

## El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte

### *Caring of a person with a cardiovascular disease in situation that generates feelings of loss, threat, fear, or death*

LUZ NELLY RIVERA ÁLVAREZ\*

*La muerte es un hecho contingente que pertenece a nuestra facticidad.*

Jaime Escobar

#### Resumen

Las personas que viven una enfermedad cardiovascular se encuentran permanentemente afectadas por el malestar, la disfuncionalidad y el sentimiento que esta causa, situación que genera alteraciones en la autoestima del sujeto, pérdidas, duelo frente a estas pérdidas, cambios en su estilo de vida y la percepción de morir; este escenario forma parte no solo del individuo, involucra la familia y su ámbito social.

El presente artículo tiene como objetivo revisar los tipos de pérdidas, las etapas del proceso de duelo, algunas consideraciones sobre la muerte, el modelo fásico de morir planteado por Elizabeth Kubler Ross y las dificultades de afrontamiento del personal de enfermería, de la persona que vive una situación de enfermedad cardiovascular y de su familia.

---

\* Enfermera y magíster en Enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería en unidad de cuidado intensivo, Universidad de Navarra. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Inriveraa@unal.edu.co

Recibido: 23-03-06

Aprobado: 07-09-07

La muerte como punto final de la existencia y acontecimiento natural en la experiencia de vida del ser humano es uno de los fenómenos cotidianos a los cuales nos vemos enfrentados los profesionales de enfermería, cuyo abordaje tiene implicaciones emocionales, espirituales y culturales; por lo tanto, se plantean estrategias de afrontamiento para el profesional de enfermería, dirigidas al cuidado de la persona con enfermedad cardiovascular que experimenta sentimientos de pérdida y amenaza o temor de muerte.

*Palabras clave:* enfermedades cardiovasculares, actitud frente a la muerte, estilo de vida, duelo, personal de enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

#### Abstract

People living with cardiovascular disease find themselves permanently affected by uneasiness, disfunctionality and the feeling it causes. This situation creates changes in the patient's self-esteem, losses, mourning for these losses, changes in their lifestyle and the perception of death; this scenery is part not only of the individual, but it also involves the family and his/her social environment.

The purpose of this article is to review the types of losses, the stages of the mourning process, some considerations about death, the phasic process of dying suggested by Elizabeth Kubler Ross and the difficulties faced by nursing personnel, the person suffering the cardiovascular disease and his/her family to cope with it.

Death as the ending point of existence and a natural happening in the life of human beings, is one of the everyday phenomena which nursing personnel have to face. Its approach has emotional, spiritual and cultural implications; thus, strategies to face it are suggested for the nursing personnel, aimed at the person caring for the patient suffering cardiovascular disease and who experiences feelings of loss and threat or fear of death.

*Key words:* cardiovascular diseases, attitude to death, life style, duel, nursing staff

## INTRODUCCIÓN

El ser humano, como fuente integradora de aspectos biológicos, emocionales, intelectuales y sociales, desarrolla estrategias necesarias para la supervivencia de sus valores y de su función social, que le permitan mantener una adecuada calidad y nivel de vida; “se encuentra en un esfuerzo continuo por arrebatarle al tiempo unas gotas de persistencia y unos soplos de eternidad” (1).

Cuando el individuo presenta una enfermedad cardiovascular, esto significa la presencia de enfermedades del corazón y/o vasos sanguíneos; el Framingham Heart Study define la enfermedad cardiovascular como cuatro categorías de enfermedades relacionadas entre sí: la enfermedad coronaria (que incluye angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia coronaria), la enfermedad cerebrovascular (evento cerebrovascular trombotico, embolia cerebral e isquemia cerebral transitoria), la enfermedad arterial periférica (incluye las arterias de miembros inferiores) y la falla cardiaca (2).

La persona experimenta una serie de pérdidas de rol, de status, de función o parte corporal, alteración de la autoimagen y del autoconcepto, pérdida de relaciones y lazos afectivos, e incluso el individuo establece una relación estrecha con su propia muerte; “la enfermedad empieza a devorar algo más profundo y más esencial, algo de lo que dependen los sueños y los mundos” (1). Esto para muchos es un nuevo concepto, sentir probablemente que algo acabó, o es el comienzo de algo nuevo, quizás la lucha humana contra la muerte nos desarrolla una búsqueda de darle sentido a la vida y cuidado de sí mismo, para conservar la salud, cuidarla y protegerla.

Según Marie de Hennezel (3), “la muerte, la que un día nos tocará vivir y que nos arrebatara ahora nuestros amigos y allegados es también, tal vez, la que nos impulsa



a no quedarnos en la superficie de las cosas y los seres humanos, lo que nos empuja a penetrar en su intimidad y profundidad, el tiempo que precede a la muerte puede ser el de una realización personal y el de una transformación del entorno”.

Según Manuel Velandia (4), el hecho de morir trae implícita la experiencia de la vida, lo que implica que el individuo desarrolle un fuerte sentimiento y necesidad trascendental; aduce que esta dimensión trascendental se podría definir como el espacio vivencial en el cual una persona elabora una explicación de su vida para darle sentido a la muerte.

## CONCEPTO DE AUTOESTIMA

La autoestima puede equipararse al autoconcepto y a la autoimagen entendiendo como tal la actitud hacia uno mismo, hacia las propias cualidades personales, encontrarlas de valor único, es decir, el concepto que el ser humano tiene de “sí mismo”, la valoración objetiva que se plantea frente a sus habilidades y limitaciones, defectos y virtudes en todas sus esferas biopsicosociales y espirituales; esta percepción y autovaloración es adquirida durante el transcurso de su propia vida en las relaciones afectivas (en esencia, la relación padres-hijo, primer vínculo del ser humano donde se experimentan sentimientos de aceptación o rechazo, que dejan huella para toda la vida) y en las relaciones interpersonales (5).

Para las enfermeras Hirst y Metcalf, los roles, el tacto, el significado de las relaciones, la sexualidad, la independencia y el espacio son componentes fundamentales de la autoestima y la autoimagen, aspectos que se pueden ver afectados en la persona que vive una enfermedad

cardiovascular. Para estas autoras los roles ayudan a crear la propia identidad y fomentar la autoestima, el tacto es valorado como la expresión no verbal importante para demostrar aceptación y cuidado al otro, “el tacto es una de las formas que mejor nos acercan al mundo de los demás, con nuestras manos captamos el mundo y la presencia nueva de otro ser” (6); las relaciones interpersonales se definen como la oportunidad para la práctica de habilidades sociales y la aceptación mutua; la sexualidad promueve la autoestima en el ser humano al ser percibido por el otro como atractivo y sexualmente deseable; la independencia se refiere a la búsqueda del ser humano de tener el control de su propia vida; y por último, el espacio, traducido como aquel donde el ser humano tiene control sobre su área física, espacio personal y privacidad.

Ahora bien, la autoestima puede categorizarse en diferentes niveles que determinan la conducta de los individuos; por ejemplo, una persona con alta autoestima responde al medio ambiente con seguridad, utiliza los recursos y habilidades para afrontar con mayor probabilidad de éxito las dificultades que la vida le depara, puede establecer buenas relaciones interpersonales, reconoce sus debilidades y toma la crítica de otros como una oportunidad para crecer.

Por el contrario, si el individuo tiene una baja autoestima, que generalmente es producto de las influencias negativas del medio, se altera su autoimagen (se siente insatisfecho consigo mismo física, mental y socialmente), tiene dificultad para establecer relaciones interpersonales, lo cual se evidencia por la no aceptación de sí mismo y por ende la no aceptación de los otros, percibe pocos recursos para alcanzar sus metas o afrontar dificultades.

La enfermedad coronaria parece exacerbarse por la baja autoestima, plantea un alto riesgo de salud para este tipo de enfermos y una rehabilitación mucho más larga y difícil que en aquellos que posean una autoestima más alta (7).

## PÉRDIDAS Y DUELO

*Y cuando llegue el día del último viaje,  
y esté al partir la nave que nunca ha de tornar,  
me encontraréis a bordo, ligero de equipaje,  
casi desnudo como los hijos de la mar.*

Antonio Machado

El ser humano experimenta continuamente pérdidas, es algo ineludible en la vida de todas las personas y las relaciones humanas; cuando el niño se convierte en joven y el joven en adulto, se va transformando su ser y a la vez va dejando atrás vivencias y personajes que lo constituyeron; algunos los llaman cambios y pueden verse de forma positiva para la integridad humana, pero cuando las pérdidas causan estrés y crisis, estas pueden definirse en un sentido estricto como “pérdidas”.

Ahora bien, cuando una persona vive una enfermedad cardiovascular, puede llegar a experimentar en el área personal (8):

1. Pérdida de todas las cosas y las personas que ama y en ocasiones abandono de familiares y amigos.
2. Pérdida de independencia, modificación de valores y filosofía de la vida, lo cual se traduce en alteración en el autoconcepto.
3. Pérdida de la imagen de sí mismo por el deterioro de la función corporal, por debilidad, por la disfuncionalidad que le produce la enfermedad cardiovascular, es decir, alteración en la autoimagen.
4. Pérdida del rol, especialmente en obreros y personas poco instruidas y con complicaciones médicas más serias (9).
5. Pérdida de estatus, ya sea por deterioro en sus ingresos económicos, cambio de actividad laboral e incluso desempleo.
6. Pérdida de relaciones y lazos afectivos, cambios en la sexualidad, hospitalizaciones, separación de amigos.
7. Sensación de impotencia/desesperanza; miedo a lo desconocido; miedo a la pérdida de control propio y del medio.

Los cambios conductuales que presenta la persona con enfermedad cardiovascular se relacionan con la pérdida de algo (el trabajo, el estatus, los ingresos económicos) y se manifiestan en expresiones de ira, odio, miedo y mayor tensión.

En el enfermo cardíaco, al limitarse su trabajo o al cesar su actividad laboral, su autoestima se empobrece, se siente inútil e improductivo para la sociedad, y suele aparecer un estado patológico de depresión (7). Comienza a percibir aislamiento de su grupo social, posteriormente surge el sentimiento de pérdida de estatus y en ocasiones, especialmente en las personas de bajos recursos, esto representa disminución de ingresos económicos. Este tipo

de pérdidas se hace manifiesto en expresiones de resentimiento, envidia y rivalidad.

El nivel de autoestima es una fuente que posee el individuo para afrontar los cambios en el estilo de vida generados a partir de la enfermedad cardiovascular; la autoestima aparece como sentimientos positivos cuando hay autovaloración y aceptación: “esto es un campanazo para seguir adelante”, y con sentimientos negativos de desvalorización en frases como “nada me sale bien”, “la enfermedad me arruinó”.

Los cambios en las relaciones conyugales comienzan a partir de la enfermedad; pueden ser positivos como el fortalecimiento de lazos de amor y de unión para salir avantes frente a la situación, revivir los propósitos y significados de la vida establecidos como familia; como también la pareja del enfermo puede comportarse de manera complaciente, o sentirse superior al enfermo, debe asumir muchas tareas y responsabilidades y renunciar a muchas cosas (7).

Cuando alguien se enfrenta a la perspectiva de una enfermedad cardiovascular, esta persona y posteriormente su familia presentan largas angustias emocionales especialmente después de la salida del hospital. Rally H. Rankin (9) al estudiar los cambios psicosociales en pacientes con enfermedad coronaria y sus cónyuges encontró que las mujeres se observan más disminuidas física, social y sexualmente después del infarto de miocardio y la cirugía de *by-pass* coronario, además presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y disfunción sexual comparadas con los hombres después del infarto de miocardio. El anterior hallazgo se corrobora por la inhabilidad de la mujer para desempeñar papeles como el cuidado de la casa, la resultante pérdida de roles como gestora del hogar, esposa y organizadora de la familia, causales de sentimiento de culpa y mayores niveles de depresión.

Rankin afirma que el género, la edad y la ocupación parecieron interactuar en formas particularmente negativas sobre pacientes masculinos jóvenes quienes fueron los más angustiados de todos los grupos de su estudio; la inhabilidad de los hombres obreros, que desempeñaban labores manuales, para retornar a su trabajo fue especialmente predictora de altos niveles de angustia tres meses después de la cirugía de *by-pass* coronario.

Dentro del perfil psicosocial de los esposos(as) de los pacientes con enfermedad coronaria, Rankin indica menores tasas de mortalidad después del infarto de miocardio en los pacientes casados. Las parejas reportan que la cirugía cardíaca es un evento espantoso e interruptivo que implica mecanismos de más ánimo para sobrellevarla y la adquisición de nuevos roles de cuidado frente a su pareja; los esposos asumieron un “modelo de trabajo” muy estructurado, en comparación con las esposas que desarrollaron diferentes formas de cuidado, tomaron roles adicionales y continuaron con sus roles habituales; ellas describieron significativamente más cambios de vida desde la cirugía que los esposos cuidadores.

Hay efectos de la enfermedad coronaria sobre la relación marital y la función de satisfacción de la familia; se presentan disturbios en el estado de ánimo, generalmente las parejas afrontan mayores niveles de angustia que los pacientes y la satisfacción marital declina con el tiempo, tanto en los pacientes como en sus parejas, pero los acompañantes reportan estar significativamente menos satisfechos que los pacientes y experimentan niveles más bajos de satisfacción con el apoyo social que los pacientes mismos.

Con respecto a la actividad sexual, algunos enfermos no reanudan su actividad por temor a que les provoque otro ataque cardíaco o porque la depresión ha reducido su libido.

Esta enfermedad, que puede tener recaídas, se caracteriza por la alternancia de periodos de exacerbación de síntomas con periodos de remisión. A los primeros la pareja responde con una movilización intensa para que en segundos vuelva la normalidad de funcionamiento. Se necesita notable flexibilidad que les permita cambiar de una respuesta de emergencia a otra de normalidad. Esas familias, y sus parejas en especial, viven bajo la tensión de una nueva recaída.

José Góngora (10) explica dos tipos de cambios fundamentales de la familia frente al impacto de la enfermedad: alteraciones estructurales y alteraciones emocionales. Este autor define como alteraciones estructurales:

a) Patrones rígidos de funcionamiento: la respuesta familiar de emergencia a la etapa aguda de la enfermedad, caracterizada por una movilización intensa de recursos físicos (cuidados, cambios de roles y funciones del enfermo) y emocionales (mayor disponibilidad afectiva),

se mantiene en la fase crónica cuando ya no son necesarios tantos cuidados ni tanto apoyo afectivo y cuando el paciente ya es capaz de asumir funciones y responsabilidades. Se valora una sobreprotección al enfermo, que le hace perder su independencia, se le exime de tareas y se invade su espacio físico, personal y su privacidad.

b) Roles y funciones familiares: los cambios estructurales son más importantes cuando quien enferma es alguno de los padres; en estas situaciones alguien tiene que tomar su rol. En todos los casos hay una estructura jerárquica: quien se hace cargo gana estatus en la misma medida que el enfermo lo pierde. Si el padre liga su identidad al rol profesional y familiar, a la carga de la enfermedad se agrega la pérdida de identidad.

c) El cuidador primario: asume el cuidado de la persona con enfermedad cardiovascular; generalmente es la pareja. “La enfermedad invade a la familia y a la pareja sobre todo”. Por esto es muy importante que el cuidador primario dedique tiempo para el cuidado de sí mismo, no abandone sus metas y propósitos de vida, identifique su rol de cuidador para así proyectar este cuidado a su cónyuge.

d) Aislamiento social: se suscita a partir del temor de aceptar la necesidad de apoyo del otro; los amigos y algunas veces la familia misma no saben cómo reaccionar, les incomoda la situación y en ocasiones disminuyen los contactos; el enfermo y el cónyuge sienten temor al rechazo y se aíslan del mundo exterior.

Dentro de las alteraciones de la respuesta emocional, Góngora enuncia cuatro ítems.

a) Ambivalencia: por un lado, el deseo de ayudar y cuidar a la persona con enfermedad cardiovascular y, por otro, la carga que representa cuidar a esa persona y las implicaciones emocionales.

b) Conspiración de silencio: “el silencio” como precursor de todo lo que lleva interno tanto el enfermo como su familia y que no se expresa para evitar mayores dolencias y conflictos; hace referencia a todo aquello que se mantiene oculto acerca del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y el margen de esperanza que se mantiene.

c) Sobreprotección: como rasgo familiar, usurpa las funciones del enfermo y le impide la reintegración al límite de la normalidad de vida que le permita su

enfermedad; el paciente se autopercibe como discapacitado y se comporta como tal.

d) Duelo: el sentimiento de duelo deriva de la pérdida de identidad como pareja sana.

Carpenito (11) define el duelo como “el estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, rol, estatus, relaciones), o estado en el que un individuo o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado)”.

El duelo es un proceso que permite, a la persona que ha experimentado o percibe una pérdida, reconocer la pérdida y los sentimientos de tristeza y dolor que le causa, para poder superar y resolver esta pérdida de forma adecuada. Las diferentes respuestas del individuo frente al proceso de duelo son influenciadas por distintos factores, entre los que cabe señalar su personalidad, estado físico y emocional, experiencias de pérdidas previas, vínculos y significado de la pérdida, recursos personales de afrontamiento y adaptación a las crisis, y el apoyo social disponible (12).

## TEMOR A LA MUERTE

*Poco a poco lentamente  
me estoy muriendo  
de repente.*

José Bergamín

El paciente vive el episodio de la enfermedad cardiovascular como un acercamiento al final de su existencia. Pero ¿qué es la muerte?, esa entrañable presencia que tenemos día a día frente a nosotros y que esquivamente no deseamos ver o enfrentar, presencia que en algún momento nos ha arrebatado a seres queridos y nos ha dejado una voz de silencio, de querer decir algo más o compartir un instante más, de saber quizás que la vida termina allí o mantener la esperanza de la inmortalidad y que las personas seguirán viviendo en nuestra vida.

Para algunos autores, la muerte es el único paso seguro en la vida, y es el paso que no repetiremos jamás. La muerte es una realidad, como el nacimiento, la juventud, la vejez, un escalón más, el último en la vida. Siguiendo a Ericsson, “la muerte es ese gran paso del ser al no-ser”.

Aceptar la muerte implica para el individuo el proceso de aceptar la vida como es y no como le gustaría que fuera; sus creencias y valores en torno a la muerte proporcionan un sentido diferente al hecho de morir.

La muerte está supeditada a factores socioculturales; cada sociedad tiene sus propios valores, creencias y rituales respecto a la muerte; ejemplo de ello son las narraciones mitológicas de las culturas prehispánicas, la concepción de que el universo de las tierras altas está estrechamente unido a la muerte y a la resurrección, como explicación al movimiento cíclico de la vida y la muerte (mayas).

*Cuando las horas del crepúsculo ensombrecen mi vida,  
no te pido ya que me hables, amigo mío,  
sino que me tiendas tu mano.  
Déjame tenerla, y sentirla en el vacío cada vez más  
grande de mi soledad.*

Tagore

La vivencia de una enfermedad cardiovascular se percibe como un anticipo de la muerte, un momento de deterioro de un órgano con gran significado en nuestra sociedad, el corazón, el cual ha sido la musa de inspiración para poetas, para enamorados, para cantantes; hablar del corazón implica hablar de sentimientos, por lo tanto la persona experimenta constantemente conciencia y temor de morir, esto constituye una fuente importante de tensión emocional y social.

La enfermedad cardiovascular incapacita, al menos temporalmente, y las actividades ya nunca pueden ser las mismas. Se debe elaborar un proceso de duelo por el cuerpo sano y por las actividades que dejan de practicarse.

Comparto la definición que Triana (13) cita sobre la muerte como una aniquilación siempre posible de mis posibles y fuera de mis posibilidades; o, según Sartre, “podemos morir antes de realizar nuestra tarea o podemos sobrevivir a su realización y el azar, decide y le quita todo el carácter de final armonioso de fin de melodía” (14). Por un lado, la muerte se une a una dimensión no conocida, quizás a la nada; por otro, al poner término a la vida, la muerte es algo latente en los seres humanos que los compromete con su existir y con su propia muerte.

Además del temor que se genera en torno a la muerte del otro y a la constante reevaluación de la vida

humana, se encuentra un problema más grande y es el conocimiento que tenemos sobre este proceso para “la experiencia del cuidado de salud del ser humano” (15) y el abordaje y la actitud que asumimos frente a evitar la muerte del ser humano, como a la muerte misma.

La comprensión de las necesidades psicosociales y espirituales del ser humano con enfermedad cardiovascular y de su familia es un punto de partida para la planeación de estrategias de cuidado de enfermería que permitan afrontar sentimientos y temores de pérdidas experimentadas por este ser humano.

## MODELO FÁSICO DEL MORIR

*Nacemos como morimos, solos.*  
Anónimo

Elizabeth Kubler Ross (16) identifica cinco etapas por las que atraviesan la mayoría de los pacientes con enfermedades irreversibles. Dichas etapas se inician con la negación y finalizan con la aceptación de la propia muerte, si la resolución es favorable.

### Negación

El periodo de negación funciona como amortiguador que le permite al paciente movilizar sus defensas y le da tiempo para asumir la realidad. Este mecanismo es habitual en todos los pacientes durante las primeras fases de la enfermedad; el individuo asume que atraviesa por la senda de la “irrealidad”: “no puede sucederme esto a mí”, “esto le sucede a otros, ¿por qué a mí?”

### Ira

La negación es gradualmente sustituida por enojo, ira, agresividad, envidia y resentimiento, producidos generalmente por la pérdida de control de sí mismos y como resultado se tornan hostiles con sus cuidadores.

### Negociación

Consiste en el intento de posponer el dolor o la muerte ofreciendo una buena conducta o cambio. La negociación se caracteriza por efectuar promesas a Dios o con el destino, con un compromiso de cambio si se obtiene la cura, relacionados con una sensación de culpabilidad oculta.

## Depresión

La depresión reactiva puede ser la respuesta del individuo por la acumulación de pérdidas (de autoimagen, metas, sueños, roles). Es una etapa en la que el paciente se prepara para aceptar la pérdida de todas las cosas y personas que ama; aparecen silencios prolongados, creciente debilidad y muestras de no querer seguir luchando, junto con sentimientos dolorosos (miedo, desesperanza, soledad, culpabilidad, tristeza) y se pueden presentar conductas de autodestrucción.

## Aceptación

La persona en trance de morir desea permanecer solo consigo misma, con su familia y seres más allegados; predomina la comunicación no verbal sobre la verbal. La persona contempla la muerte delante de su propia vida como un hecho inevitable y se confronta con el sentido de su historia personal.

*“Integrar la propia muerte significa vivir sabiéndose finito, reconociéndose limitado, significa estar dispuesto a morir cuando nos toque; significa que intentaré al menos vivir cada día como si fuese el último; significa la esperanza de tener mil días más para vivirlos”.* Ioso Cabodevilla

## DIFICULTADES DE AFRONTAMIENTO VS. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Notivol Tejero et ál. (17), en el estudio “Ayudar a morir en UCI: percepción de las necesidades de los profesionales”, realizado con 120 enfermeras y auxiliares de enfermería que laboran en unidad de cuidado intensivo concluyen que los profesionales experimentan demanda de apoyo emocional y preparación de tipo psicoterapéutico para abordar a las personas que van a morir, debido a la

escasa competencia que ellos perciben para brindar apoyo psicológico y moral. El 95% de los participantes consideran que necesitan preparación.

Este papel de apoyo-ayuda parece requerir una preparación que no han recibido estos profesionales. Luz Enith Díaz (18), en su estudio cualitativo-descriptivo con una muestra de 20 profesionales de enfermería y 21 estudiantes de VIII semestre de la carrera de enfermería, afirma que existen necesidades formativas respecto al afrontamiento de la muerte y unificación de criterios en aspectos teóricos y metodológicos comunes en todas las escuelas de enfermería.

Otra cuestión que dificulta el afrontamiento de las necesidades físicas y emocionales del paciente con enfermedad cardiovascular es no hablar con la verdad; Díaz afirma que es importante decirle al paciente lo que puede esperar de la enfermedad, es decir, informarlo y hacer uso de la verdad acerca de la enfermedad, pronóstico y cuidados, con énfasis en habilidades de autocuidado, para permitirle al individuo satisfacer en la medida de lo posible sus propias necesidades, y de esta manera lograr la adaptación al proceso de su enfermedad y la mayor capacidad funcional posible.

## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FRENTE A LAS PÉRDIDAS

*El aprender a morir es la confirmación del aprender a vivir y amar.*

Ioso Cabodevilla

A continuación se presentan algunos diagnósticos de enfermería e intervenciones frente a las pérdidas y frente a la muerte que experimenta la persona con enfermedad cardiovascular.

### Algunos diagnósticos de enfermería planteados:

Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.	Negación ineficaz.
Afrontamiento individual inefectivo.	Alteración de los patrones de sexualidad.
Trastornos de la autoestima.	Aislamiento social.
Dolor crónico.	Alteración del patrón del sueño.
Dificultad para el mantenimiento del hogar.	Incumplimiento del tratamiento.
Trastorno de la imagen corporal.	Riesgo de violencia: autolesiones, lesiones a otros.

Los objetivos de la intervención de enfermería en la persona con enfermedad cardiovascular se dirigen a apoyar al paciente en el proceso de identificación y resolución de la pérdida, ayudar en el proceso de adaptación al cambio, aceptar el rol y alcanzar el máximo de independencia y obtener un buen nivel de calidad de vida.

Para lograr estos objetivos es necesario valorar el tipo de enfermedad e implicaciones para la persona en las áreas laboral, social, intelectual y física; valorar las respuestas emocionales que presentan el paciente y su familia: ansiedad, baja autoestima, ira, odio, impotencia, temor, hostilidad, y valorar los recursos personales y competencias de la persona y su familia para resolver la crisis, como también las limitaciones para afrontar la incapacidad.

Es necesario indagar sobre el sistema de apoyo de que disponen el paciente y la familia y asesorarlos en cuanto a grupos de rehabilitación, como también explicar la importancia de iniciar un programa de actividad física, de acuerdo con la condición clínica del mismo, que pretende restaurar al individuo a un estado funcional óptimo a fin de restituir habilidades psicofísicas perdidas y lograr la mayor capacidad cardiovascular funcional posible.

Asimismo, animar a la persona a retomar sus actividades y vínculos en el menor tiempo posible y de la forma más adecuada y a buscar nuevas actividades que le satisfagan y no sean contraproducentes para la salud.

Para Harris (19), las intervenciones de enfermería en la persona con alteraciones de la autoimagen deben ser: proporcionar apoyo, brindar aliento y ser directriz, escuchar los miedos del paciente, colocar los problemas desde una perspectiva y brindar alternativas que puedan ayudar al paciente a aceptar la imagen cambiada; para lograr esto es muy importante *escuchar atentamente*.

Según Fleury y Moore (20), las dos metas primarias del cuidado centrado en la familia y el soporte durante la fase aguda después de un evento cardíaco son: a) reducción de angustia psicológica experimentada por el paciente y miembros de la familia y b) provisión de guía para que los miembros de la familia puedan apropiarse oportunamente y con soporte efectivo al cuidado del paciente cardíaco durante la hospitalización y el proceso temprano de recuperación, evitando situaciones de sobreprotección. Es decir, informar a la persona y la familia acerca de la enfermedad, pronóstico, cuidados y

situaciones de riesgo, para permitir la reintegración al límite de normalidad de vida.

Por último, el retorno de la actividad sexual depende de la edad, el comportamiento sexual, la salud y actitud del cónyuge y los efectos de los fármacos, previa valoración médica sobre esta posibilidad.

## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE

*Hoy es un buen día para morir,  
pues todas las cosas de mi vida están aquí.*

José J. de Olañeta

La muerte como punto final de la existencia y acontecimiento natural en la experiencia de vida del ser humano es uno de los fenómenos cotidianos a los cuales nos vemos enfrentados los profesionales de enfermería, cuyo abordaje tiene implicaciones emocionales, espirituales y culturales. A continuación presento algunos diagnósticos y estrategias de enfermería que pueden guiarnos en este proceso de dar cuidado a una persona con enfermedad cardiovascular que experimenta sentimientos de muerte o se encuentra en este escalón de la vida:

• Afrontamiento defensivo.	• Duelo disfuncional.
• Trastorno de la comunicación verbal.	• Sufrimiento espiritual.
• Desesperanza.	• Alteración de los procesos familiares.
• Duelo anticipado.	• Alto riesgo de violencia: autolesiones, lesiones a otros.

Las intervenciones del profesional de enfermería deben enfocarse a valorar la situación de la persona, sus sentimientos y las necesidades de comunicación; para ello la enfermera debe conocer los derechos de la persona en fase terminal, como son el trato con respeto y dignidad, ser escuchado, informado, atendido, no ser engañado, participar en la toma de sus propias decisiones, no morir solo, no padecer dolor, ser atendido por personas afables, sensibles, capaces, que intenten comprender sus necesidades y que puedan obtener

cierta satisfacción de ayudar al otro a afrontar la muerte (21).

Otro aspecto importante es facilitar la asistencia espiritual; acompañar con sensibilidad al moribundo supone estar atento a que él cuide de sí mismo y a que procure que sus últimos días de vida estén guiados por su propia espiritualidad.

Facilitarle la libre expresión de sentimientos y que elabore su proceso de duelo. Permitirle expresar sus sentimientos frente al pasado y a la realidad, frente a sus pérdidas sensoriales y frente a la soledad; cada uno se plantea su propia estrategia, porque este es un proceso con el que caminamos y percibimos solos. Para el profesional de enfermería, comprender que con la muerte se cierra el telón de la última escena, nos permitirá entender que somos personajes participes en esta función y nuestra compañía es un acto de cuidado valioso para el otro ser humano.

Al establecer comunicación con el moribundo mediante la vivencia y expresión de los sentimientos, nos aliviarnos y nos liberamos; escribo esto en plural porque es una relación de dos personas; otro punto es jugar con la comunicación no verbal, por ejemplo el silencio, el tacto, la caricia como una manera de compartir el amor o nuestra forma de expresar con el cuerpo nuestro afecto.

Por último, hablar con la familia, acompañarla y permitirle una ambiente de intimidad con su familiar, provee alivio, bienestar y elaboración del duelo. Estar al lado del ser querido en su último respiro, acompañándolo y dándole afecto, se equipara a ese primer contacto, el primer beso o caricia que tiene la madre con su bebé al nacer; la despedida puede ser el mejor momento para desearle lo mejor en su nuevo viaje.

## DEDICATORIA

Dedico este artículo a mi padre a pesar de la distancia; a él por todas las enseñanzas dadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ospina. Citado por Hennezel M. La muerte íntima. Barcelona, España: Plaza & Janés; 1996.
- (2) Jaramillo Gómez NI, Torres de Galvis Y. Aspectos epidemiológicos de la enfermedad cardiovascular: factores de riesgo a la luz de Framingham. *Revista CES Medicina*; 18(2) (jul./ dic. 2004). Disponible en: [http://www.ces.edu.co/Descargas%5CPubl\\_Med\\_Vol18\\_2%5CFramingham.pdf](http://www.ces.edu.co/Descargas%5CPubl_Med_Vol18_2%5CFramingham.pdf)
- (3) Hennezel M. La muerte íntima. Barcelona, España: Plaza & Janés; 1996.
- (4) Velandia M. Investigación sobre vida positiva en pacientes con VIH y sida. Fundación Apoyémonos. Bogotá, Colombia; 1999.
- (5) Hirst M. Promoviendo la autoestima. *Journal of Gerontological Nsg*. 1984; 10(2):72-77.
- (6) Iosu Cabodevilla. Vivir y morir conscientemente. 2ª ed. Ed. Desclée de Brouwer; 1999.
- (7) García A, Mas K. Factores psicosociales que inciden en la rehabilitación del enfermo cardiaco. Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga. Universidad Católica de Cuyo; 1999. Disponible en Internet: <http://www.portalesmedicos.com/portalcordio/cardio/foroabierto/factorespsico/index.htm>
- (8) Smith S y cols. Afrontando el duelo y la pérdida. *Nursing* 98. Agosto-septiembre 1998; 16(7):21-22.
- (9) Rankin RH. Ajustes psicosociales en pacientes con enfermedad arterial coronaria y sus esposas (os): implicaciones en enfermería. *Nursing Clinics of North América*. Marzo 1992; 27(1).
- (10) Góngora J. Citado por García A y Mas K, óp cit.
- (11) Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
- (12) Novel G, Lluch MT, Miguel D. Enfermería psico-social II. Barcelona: Salvat; 1991.
- (13) Escobar Triana J. Dimensiones ontológicas del cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la medicina. Santafé de Bogotá: El Bosque; 1997, p. 151.
- (14) Sartre JP. El ser y la nada. Citado por Escobar J en: Dimensiones ontológicas del cuerpo. Santafé de Bogotá: El Bosque; 1997, p. 153.
- (15) Newman M, Sime M, Corcoran Sh. The focus of the discipline of nursing. En: *Advances in Nursing Science*. Traducido por Durán MM; 1991.
- (16) Kübler-Ross E. La muerte un amanecer. Barcelona: Luciérnaga; 1989.
- (17) Notivol Tejero MP, Santos Laraña MA, Gabari Gambarte ML, Pollán Rufo M. Ayudar a morir en UCI: percepción de las necesidades de los profesionales. En: *Enfermería Clínica*. 1993; 3(2):43-47.
- (18) Díaz LE, Méndez M, Mora Y. Muerte como trasfondo de la vida: desde una perspectiva de enfermería. Trabajo de grado para optar al título de Enfermera. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 1996.

(19) Harris M. Ayudando a personas con autoimagen alterada. *Geriatric Nursing*. Marzo-abril 1986, pp. 90-92.

(20) Fleury J, Moore ShM. Family – Centered Care after Acute Myocardial Infarction. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 1999; 13(3):73.

(21) Dugas. Citado por Andreas L. Mantener el bienestar del paciente moribundo. *Nursing* 98. Junio-julio 1998; 16(6):50.