mar-Quillota y, que se desempeñen en cualquier servicio clínico o Unidades de manejo del dolor a pacientes terminales, con más de un año de experiencia y que desee participar en forma voluntaria, previa firma de consentimiento informado sobre los alcances de la investigación y el aseguramiento del anonimato en ella.

El número de participantes se definirá durante la aplicación de la entrevista y, una vez que el tema se haya saturado y no se recopilen nuevos aportes.

Instrumentos

1. **Entrevista semiestructurada**, en la cual se harán preguntas abiertas, en la cual se profundizará en los conceptos relacionados con:

- Cómo se satisfacen las necesidades del paciente en el final de la vida, considerando, también a sus allegado. Se indagará en las siguientes categorías:

1. Física:

- Confort
- Alivio de los síntomas

2. Psicológicas:

- Seguridad
- Comprensión
- Comprensión
- Autoestima

3. Social:

- Aceptación
- Pertenencia
- Desprendimiento

4. Espirituales:

- Amor
- Reconciliación
- Sentido.

- Cuáles son las limitaciones percibidas por las enfermeras para otorgar los cuidados, considerando:

1. Limitaciones estructurales:

- Planta física
- Alta demanda asistencial

2. Limitaciones Profesionales:

- Manejo del marco conceptual relacionado con el tema.

3. Limitaciones Personales:

- Temor a la muerte.
- Creencias

Las entrevistas requerirán, aprobación previa de las enfermeras para que sean grabados y registrados por escrito. Las entrevistas serán guiadas por un temario de dos preguntas abiertas, que pretenden dar respuesta a los temas ejes planteados. :

1. ¿Cómo se satisfacen las necesidades del paciente en el final de la vida, considerando, también a sus allegados?
2. ¿Cuáles son las limitaciones percibidas por las enfermeras para otorgar los cuidados al final de la vida?

Las entrevistas no tienen establecido tiempo de duración, pero se llevará a cabo hasta lograr un punto de saturación.

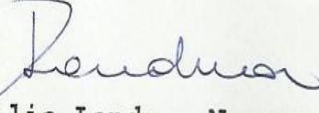
2. **Consentimiento informado**, en el cual, la enfermera acepta participar en la investigación dejando constancia, que se le explicaron los objetivos de la investigación, se le asegura anonimato y confidencialidad en el manejo de los datos. Se entregará una copia al participante y el original, será guardado por la magisteranda.

Temporalidad: abril a septiembre, del año 2009.

Hago notar, que esta investigación no considera instrumentación a pacientes, familia ni personal, sólo se realizarán entrevistas a las enfermeras.

Los beneficios derivados de la investigación pueden significar un potencial aporte a la disciplina de Enfermería y específicamente a la Gestión del Cuidado.

Agradeciendo de antemano las gestiones necesarias para permitir la realización de este estudio, se despide atentamente


Cecilia Landman Navarro
Directora Postgrado
Carrera de Enfermería

6.2 ANEXO N ° 2 ACEPTACION DE TRABAJO DE CAMPO POR EL
SSVQ



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DE FORMACIÓN

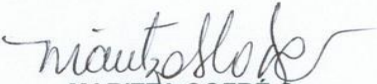
CERTIFICADO

Quien suscribe, Maritza Cofré C., Jefa Unidad de Formación de la Subdirección de Recursos Humanos del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, certifica que se ha autorizado a la profesional:

CLAUDIA DÍAZ CURIANTE, Cédula de Identidad: 11.829.270 - 7 la realización del Seminario de Tesis: "CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO", requisito para optar al grado de Magíster de Enfermería, Carrera de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso

Esta investigación se realizará en el Hospital de Quilpué, perteneciente a la red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.




MARITZA COFRÉ C.
JEFA UNIDAD DE FORMACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
S.S VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

Viña del Mar, Agosto de 2009.

6.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN EL CONTEXTO DE HOSPITALARIO

Declaro, que doña Claudia Díaz Curiante, me ha invitado a participar en la Investigación sobre el Cuidado al Final de la Vida, la cual realiza para optar al Grado de Magíster de Enfermería y, la que se encuentra auspiciada por la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

En el marco de esta invitación, he sido informado sobre los alcances generales de la investigación, mediante la lectura de un documento que contiene la información sobre ésta.

Previo a mi aceptación, he podido preguntar todas las dudas que me surgieron. Asimismo, se me ha asegurado que mi participación es voluntaria, gratuita y, que si en algún momento lo estimo necesario puedo retirarme libremente.

Así, entonces, acepto participar en dicha investigación.

Nombre y RUT del participante

Nombre y RUT del investigador

PS: Ante cualquier duda comunicarse con Claudia Díaz Curiante. Celular:
93378280

6.4 ANEXO N ° 4 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD CUIDADOS EN EL FINAL DE LA VIDA

1. DATOS GENERALES

Identificación del entrevistado

Edad

Años de experiencia

Lugar de desempeño

Fecha y hora

Encuentro N °

2. OBJETIVO

Obtener la información necesaria que permita conocer la realidad del objeto de estudio, que en esta investigación se refiere a los cuidados al final de la vida en la persona adulta mayor hospitalizada a través del relato de las enfermeras clínicas de las Unidades de UTI y Medicina del Hospital de Quilpué.

3. PREGUNTAS.

- 1. ¿Qué piensa Ud. Respecto de los cuidados de enfermería que se otorgan a las personas adultas mayores hospitalizadas que se encuentran en el final de la vida?*

6.5 ANEXO N ° 5 PLAN DE TRABAJO Y CARTA GANTT

PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	DURACION (DÍAS)
DISEÑO DEL PROYECTO	20-08-2009	27-08-2009	5
REVISION BIBLIOGRAFICA	24-07-2009	30-10-2010	487
RECOLECCION DE INFORMACION	15-12-2009	15-01-2010	31
ORGANIZACIÓN Y PRESENTACION DE LOS DATOS	15-09-2010	25-10-2010	50
MARCO TEORICO	26-10-2010	15-11-2010	20
ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	16-11-2010	20-12-2010	34
INFORME FINAL	15-09-2010	20-12-2010	99

CARTA GANTT

BIBLIOGRAFIA

1. Amezcua, M., Gálvez, A. (2002). Los Modos De Análisis En Investigación Cualitativa En Salud: Perspectiva Crítica Y Reflexiones En Voz Alta, Rev. Esp. Salud Pública; 76, Págs. 423-436.
2. Abasolo Aravena, J. (2009). Nosotros los Adultos somos el Futuro. Uno Mismo, Vol. 231, Págs 8-17
3. Afanador Pinto, N. (2002). El cuidado como objeto del Conocimiento de Enfermería. Avances de Enfermería Vol. 20 N ° 1, Págs. 33-44.
4. Amezcua, M., Toro, A., (2002), Los Modos De Análisis En Investigación Cualitativa En Salud: Perspectiva Crítica Y Reflexiones En Voz Alta, Revista Española De Salud Pública, Vol. 76, Págs. 423-436, Recuperado El 20 De Mayo 2011 Desde [Http://Www.Scielosp.Org/Pdf/Resp/V76n5/Colabora4.Pdf](http://www.scielosp.org/Pdf/Resp/V76n5/Colabora4.Pdf)
5. Aranibar, L., (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Área de Población y Desarrollo del CELADE
6. Ariés, P., (2007), Morir en Occidente desde la Edad Media hasta nuestros Días, Adriana Hidalgo Editora S.A., Buenos Aires.
7. Aromando, J. Envejecimiento de la Población y Perspectivas Socioeconómicas para el Adulto Mayor en la Sociedad Argentina. Rescatado el 5 de Abril de 2010 desde: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DCRAM001.pdf>

8. Arriagada, I. (2000). ¿Nuevas Familias para un Nuevo Siglo? Recuperado el 15 de enero 2010 desde <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v10n18/03.pdf>
9. Astudillo, W., & Mendiáneta, C. Principios Generales de Cuidados Paliativos Recuperado el 25 de diciembre de 2009 <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/02%20pag.pdf>
10. Barbosa de Pinho, L., & Azevedo dos Santos, S. (2006). Significados y percepciones el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Index de Enfermería*, Vol. 15 N ° 54.
11. Bayés, R. (2003). La Sociedad Contemporánea Ante El Dolor Y La Muerte. *Humanitas, Humanidades Médicas*, Vol. 1 - N ° 1, Págs. 53-74.
12. Bauman, Z. (2002). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A, Buenos Aires, Argentina.
13. Berciano, M. (1992), ¿Qué es realmente el "Dasien" en la Filosofía de Heidegger, *Thémata, Revista de Filosofía* N ° 10 recuperado el 5 de abril del 2010 desde <http://institucional.us.es/revistas/revistas/themata/pdf/10/04%20berciano.pdf>
14. Berger, P. L., & Luckmann, T. (1965). *La Construcción Social de la Realidad*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
15. Bravo Mariño, M. (2006). ¿Qué es la Tanatología? *Revista Digital Universitaria*, Volumen 7 Número 8.
16. Burns, N., & Grove, S. K. (2004). *Investigación en Enfermería*. Madrid, España: Editorial Elsevier.
17. Caballero, E., Becerra, R., & Hullin, C. (2010). *Proceso de Enfermería e Informática para la Gestión del Cuidado*. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile

18. Camps, V. (2003). La vejez como problema y como oportunidad Rev. Mult. Gerontología 13(4), Págs. 267-270.
19. Cano Flores, M. (1997). Investigación Participativa: Inicios y Desarrollos. Ciencia Administrativa. Nueva Epoca N ° 1, Págs. 86-91
20. Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Recuperada el 20 de agosto de 2009 <http://tone.udea.ed.co./revista/mar2000/fenomenología.html>
21. Carrillo Esper, R., Carrillo Córdova, J., & Carillo Córdova, L. (2007). Cuidados paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica Y Terapia Intensiva, Vol. XXI, Núm. 4, Págs. 207-216.
22. CEPAL (2009) Observatorio Demográfico N ° 3: Proyección de la Población, 2007
23. CEPAL (2007). Notas de Población N °85
24. Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, M., & Carballal Balsa, M. (2010) Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. Barcelona, España: Editorial Elsevier
25. Código Civil de Chile, http://www.chilein.com/c_civil6.htm . Recuperado el 19 de noviembre de 2010
26. Colegio de Enfermeras de Chile, A.G. Autonomía en la gestión del cuidado de enfermería, eje temático 1. Enfermería, 39 (125): 11- 6, 2004)
27. Cortez, J. (2006). Aspectos Bioéticos Del Final De La Vida: El Derecho A Morir Con Dignidad, Cuadernos Hospital de Clínicas, Vol. 51, N ° 3, Págs. 97-102

28. Cubedo, R. (2006). La dependencia de los Enfermos Terminales: Cuidados Profesionales y Terminales. Recuperado el 15 de mayo de 2010 desde <http://estaticos.elmundo.es/elmundosalud/documentos/2006/03/funcas.pdf>
29. Cuidados De Enfermería En El Adulto Mayor, rescatado el 25 de julio de 2010 desde <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>
30. Daza de Caballero, R., Torres Pique, A., & Prietgo de Romano, G. (2005). Análisis Crítico del cuidado de Enfermería. Interacción, Participación y Afecto. . Index de Enfermería, Vol. 14, N ° 48-49.
31. Domínguez, O. (2009).Objeción De Conciencia, La Muerte Y El Morir En Enfermedades En Etapa Terminal, Acta Bioethica, 15(1):94-99.
32. Escribar, A., Pérez, M., & Villarroel, R. (2004). Bioética, fundamentos y dimensión práctica. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
33. Espinoza, M. (2007). La Cercanía de la Muerte en la Etapa de a Vejez. Conflictos y Reflexiones, Revista Electrónica de Psicología Iztacala, Vol. 2, N ° 1.
34. Egurza, M. I., & Notivol, P. (1999). La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. Anales del Sistema Sanitario Navarra 1999, Vol. 22, Suplemento 1.
35. Fernández, A. (2010). El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido, Investigación y Educación en Enfermería, Vol. 28, N ° 2, Págs. 267-274.
36. Fernández del Riego, M. (2003). La muerte Robada. Revista Internacional de Filosofía, Vol. N ° 8 Págs. 60-67.

37. Flores-Guerrero, R. (2004). Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas de Antropología Sociocultural Rev. Mad, Universidad de Chile, Vol. N ° 10
38. Flórez Lozano, J. A. Reacciones Psicológicas del Paciente: Enfermería, Medicina y Comunicación Recuperado el 15 de Octubre de 2009 <http://www.infosarcomas.com/descargas/libros/02.pdf>
39. Forttes, P., (2008) Consideraciones y estrategias para abordar el envejecimiento en sociedad", Expansiva, Santiago, Chile.
40. Forttes P, Lenz, R., & Calvo X., y Cols., (2008). Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece, Expansiva, Santiago Chile.
41. Frutos Martín, M., Iglesias Guerra, J., Frutos Martín J.M., & Calle Pardo, A. (2007). La persona en el Proceso de la Muerte. Enfermería Global Vol. 6, N ° 10.
42. Gala, F., & Jiménez, L., y Cols., (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense, Vol., N ° 30, Págs., 39-50.
43. Galvani, P (2006), Transdisciplinariedad y Educación, Visión Docente Con-ciencia, Año V.
44. Gálvez González M, Muñumel Alameda G, Del Águila Hidalgo B & Cols. (2007). Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. Biblioteca Las Casas; 3 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0240.php>
45. García Martín, M. A. (2003). Aspectos Psicosociales del Envejecimiento, Revista Diagnóstico, Vol. 42, N ° 2.
46. Gobierno de Chile. Política Nacional para el Adulto Mayor

47. Gobierno de Chile. (2008). Dependencia de los adultos Mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud Departamento de Economía de la Salud-MINSAL. División de Planificación Regional de MIDEPLAN
48. González Gil, T., Cano Arana, A., (2010) Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II), Revista Nure Investigación, recuperado el 15 de enero 2010 desde <http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/F METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf>
49. Gutiérrez, L. M. (1994). Concepción Holística del envejecimiento. Un desafío para los años noventa, Publicación científica N ° 546 OPS OMS, Págs. 34-41.
50. Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes Oca, V., Redes De Apoyo Social De Las Personas Mayores: Marco Conceptual. Recuperado el 15 de Septiembre de 2010 http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf
51. Hessen, J. (1954). Teoría del Conocimiento. Editorial Losada S.A, .Buenos Aires.
52. Huenchuan, S., & Morlachetti, A. (2007). Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina. NOTAS DE POBLACIÓN • CEPAL, Vol. 85, Págs. 145-180
53. Hopenhayn, M., Ferres Lues, M., & Martínez Pirzarro, J., y Cols., (2007). Notas de Población N ° 85.
54. Instituto Nacional de Estadística (2008), "Población y Sociedad, Aspectos Demográficos", pág. 22, Chile.
55. Isla Molina, B. (2005). Percepción de la muerte a lo largo de la vida. Revista de Opinión Jurídica, N ° 11.

56. Kottow, M. (2005). Introducción a la Bioética. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
57. Lastra, J. Estudio acerca del uso y Gestión de Camas Hospitalarias en la Región Metropolitana. Recuperado el 15 de Octubre de 2010 <http://www.saludyfuturo.cl/documentos/GESTIONCAMAS.pdf>
58. León, V., Cueto, C., (2004) "Tanatología: Una perspectiva distinta de la muerte", Boletín Médico, Num. 5 Vol.1, págs. 16, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Sinaloa, México
59. Lolas, F. (2000). Bioética y Antropología Médica. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
60. Lolas, F. (2001). Bioética: El Diálogo Moral en las Ciencias de la Vida. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
61. Loncán, P., Gisbert, A., & Fernández, C. (2007). Cuidados Paliativos y Medicina Intensiva en la atención al Final de la Vida del Siglo XXI. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 30, N ° 3.
62. Lletget Aguilar, R. A. (2010). Muerte digna y su aplicación en la práctica clínica: una percepción enfermera. Universidad Complutense de Madrid.
63. Longman, A. W. (1998). Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación. Ediciones Pearson, México.
64. López Rodríguez, A. (2009). Importancia de la atención del paciente en duelo. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14(4) (Pág. 153).
65. Marín, P. (2007). Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores, Revista Médica de Chile, Vol. 135, Págs. 392-398.

66. Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2007). Modelos y Teorías de Enfermería, Ediciones Elsevier, Madrid, España Marín, M., Troyano, Y., & Vallejo, A. (2001). Percepción Social de la Vejez. Rev. Mult. Gerontol. Vol. 11(2).
67. Maqueo Velasco, M. (2000). El papel de la enfermera en la tanatología. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Vol. 8 (1-4), Págs. 69-73.
68. Maturana, H., & Varela, F. (1984). El árbol del Conocimiento. Las Bases biológicas del Entendimiento Humano. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.
69. Maturana, H. (1991). El Sentido de lo Humano. Santiago de Chile: J.C. Sáez Editor.
70. Martínez del Campo, P, Investigación Participativa en Salud. Index de Enfermería (Edición Digital), 1999; 27. Disponible en http://www.index.com/index-enfermería/27revista/27_artículo_50-51.php > Consultado el 24 de Julio de 2009
71. Meza-Benviedes (2005). Construcción de Conocimiento en Enfermería: Enfermeros y Enfermeras tienen la Palabra. Enfermería en Costa Rica, 10-16.
72. Milos, P., Larraín, A. I., & Simonetti, M. (2010). Humanidad y Seguridad en la atención de pacientes. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile.
73. Milos, P. (2010). La "Gestión Del Cuidado" En La Legislación Chilena: Interpretación Y Alcance. Ciencia y Enfermería, Vol. 16 (1), Págs. 17-29.
74. Morales, M., (2006) Chile Envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de *este fenómeno hacia el bicentenario*. Recuperado el 15 de Octubre de 2010 desde <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/morales.pdf>

75. Morín, E., (2007), *Introducción al Pensamiento Complejo*, Editorial Gedisa, Madrid.
76. Naciones Unidas (2007), *Estudio Económico y Social Mundial. El desarrollo en un mundo que envejece*.
77. Navas, A. (2001). *Cultura de la vida en la sociedad contemporánea. Paper presentado en las XIII Jornadas de Bioética: "La cultura de la vida"*, Pamplona.
78. Oviedo Soto, S. J., Parra Falcón, F. M., & Marquina Volcanes, M. (2009). *La Muerte y el duelo*, Enfermería Global, Vol. N ° 15.
79. OMS, (1990) *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer, Informe de un Comité de expertos. Ginebra: OMS; Serie de Informes Técnicos 804*.
80. Pardo Andreu, G. (2003). *Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento*, Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, Vol.22, N ° 1
81. Payás, A. (2004). *Elisabeth Kubler-Ross. Psicooncología*, Vol. 1 N ° 1-2 287-288.
82. Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). *Nuevas Perspectivas en Cuidados Paliativos. Acta Bioethica*, Vol. 12 (2), Págs. 231-242.
83. Pino de Casanova, M. (2004). *Mirando la Muerte en los Nuevos Paradigmas Médicos (o Aprendiendo y Ayudando a Morir)*. Fermentum, AÑO 14 - N ° 39, Págs. 137-180.
84. Pizzi, T., Muñoz, A. L., & Fuller, A. (2001). *El Dolor, la Muerte y el Morir*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
85. Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). *Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios*, Acta Paulista de Enfermagem, Vol. 20, N ° 4.

86. Rice, C., Löckenhoff, C., & Carstensen, L. (2002), En Busca De Independencia Y Productividad: Cómo Influyen Las Culturas Occidentales En Las Explicaciones Individuales Y Científicas Del Envejecimiento, Revista Latinoamericana De Psicología Volumen 34 - Nos. 1-2, Págs. 133-154.
87. Rivera, J., Stuvén, M (2008), Comentario a Ser y Tiempo de Martin Heidegger, Vol. 1, Ed. Ediciones UC.
88. Río, I., Palma, A. , (2007), "Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo" , Boletín de la Escuela de Medicina, Vol. 31, N ° 2, págs. 16- 22, Universidad Católica de Chile, Santiago
89. Rodríguez, A., García Hernández, A., & Toledo Rosel, C. (2008). Hacia una visión constructivista del Duelo, Index de Enfermería, Vol. 17, N ° 3, Págs. 193-196.
90. Rodríguez, G., Gil Flores, J., & Garcia Jiménez, E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa Málaga. Ediciones Aljibe.
91. Rodríguez, L. y Cols. (2006). Actitud que tiene ante la muerte el adulto mayor con enfermedad en fase terminal, rescatado el 10 de noviembre del 2010 desde http://www.gerontogeriatría.org/index.php?option=com_remository&Itemid=265&func=fileinfo&id=169
92. Rodríguez, L., & Valle-Rondon, R. (2008). Bioética. Cuidado humano. Ética discursiva en nuestra cotidianidad Profesional. Recuperado desde <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1241/1/Bio-etica-Cuidado-humano-Etica-discursiva-en-nuestra-cotidianidad-profesional.html>
93. Romero, M. (2010), La era del Envejecimiento: Un Reto para la Familia del Siglo XXI y una Carrera de Fondo para la Mujer. Scientia, 15(1), Págs. 50-64.

94. Ruiz Olanbuénaga, I. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
95. Santa Cruz Caicedo, M., Etica del Cuidado, rescato 22 de noviembre de 2010 desde <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/ETICA%20Y%20CUIDADO.pdf>
96. Salamanca, A. (2006). La Investigación Cualitativa En Las Ciencias De La Salud. Nure Investigación, N ° 24.
97. SENAMA, Gobierno de Chile (2009). Las Personas Mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez
98. Seuda Costa, M., Oliveira Lopes, M., & Da Silva, M. J. (2007). Evaluación de la aplicabilidad de la Teoría de Watson en un Estudio Empírico. Enfermería Integral: Revista Científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia., N ° 78, Págs. 15-18.
99. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Resolución Exenta N ° 1127, Santiago, 14.12.200
100. Sven-Reher, D. (1997). Vejez y envejecimiento en perspectiva histórica: Retos de un Campo en Auge, REV. Política y Sociedad, Vol. 26, Págs. 63-71.
101. Taboada, P. (2000). El derecho de Morir con Dignidad. Acta Bioethica, 6 (1).
102. Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados. Barcelona.
103. Tomás-Sábado, J., Gómez Benito, J. (2003). Variables Relacionadas con la Ansiedad ante la Muerte., Rev. de Psicología. Gral. y Aplic., Vol., 56(39), Págs. 257-279.

104. Twycross, R. (2000). MEDICINA PALIATIVA: FILOSOFÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS, *Acta Bioethica*, 6(1)
105. Valdés Domínguez, F., (2007) Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería, *Rev. Cubana Enfermería* v.23 n.1 Ciudad de la Habana
106. Vecillas, M. (2008). La dignidad en los cuidados de salud. *Ética de los Cuidados*, Vol. 1 N ° 1.
107. Viscott, D. (1997). *El Lenguaje de los Sentimientos*: EMECE Editores, Argentina.
108. Zamora Rodríguez, H. (2005). La vejez y la cercanía de la muerte en la obra de Francisco Amiguetti. *Revista Pensamiento Actual*. Universidad de Costa Rica, Vol. 5. N ° 6., Págs. 5-22.
109. Zárata G., R., *La Gestión del Cuidado en Enfermería*, *Index Enferma* v.13 n.44 , 2004
110. Závala, M., & Vidal, G., y Cols., (2006). *Funcionamiento Social Del Adulto Mayor*, *Ciencia y Enfermería*, Vol. 12 N ° 2, Págs. 53-62.
111. Zetina, M. (1999). *Conceptualización del Proceso de Envejecimiento*. *Papeles de Población*; Universidad Autónoma de México N ° 19, Págs. 23-41.