



ORIGINAL

Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados

Lourdes Chocarro González^{a,*}, Rafael González Fernández^b,
Paloma Salvadores Fuentes^a y Carmen Venturini Medina^a

^a Departamento de Enfermería, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

^b Departamento de Psicología Social, Universidad Complutense, Madrid, España

Recibido el 16 de enero de 2011; aceptado el 18 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 5 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

Valores sociales;
Morir con dignidad;
Miedo a la muerte;
Representación social
de la muerte;
Final de la vida;
Cuidados paliativos;
Hospital de agudos;
Sufrimiento

KEYWORDS

Social values;
Seath with dignity;
Fear of death;

Resumen

Introducción: Pocos estudios exploran con detalle los contextos hospitalarios donde los profesionales sanitarios comparten la experiencia, los significados, y las claves interpretativas de los procedimientos aplicados en los momentos próximos a la muerte del paciente.

Objetivo: identificar la representación social de la muerte y los efectos que la institucionalización de la misma tienen sobre los médicos y enfermeras de un hospital de agudos.

Métodos: Hemos realizado un total de 11 grupos de discusión y 15 entrevistas semidirigidas a profesionales que trabajan en UCI, Urgencias y Plantas de hospitalización de adultos, en un hospital de agudos.

Resultados principales: el 100% de los profesionales opina que la UCI y las Urgencias no son los lugares más apropiados para morir, y que las Plantas de hospitalización no cuentan con espacios adecuados para ofrecer una muerte digna. Demandan formación en Cuidados Paliativos. Identifican distintos tipos de muerte según el servicio donde ocurra la muerte, así como prejuicios que las familias elaboran sobre su relación con la muerte. En los discursos de estos profesionales emerge con mucha fuerza la familia como objeto de cuidados y la importancia de la variable información en el proceso de la muerte.

Conclusiones: En la estructura social hospitalaria, nuevas formas de organizar, hablar y pensar en la muerte disminuirían el sufrimiento y la soledad de los pacientes, de sus familias y de los propios sanitarios.

© 2011 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Denial of death and its impact on carers

Abstract

Introduction: There are few studies that look in depth at hospital situations in which professional health workers share their knowledge, meanings and key concepts of the procedures applied when a patient is near death.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lourdes.chocarro@urjc.es (L. Chocarro González).

Social representation of death;
End-of-life;
Palliative care;
Acute care hospital;
Suffering

Aim: To identify the social representation of death and the effects that its institutionalization has on physicians and nurses in an acute care hospital.

Approach: We carried out 11 discussion groups and 15 semi-directed interviews with professional health workers of an Intensive Care Unit, an Emergency Room, and various adult Stay Units in an Acute Care Hospital.

Main results: All health workers think that Intensive Care Units and Emergency Rooms are not the most appropriate places to die, and that Hospital Stay Units lack suitable space for a dignified death. They demand more training in Palliative Care, and they identify different types of death depending on the unit where it occurs, and also to identify the prejudices family members have about death. In these professional health workers' discourses, the family strongly emerges as an object of care, as well as the importance that information has in the process of dying.

Conclusions: New ways of organizing, talking and thinking about death in the social structure of hospitals could decrease the solitude and suffering that patients, family members and health workers go through when dealing with death.

© 2011 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En las últimas décadas estamos asistiendo a un fenómeno social relativamente nuevo en nuestro medio; se trata del incremento de muertes que suceden en los hospitales. Sin entrar en el debate de la idoneidad del lugar donde morir (domicilio u hospital), hay un hecho que las publicaciones científicas¹ las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y las recomendaciones realizadas por el Ministerio como parámetro de seguridad² ponen de manifiesto, y es que cerca de un 50% de personas mueren en el hospital sin ser identificados como pacientes paliativos.

La muerte es una realidad con la que se vive a diario en los hospitales, y sus profesionales se encuentran poco preparados para afrontarlo. Asimismo, las estructuras arquitectónicas hospitalarias no se encuentran adaptadas para poder proporcionar una muerte digna.

La institucionalización de la muerte y su consecuente medicalización, transmite la idea de la muerte como algo amenazador y extraño, y esta imagen está presente en nuestros días y entre nuestros profesionales sanitarios, de manera que, aunque los médicos y las enfermeras están acostumbrados a convivir con la muerte, actúan como si no existiese la posibilidad de que sus pacientes pudiesen morir. El tabú de la muerte, o la denominada «muerte invertida» descrita por Ariès³ como fenómeno que surge en Estados Unidos y en Europa hacia 1965, está presente entre nuestros profesionales sanitarios.

Existen pocos estudios que exploren los detalles de los contextos hospitalarios donde se pueden encontrar los significados compartidos que se le atribuye a la muerte y las claves interpretativas de los procedimientos sanitarios aplicados en los momentos próximos a la muerte del paciente^{4,5}. No obstante, en la última década se han publicado artículos que expresan la creciente inquietud de los profesionales sanitarios por atender adecuadamente la muerte de los pacientes, especialmente en la UCI, considerada como la antítesis del lugar donde morir⁶⁻⁸ y señalan la importancia

de establecer una comunicación efectiva con el paciente y su familia⁹⁻¹³.

Este estudio explora las claves interpretativas de los procedimientos sanitarios aplicados en los momentos próximos a la muerte del paciente y los significados compartidos en la atribución al proceso de la muerte en el contexto hospitalario. Nos interesan de manera especial los valores sociales subyacentes, y si las estructuras sociales y contextuales perpetúan prácticas que dificulten el proporcionar una muerte digna.

Objetivo

Hemos tratado de dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Se enmascara la muerte dentro de los hospitales?
- En caso afirmativo, ¿supone alguna repercusión en la realización de los cuidados?
- La estructura social hospitalaria, entendida desde la normativa organizativa y las dinámicas de trabajo, ¿impulsa, refuerza o reproduce los actos sociales o la actuación profesional de evitación de la muerte?

Método

Marco teórico

Este estudio se enmarca en la sociología de la muerte y está orientado desde las contribuciones realizadas por los interaccionistas simbólicos, como Mead¹⁴ así como desde los conceptos articulados en la teoría de las representaciones sociales de Moscovici¹⁵. Estas corrientes sociológicas ponen el acento en las significaciones que ponen en práctica los actores sociales a través de la interacción con los otros.

Diseño y método de análisis

Hemos utilizado metodología cualitativa, con diseño trasversal, descriptivo y explicativo, ya que nos permite captar la complejidad de este contexto, que viene de la mano, no solo de lo visible sino también de lo imaginario y lo simbólico¹⁶. A través del análisis de lo que se dice y de cómo se dice, podremos acceder a la representación social que estos profesionales tienen acerca de la atención al moribundo en un hospital de agudos.

Para ello nos hemos servido de diferentes métodos que se complementan y nos permiten profundizar en la complejidad de lo subjetivo; nos estamos refiriendo al análisis del discurso y al método de comparación constante. Comenzamos el análisis realizando una transcripción detallada de las palabras y expresiones de los participantes, incluyendo todo tipo de interacción y circunstancias adyacentes. Hemos explorado las estructuras argumentativas y estilos discursivos, las diferentes versiones de los mismos temas, y buscado juegos de oposiciones en las diferentes narrativas. Mediante la codificación abierta y axial, hemos podido profundizar en la riqueza de los datos, organizándolos por categorías y sus dimensiones así como sus interrelaciones.

Nos hemos ayudado del paquete informático Atlas-ti para abrir los textos discursivos, ordenándolo y estructurándolo, si bien los significados y la esencia de lo que revelan lo hemos realizado de forma manual.

Para verificar la calidad y la validez de las conclusiones, hemos seguido los criterios de confiabilidad propuestos por Lincoln y Guba¹⁷, aplicando la triangulación de personas y de métodos, la contrastación con el marco teórico, la descripción de las etapas así como la evolución de los procesos de reflexión y la auditabilidad.

Población, sujetos de estudio y muestra

El estudio ha sido realizado en un hospital público, de nivel terciario del área metropolitana de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Nuestra muestra, de carácter estratégico y por tanto intencionada, fue seleccionada según criterio *opinático y teórico*, hasta alcanzar el punto de saturación teórica. Fijamos unos criterios para su selección entre los que se encuentran: mínimo 3 años de experiencia profesional, experiencia en la atención a pacientes moribundos, no estar trabajando en unidades específicas de Cuidados Paliativos, y la participación con carácter voluntario. Era necesario que estuviesen trabajando en UCI, Urgencias y Plantas de hospitalización médica y quirúrgica de adultos.

Hemos utilizado dos métodos de recogida de datos, para posteriormente poder contrastar los discursos emergentes en los grupos de discusión con los elaborados de manera individual, e identificar coincidencias y divergencias.

En la configuración de los grupos de discusión se han tenido en cuenta variables que podrían influir en la elaboración de los discursos, tales, como género, nacionalidad, y años de experiencia profesional. El impulso de los grupos se efectuó haciendo una breve presentación de la moderadora e investigadora principal y diciendo que el objeto del estudio era ver las creencias sobre la muerte. Para el desarrollo

de las entrevistas semidirigidas se elaboró un guión con los temas identificados en la revisión bibliográfica.

Incluimos un total de 52 personas de los equipos de enfermería (supervisoras, enfermeras y auxiliares de enfermería) y 20 médicos entre adjuntos de medicina, cirugía y residentes de diferentes años de especialización. En total hemos realizado un total de 11 grupos de discusión y 15 entrevistas semidirigidas.

Resultados

Presentamos los resultados tomando como guía nuestro marco teórico de referencia (el interaccionismo simbólico), desde el cual la vida cotidiana y los aspectos relacionales son determinantes en la construcción de la realidad social y la generación de sentido, y actúan como substrato que impulsa la acción social.

Vida cotidiana y aspectos relacionales

Ariès indica que la muerte era un proceso abierto al contexto: «así como se nacía en público, se moría en público»³ y que la muerte súbita era poco deseada porque no dejaba posibilidad de vivir esta última etapa de la vida. La muerte está rodeada de tabú, y en la medida de lo posible, se evita citarla por su nombre. «*A pesar de que no nos gusta hablar abiertamente de la muerte, a veces no nos queda más remedio que decir al familiar: ¡es que se ha muerto! (enfermera Urgencias). «Solemos decir: está muy malito, pero no que se está muriendo» (enfermera de hospitalización).*

La muerte es un tema que suscita poco interés en la sociedad actual; a pesar de convivir a diario con ella en el hospital, escasamente la tienen en cuenta en su vida privada, donde solo hablan de la muerte si son consultados por sus allegados sobre enfermedades de alguien conocido: «*en el ambiente que yo me muevo, no es un tema que mueva el día a día, ni que sea objeto de conversación» (médico de Urgencias).*

El ritmo vertiginoso con que se vive a diario, las prisas para hacerlo todo, impregna las prácticas hospitalarias, por ejemplo, los cuidados posmortem se han abreviado de manera decisiva: «*Ahora se les mete en un saquito... y ya está» (auxiliar de Urgencias). «Yo recuerdo ponerle incluso la corbata al fallecido» (Enfermera de hospitalización).*

Algunas de estas enfermeras se quejan de estas prisas para despedir al cadáver, que vienen determinadas por la necesidad de camas libres para el siguiente paciente que aguarda su ingreso, especialmente en la UCI. El ritmo de vida vertiginoso dificulta incluso realizar la última despedida, incluso dentro del hospital. «*Es que no has acabado con uno, y ya tienes el siguiente en la puerta... es que casi ni te da tiempo a quitarles el catéter» (enfermera de UCI).*

Ninguno de estos colectivos sabe manejar las emociones que suscita el sufrimiento de la familia del moribundo. No tienen ningún reparo en el manejo de los cuerpos transformados, dominan los aspectos clínicos que desempeñan con alto nivel de competencia y seguridad, mientras que el contacto cara a cara con el paciente y de manera especial con la familia, son manejados con mucha dificultad. El desempeño técnico carece de sentimientos; puede generar estrés pero no la angustia que produce dar malas noticias. «*Hacer una*

RCP no es más que aplicar una serie de códigos, que además han sido previamente ensayados, pero informar a la familia... de que ha fallecido, enfrentarte a su dolor, es lo peor que hay» (médico de Urgencias).

Las enfermeras y los médicos hacen referencia a significantes que dejan entrever la dureza de algunas situaciones, tales como: «*si yo me quedo como este que no me hagan nada, que me dejen morir» (enfermera UCI), «lo más estresante es el encarnizamiento terapéutico» (médico de UCI).* Detectamos visiones y preocupaciones diferentes: las enfermeras se ven a sí mismas como principales cuidadoras y responsables del moribundo y se lamentan de no poder identificar con mayor exactitud el momento de la muerte de los pacientes, porque la consecuencia directa sobre los cuidados se traduce en que el paciente morirá solo en un elevado porcentaje de situaciones. «*Si yo hubiese sabido que se moriría esa noche, hubiese dejado estar a la familia» (enfermera de UCI).* Por su parte, los médicos ven de manera absolutamente nítida y coincidente con la opinión de las enfermeras, que en el momento de la muerte ellos ya no hacen nada, y se retiran. La mayor preocupación de los médicos se centra en no errar el diagnóstico médico, y no restar posibilidades al paciente. «*Es que son ¡nuestros!, el médico ve que no hay nada que hacer y se va» (enfermera de hospitalización).* «*Me llaman, veo que está llegando el final. . . y . . . pues ya se queda la enfermera» (médico hospitalización).* «*Llamé al residente para que viese cómo estaba y al ver la situación me dijo: pero y ¿qué quieres que yo haga?» (enfermera de hospitalización).*

Valores y creencias

La sociedad actual ha cambiado sus valores. El éxito, la juventud y la individualidad⁽²⁰⁾, cobran especial relevancia frente a la posibilidad de estar triste, ser viejo o comportarse de manera solidaria. Estos nuevos valores repercuten en la representación social de la muerte. Los profesionales de más edad advierten la presencia de este cambio social, aunque no se atreven a hacer atribuciones sociológicas al respecto: «*yo me acuerdo de pequeña ir con mi madre a los velatorios, y no creo que ningún niño ahora vaya a los velatorios ¡ni siquiera al de sus abuelos! (enfermera hospitalización).*

En los grupos analizados, especialmente en los de enfermeras, podemos identificar la construcción de diversos procesos de categorización, útiles para simplificar el mundo que les rodea, tal y como describió Tajfel¹⁸. En esta tipología, de uso cotidiano, se distinguen diferentes situaciones en que puede aparecer la muerte de un enfermo cuyas características son diferentes; No todas las muertes son iguales ni suscitan los mismos sentimientos. «*Aquí en la Urgencia todas son impactantes, todas. Está la muerte esperada, la inesperada, la programada, la drástica, la caótica, la violenta, la del judicial, la que se produce en el cuarto de shock. . . todas son diferentes pero impactantes» (enfermera de Urgencias).* «*Pues si es un abuelito. . . no es que no te de pena, pero. . . ^» (enfermera hospitalización).* «*Pues a mí me impactó mucho una señora mayor, que la llevé al baño, y estaba bien, y cuando volví se había muerto. . . y no me lo esperaba, me quedé fatal» (auxiliar de Urgencias).*

En sus discursos podemos identificar la importancia del uso de los espacios arquitectónicos: «*Si se muere alguien le llevamos al cuarto de yesos, que si está vacío puede estar tranquila la familia con su familiar, y les dejamos allí un rato» (enfermera de hospitalización).* «*Si vemos que se está muriendo, dejamos pasar a la familia y ponemos una sábana para separar, pero nos oyen todo lo que hacemos» (enfermera de UCI).*

Cabe destacar algunas de características específicas de la muerte en función del servicio donde se produce el óbito.

- En la UCI señalan la transformación de los cuerpos como impacto para las familias; el ingreso en la UCI es en cierto modo dejar de ser uno mismo. Podría hablarse en algunos casos de una muerte programada. Asimismo, el paciente intubado, sedado y edematoso, no supone ninguna dificultad para los profesionales, pero las familias quedan impresionadas. Las enfermeras viven esta situación como una mayor carga de trabajo, en comparación con la atención al enfermo, porque no saben cómo manejar el sufrimiento de las familias. «*Es que dejan de ser ellos. . . están llenos de tubos, hinchados. . . desfigurados. Cuando la familia te enseña una foto de ellos. . .» (enfermera UCI).*
- En Urgencias, si bien muere muy poca gente, todas ellas son desbordantes. Estas muertes son descritas como que se producen «*a la vista de todos» (enfermero de Urgencias),* y hay unanimidad de criterio en que esta situación debe evitarse: «*Nadie debería morirse nunca en Urgencias» (médico de Urgencias).* No obstante, cuando inevitablemente el paciente muere en la Urgencia, se flexibiliza la norma y todos los esfuerzos se centran en proporcionar intimidad y permitir el paso a las zonas restringidas donde permanece el enfermo.
- Las Plantas de hospitalización podrían identificarse como el escenario más parecido al domicilio por aquello de estar en una habitación y con posibilidad de permanecer con la familia, pero la realidad descrita por nuestros informantes nos indican numerosas deficiencias que dificultan enormemente una atención reposada al moribundo y a su familia. «*Yo si veo que hay alguna habitación vacía cambio al acompañante para que cene en otro sitio» (enfermera de hospitalización).*

Cuando iniciamos el trabajo de campo, en ningún momento se nos ocurrió pensar que «la familia» estuviese tan presente en los discursos de estos profesionales. Fue durante el proceso de análisis cuando «la familia» emergió con mucha fuerza, de manera continua, tanto entre las enfermeras como entre los médicos. La familia aparece en todas las categorías identificadas en nuestro estudio. La interacción entre los profesionales y las familias es continua. Incluyen a las familias como unidad de cuidados: «*Porque es el paciente y su familia, y a veces te da más trabajo la familia que el paciente» (enfermera hospitalización).* Perciben ciertos comportamientos que no entienden en las familias: «*Aquí las familias no se comportan como son con sus familiares. . . te preguntan: ¿le puedo besar?» (enfermera de UCI).* Sin llegar a hacer atribuciones causales, entienden y empatizan con las familias: «*Si fuera alguien de mi casa y yo no pudiera hacerle nada, evidentemente que lo traería al hospital» (enfermera hospitalización).*

La información es otra categoría que aparece reflejada con diversas dimensiones. Se identifica, aunque no de forma expresa, como un instrumento mediante el cual se ejerce el poder, se mantienen las normas y en definitiva, su omisión consigue aislar al moribundo, reforzando así la muerte social que de manera previa ya venían padeciendo algunos de los moribundos, aumentando así su soledad y sufrimiento, y le priva de derechos que vienen recogidos en la ley denominada autonomía del paciente¹⁹. *«En la cultura anglosajona, se informa primero al enfermo, pero aquí no es así. Todos sabemos que hay que informar a la familia, y casi se hace antes que al propio enfermo» (médico hospitalización).* *«A veces nos hemos encontrado informando a varias personas diferentes de la misma familia, que no se hablan entre sí» (médico hospitalización).*

Finalmente, la formación que adquieren estos profesionales en relación a la dispensación de cuidados al final de la vida hasta el momento actual ha sido muy escasa, quedando reducida al ámbito de la inquietud personal. *«Yo hice un curso de cómo dar malas noticias por mi cuenta, fuera de la carrera, y me dijeron cosas muy sencillas y útiles» (médico UCI).* *«Yo hice Cuidados Paliativos y era una optativa» (médico Residente).* Nuestros datos son coincidentes con los de García Caro y Hernández Cabrera^{20,21}, que ponen de manifiesto la poca formación que han recibido las enfermeras para afrontar la muerte de sus pacientes y la apremiante necesidad de actualizar y aumentar la formación de nuestros profesionales en Cuidados Paliativos, y en el entrenamiento en el final de la vida, para de esta manera poder ofrecer una muerte digna. El aprendizaje del control de síntomas, del manejo de la comunicación y la información, especialmente en situaciones en las que se comunican malas noticias²² cobra especial relevancia. Asimismo, el entrenamiento en la asertividad, en saber estar delante del moribundo y acompañar a su familia, en el manejo del tiempo, y en la continua adaptación de cuidados a las necesidades cambiantes de los enfermos y sus familias, son estrategias que protegen emocionalmente a los profesionales y les permite continuar con el desempeño de sus competencias, sin tener que echar mano del distanciamiento afectivo como estrategia adaptativa.

Discusión

Los resultados de esta investigación son coincidentes con la «muerte invertida» descrita por Ariès³, señalando con este concepto el tabú que gira en torno a la muerte. Nuestros sujetos de estudio evitan nombrar a la muerte o a las patologías que la inducen, y hablan de «lo malito» que estaba el paciente. Al igual que los estudiantes asiáticos y americanos descritos por Shu-Fen Kao y Lusk²³ evitan hablar de la muerte con los moribundos.

Las investigaciones llevadas a cabo por el CIS en población general²⁴, son coincidentes con las aportaciones de nuestros informantes sobre el escaso interés que suscita la muerte en la sociedad actual; a pesar de convivir a diario con ella en el hospital.

Bauman²⁵ señala la rapidez con la que se vive y se modifican muchos aspectos de nuestra vida cotidiana, y esta característica de nuestra sociedad impregna también los ritmos de trabajo, llevando a modificar las prácticas y

protocolos de amortajamiento, que son llevados a cabo de manera muy pragmática.

Las mayores dificultades que encuentran los profesionales se relacionan con la situación de dar malas noticias y con la falta de apoyo de equipos de Cuidados Paliativos, tal y como señala García Caro (OpCit). Desde la perspectiva fenomenológica, Hopkinson, Haller y Luker²⁶ abordan cómo las enfermeras podrían prestar mejores cuidados en el final de la vida, subrayando la influencia que la implicación emocional ejerce en la prestación de cuidados, y sugieren el desarrollo de un modelo de Cuidados Paliativos multidisciplinar, solicitado también por nuestros informantes.

No obstante, en la última década se han publicado artículos que expresan la creciente inquietud de los profesionales sanitarios por atender adecuadamente la muerte de los pacientes, especialmente en la UCI, considerada como la antítesis del lugar donde morir⁶⁻⁸, y señalan la importancia de establecer una comunicación efectiva con el paciente y su familia^{9-13,27}.

El contexto y las condiciones de trabajo influyen en la percepción de la muerte²⁸ y efectivamente, nuestros sujetos de estudios, no solo ponen este aspecto de manifiesto, sino que incluso elaboran una tipología de muertes según el servicio y lugar, destacando algunas de sus principales características.

Las preocupaciones descritas por Díaz Valenzuela²⁹, Gálvez³⁰, y Barrio³¹ coinciden con las de nuestros informantes, especialmente en la necesidad de habilitar espacios físicos que favorezcan el acompañamiento de la familia y un entorno digno. Bayés³² pone de manifiesto que las UCI no son el mejor lugar para morir, como tampoco lo es la Urgencia, tal y como señalan nuestros informantes.

La familia es un elemento valorado positivamente en nuestra sociedad actual, tal y como señalan las encuestas del CIS²⁴ y emerge con mucha fuerza en nuestros informantes, como parte de la ciudadanía a la que pertenecen.

La información y la formación en Cuidados Paliativos es una de las mayores preocupaciones de estos profesionales. En este sentido, el futuro se plantea más esperanzador porque, al menos en el Grado de Enfermería, la asignatura de Cuidados Paliativos cobra naturaleza de obligatoriedad, recibiendo formación específica en los cuidados al final de la vida.

Conclusiones

Los profesionales sanitarios forman parte de la sociedad a la que atienden, y se han socializado en las mismas instituciones que los enfermos a los que atienden, asimilando, por tanto los mismos valores sociales. Las enfermeras y los médicos conviven con la muerte, pero sin mirarla de frente. La falta de preparación profesional en Cuidados Paliativos, la falta de entrenamiento en estrategias de afrontamiento personal, y la estructura organizativa de los hospitales de agudos, son determinantes en esta negación de la muerte.

La muerte interesa poco o nada, no se habla habitualmente de ella, no se prevé esta circunstancia, no se habla con la familia sobre lo que uno desea después de muerto; se oculta la enfermedad sobre todo si finalmente acabará con la vida del paciente; no se nombra por si supone un mal augurio; las enfermeras no saben estar sin hacer nada delante

del moribundo, no saben qué decir ni cómo acompañar y los médicos, directamente desaparecen.

La principal conclusión a la que llegamos con nuestro trabajo es que «se niega la muerte», entendiendo por negación de la muerte esa orientación negativa de la acción social hacia el moribundo y hacia la muerte en sí misma, ligada a un cambio de valores sociales, y que se trasluce en los comportamientos profesionales.

En las tipologías que construyen para manejarse con soltura en su medio, se vislumbra la asimilación de valores y normas sociales e institucionales, así como la búsqueda de coherencia con respecto al grupo de pertenencia (médico o enfermera). La muerte en ancianos es considerada como «*ciclo vital*», como «*proceso natural*», como «*ley de vida*», pero en jóvenes no se acepta tan fácilmente, especialmente si pueden sentirse identificados con la situación personal del moribundo (edad parecida, forma de vida parecida, tener pareja, hijos, etc.).

Podemos identificar aspectos de mejora en las estructuras sociales hospitalarias para garantizar una muerte digna. Nos encontramos con una enorme contradicción: los enfermos acuden al hospital de agudos, cuya finalidad es preservar la vida. Pero en un momento determinado algunos pacientes mueren, incluso a pesar de haber recibido los mejores tratamientos y cuidados, y el hospital de agudos, no está preparado para ello, como tampoco lo están las mentalidades de estos profesionales. Esta prioridad, es además, exigida por la institución, que es la que, en última instancia con sus estrategias de gestión, dota de recursos para llevar a cabo la atención sanitaria según las líneas de su programa.

Los profesionales sanitarios tienen una enorme responsabilidad en el proceso de la muerte, estando en su mano evitar añadir más sufrimiento al enfermo y a sus familias en este momento de tránsito.

Podríamos hacer una sinopsis final al estudio que presentamos, identificando algunos aspectos de mejora para proporcionar una muerte digna a los enfermos:

- Ampliar la formación en Cuidados Paliativos al conjunto de slo profesionales y no solo a los equipos específicos,
- Proporcionar espacios arquitectónicos que favorezcan el desarrollo de una muerte en la intimidad,
- Diseñar nuevas organizaciones del trabajo y de los recursos humanos que permitan dedicar el tiempo necesario para acompañar en el momento de la muerte, y fomente el trabajo en equipo,
- Ampliar los equipos de Cuidados Paliativos tanto a nivel hospitalario (ESH), como las unidades de corta y larga estancia, y así como los equipos de atención domiciliaria (ESAD).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ripoll Lozano MA, Ripoll Alda C, Alonso Sánchez R, Alda Martín C, López Lozano FJ. Evolución del lugar de fallecimiento de los pacientes oncológicos incluidos en el RIMCAN. De casa al hospital. *Med Pal.* 2010;17:151–5.
2. Monzón Marín JL, Saralegui Rieta I, Abizanda R, Campos I, Cabré pericás L, Iribarren Diarasarri S, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Medicina Intensiva.* 2008;32:121–33.
3. Ariès P. La muerte invertida. el cambio en las actitudes frente a la muerte en las sociedades occidentales. In: *Historia de la muerte en occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días.* Acatilado; 2005. p. 223–68.
4. Glaser BG, Strauss AL. *Time of dying.* 2nd ed. New Brunswick (U.S.A.); London (U.K.): Aldine Transaction; 2007.
5. Glaser BG, Strauss AL. *Awareness of dying.* 8th ed. New Brunswick (U.S.A.); London (U.K.): Aldine Transaction; 2009.
6. Levy MM. End-of-life in the intensive care unit: Can we do better? *Crit Care Med.* 2001;29(2 Suppl):N56–61.
7. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the UCI. *Chest.* 2010;137:280–7.
8. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the american college [corrected] of critical care medicine. *Crit Care Med.* 2008;36:953–63.
9. Azoulay E. The end-of-life family conference: Communication empowers. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171:803–4.
10. Azoulay E, Pochard F. Meeting the needs of intensive care unit patients' family members: Beyond satisfaction. *Crit Care Med.* 2002;30:2171.
11. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2003;31:2255–62.
12. Curtis JR, Donald L, Shannon S, Treece P, Engelberg R, Rubenfeld G. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. *Critical Care medicine.* 2001:29.
13. Curtis JR. Communicating about end-of-life care with patients and families in the intensive care unit. *Crit Care Clin.* 2004;20:363, 80, viii.
14. Mead GH. *Espíritu, persona y sociedad.* (Publicado originalmente en 1934). 1st ed. Madrid: Paidós; 1972.
15. Moscovici S. *El psicoanálisis: Su imagen y su público.* (Publicado originalmente en 1961). Buenos Aires: Huelmal; 1979.
16. Ibañez J. *El regreso del sujeto. la investigación social de segundo orden.* 1st ed. Madrid: Siglo XXI; 1991.
17. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiri.* Beverly Hills: Sage Publications; 1985.
18. Tajfel H. *Grupos humanos y categorías sociales.* (Publicado originalmente en 1981). Barcelona: Herder; 1984.
19. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2002 14 de noviembre de 2002; 41.
20. García Caro MP, Schmidt Río-Valle J, Cruz Quintana F, Prados Peña D, Muñoz Vinuesa A, Pappous A. Enfermedad terminal, muerte en palabras de los profesionales sanitarios (I). *Revista Rol de Enfermería.* 2008;31:297–302.
21. García Caro MP, Schmidt Río-Valle J, Cruz Quintana F, Prados Peña D, Muñoz Vinuesa A, Pappous A. Enfermedad terminal y muerte en palabras de los profesionales (II). *Revista Rol de Enfermería.* 2008;31:374–8.
22. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171:844–9.
23. Shu-Fen K, Lusk B. Attitudes of Asian and American graduate nursing students towards death and dying. *Journal Nurs Stud.* 1997;34:438–43.

24. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Encuesta n° 2442: Actitudes y valores en las relaciones interpersonales. 2002.
25. Bauman Z. Modernidad líquida. Argentina: Fondo de cultura económica; 2000.
26. Hopkinson JB, Hallet CE, Luker KA. Everyday death: How do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42:125–33.
27. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356:469–78.
28. Rodríguez Camero ML, Azañón Hernández R. Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalarias EPES 061 del S.P. de granada, Tempus Vitalis. *Revista electronica internacional de (TRUNCADO)*. 2006;6:57–71.
29. Díaz Valenzuela A. Proceso de decisión sobre el emplazamiento de la muerte en familiares de pacientes terminales. *Rev Paraninfo Digital [Internet]*. 2007:1.
30. Gálvez González M, Muñumel Alameda G, Rios Gallego F, Águila Hidalgo B, Fernández Vargas ML. Perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. *Rev Paraninfo Digital [Internet]*. 2007:1.
31. Barrio Linares M, Jimeno San Martín L, López Alfaro P, Ezenarro Muruamendiaraz A, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Cuidados del paciente al final de la vida: Ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2007;18:3–14.
32. Bayes R. Critical care and suffering]. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:576–8.