

Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional

RESUMEN

Objetivo: comprender el significado que las enfermeras le dan al cuidado del paciente *ad portas* de la muerte. **Método:** se realizaron entrevistas a 23 enfermeras que han cuidado a pacientes *ad portas* de la muerte y se realizó observación participante en un hospital de tercer nivel de Medellín, Colombia. Los datos se analizaron por proceso inductivo para obtener categorías y sub categorías. **Resultados:** el cuidado del paciente que está *ad portas* de la muerte significa una confrontación interna, pues ellas tienen la concepción que mostrar sentimientos por la muerte no es profesional, pero al no hacerlo sienten que ejercen una práctica profesional poco humanizada. **Discusión:** cuando un paciente va a morir, las enfermeras evalúan qué tan profesional es mostrar sentimientos y que tan deshumanizado es no hacerlo. **Conclusión:** cuidar a un paciente *ad portas* de morir significa ejercer una profesión humanística que deben aceptar.

PALABRAS CLAVE

Atención de enfermería; muerte; estrés psicológico; relaciones interpersonales; actitud frente a la muerte, humanización de la atención; antropología cultural (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.3.5

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Lopera-Betancur MA. Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional. *Aquichan*. 2017; 17(3): 284-291. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.3.5

¹ orcid.org/0000-0002-7006-8698. Universidad de Antioquia, Colombia. martha.lopera@udea.edu.co

Recibido: 10 de octubre de 2015
Enviado a pares: 29 de octubre de 2015
Aceptado por pares: 13 de octubre de 2016
Aprobado: 21 de octubre de 2016

Dying Patient Care: The Conflict between Showing Feelings and Professional Performance

ABSTRACT

Objective: The objective of the study was to understand the meaning nurses afford to the care of patients who are on the verge of death. **Method:** Interviews were carried out with 23 nurses who have cared for dying patients, and participant observation was done at a third level hospital in the city of Medellín (Colombia). The data were analyzed through an inductive process to establish categories and subcategories. **Results:** Caring for a patient who is on the brink of death implies an internal conflict, since nurses believe that showing their feelings in the face of death is unprofessional. However, when they fail to do so, they sense their professional practice is less humane. **Discussion:** When a patient is about to die, nurses evaluate how professional it is to show their feelings and how inhumane it is not to do so. **Conclusion:** Caring for a dying patient calls for exercising the humanistic aspects of the profession that must be accepted.

KEYWORDS

Nursing care; death; psychological stress; interpersonal relations; attitude towards death; humanization of care; cultural anthropology (Source: DeCS, BIREME).

Cuidado do paciente terminal: um confronto entre demonstrar sentimentos e desempenhar-se como profissional

RESUMO

Objetivo: compreender o significado que as enfermeiras dão ao cuidado do paciente na fase terminal. **Método:** foram realizadas entrevistas com 23 enfermeiras que cuidaram de pacientes em fase terminal e foi realizada observação participante num hospital de nível terciário em Medellín (Colômbia). Os dados foram analisados por processo indutivo para obter categorias e subcategorias. **Resultados:** o cuidado do paciente em fase terminal significa um confronto interno, pois elas acreditam que mostrar sentimentos pela morte não é profissional, mas ao não fazer isso sentem que exercem uma prática profissional pouco humanizada. **Discussão:** quando um paciente está prestes a morrer, as enfermeiras avaliam que tão profissional é mostrar sentimentos e que tão desumanizado é não fazer isso. **Conclusões:** cuidar de um paciente em fase terminal significa exercer uma profissão humanizada que os enfermeiros devem aceitar.

PALAVRAS-CHAVE

Antropologia cultural; atenção de enfermagem; atitude diante da morte; estresse psicológico; humanização do atendimento; relações interpessoais (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

El cuidado humano no solo implica ayudar al paciente a superar una enfermedad, sino también ayudarlo a afrontar las situaciones que no tienen remedio, como la muerte, y buscar significados en ellas. Como expresa Woldow, “enfermería es una profesión que tiene el privilegio de estar junto al paciente en estas situaciones ofreciendo confort” (1). Pero este acompañamiento no siempre es efectivo, lo cual es un problema, pues deja a los pacientes y familiares sin la presencia de una enfermera² que cuide y acompañe. Una razón puede ser el impacto emocional que la muerte produce en los profesionales de enfermería (2); de manera que es mejor escucharlas para comprender qué motiva este comportamiento de ausencia en lugar de hacer juicios. Ante esto surge la pregunta: ¿cuál es el significado que las enfermeras le dan al cuidado del paciente en proceso de fallecer? El objetivo de este artículo es comprender el significado que las enfermeras le dan al cuidado del paciente en proceso de fallecer.

Por otro lado, las profesionales se educan en una disciplina cuya esencia es el cuidado, así para Waldow, “el cuidado, tiene relevancia fundamental como una acción que hace la diferencia al lidiar con el dolor, la ansiedad, la angustia, el sentimiento de pérdida, el temor de lo desconocido y tantos otros sentimientos que acometen al sujeto cuidado” (1).

Este trabajo reviste importancia, pues al comprender el significado que tiene para las enfermeras el cuidado del paciente en proceso de morir, se puede hacer un programa educativo tanto en las universidades como en las instituciones, que resalte el carácter humanístico de las enfermeras y les permita ventilar sus emociones ante su diario vivir.

Materiales y métodos

Para este estudio se utilizó la etnografía particularista, por el contenido cultural que rodea la muerte y el cuidado del moribundo.

Para la elección de los participantes se tuvo en cuenta que fueran enfermeras que hubieran cuidado por lo menos una vez a un paciente en proceso de morir. Participaron 23 profesionales de diferentes edades, 19 mujeres y 4 hombres, 8 contaban con posgrados en diferentes áreas.

2 La palabra “enfermera” se utiliza por facilidad de lenguaje y se refiere al hombre o la mujer que ejerce la enfermería de manera profesional.

La información se recolectó mediante entrevistas con preguntas que dependían del desarrollo de las mismas, se les permitió a los participantes hablar libremente de sus puntos de vista. Se realizó una por participante, los datos se recolectaron hasta lograr la saturación de categorías (3).

También se realizaron cien horas de observación participante, en una institución hospitalaria de tercer nivel de la ciudad de Medellín (Colombia), en diferentes áreas y a distintas horas. Se llevó un diario de campo donde se registraron las notas necesarias para continuar con la búsqueda de información y el análisis. La información se recolectó entre 2014 y 2015.

Los resultados surgen de manera inductiva en un proceso de análisis, en el cual se seleccionaron códigos que se cortaron y agruparon en categorías de manera manual y paralelo a la obtención de los datos.

A fin de garantizar el rigor se tomó en cuenta el criterio de credibilidad, para ello se presentaron los resultados a algunos participantes, enfermeras asistentes y pares académicos; para velar por la auditabilidad y la transferibilidad se detalló la ruta metodológica (4).

Durante la investigación se cuidaron aspectos éticos y las disposiciones consignadas en la Resolución 8430 de 1993 para investigaciones de bajo riesgo (5), como el respeto por los participantes y por los datos del estudio. Los datos se analizaron de manera global y se usaron seudónimos para proteger la privacidad y confidencialidad de las personas. Los datos son exclusivos para este proyecto y se guardarán por dos años después de publicados. Se tuvo consentimiento informado antes de la entrevista y las observaciones. Esta investigación recibió aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, con acta N0_CEI-FE 2012-3, y del Comité de Investigaciones de la institución donde se realizaron las observaciones.

Resultados

Se encontró que las enfermeras sienten cercanía con quien está próximo a morir, de tal manera que aumentan su cuidado directo y su compañía a medida que se acerca la muerte: “constantemente estoy pendiente, [...] cuando veo que es inminente el proceso de fallecimiento me paro allá” (Julieta).

El ámbito profesional. En este entorno impera la razón, las enfermeras no quieren dar paso a las emociones. Sin embargo, ante la imposibilidad de su pretensión, ellas tratan de ocultarlas, lo que significa aguantar.

Las enfermeras tratan de no mostrar sus sentimientos como un acto de solidaridad, pues creen que si demuestran aflicción, los familiares van a sentir más dolor: “pero la verdad yo hasta ese día concebía que nosotros no deberíamos llorar delante de un familiar, porque era precisamente incrementar ese dolor, tú deberías ser la parte fuerte del asunto” (Celestina).

Por otro lado, estar en el mundo de la racionalidad les permite tener la cabeza fría para tomar decisiones en favor del paciente, de esta manera intentan mostrarse fuertes y confiables, así lo expresa la participante: “uno tiene que aprender a ser fuerte y a dar esa fortaleza” (Pocahontas).

Otra intención es evitar que las critiquen y juzguen como malas profesionales: “alguien una vez me criticó porque sentí tristeza por la muerte de un paciente, me dijo que éramos enfermeras y no familiares” (Pocahontas). Además, las enfermeras pueden enfrentar burlas, según dice la participante: “se lo gozan a uno, pero bueno, a mí no me importa” (Julieta).

También, las enfermeras tienen algunas estrategias para no mostrar sus sentimientos, tales como: aplazar la exteriorización de los sentimientos, como indica esta participante: “me mordí los dientes, por no llorar, cuando me senté lloré” (Maya), y mantener una relación lejana con los pacientes y sus familiares para evitar apegos, como muestra este relato: “cuando vi a las auxiliares que lloraban con la muerte de un paciente dije no, esta conmigo no pasa, por eso yo con la familia no tenía relación” (Escarlett).

A pesar de los intentos por permanecer en un ambiente profesional, las emociones se comunican con un lenguaje no verbal, sin lágrimas y sin palabras: “paran de hacer las labores, cuando entra la familiar todos la miran con expresión de tristeza” (Observación).

El ámbito humano. En este entorno, las enfermeras demuestran sus emociones ante la muerte de los pacientes, contrario a lo que pasa en el mundo profesional, en el cual, si bien comunican sus emociones, no tienen la intención de hacerlo.

Llorar es una de las formas para exteriorizar emociones, de esta manera las lágrimas se convierten en un signo humano que

no las avergüenza, por esto no se aplaza: “me he quedado ahí porque veo que ya es inminente la hora del fallecimiento, y lloro, no voy y me escondo” (Julieta).

También exteriorizan sus emociones al hablar con otros miembros del equipo de salud: “es un tema común en mi equipo de trabajo, simplemente nosotros lo hacemos, es inevitable porque es lo que vivimos todo el tiempo” (Pocahontas).

Las emociones de las enfermeras aparecen por diferentes motivos, uno es perder la lucha contra la muerte cuando los profesionales tenían esperanza en su recuperación: “se lucha para que el paciente salga, cuando no se puede es muy duro” (Maya). Otro motivo de emociones es la pérdida del paciente como persona: “es el saber que ya no estará” (Pocahontas), y la expresión de dolor emocional de los familiares, sea llorando: “me acuerdo mucho de una paciente que murió y el muchacho se daba contra la pared, y se daba duro, duro, y a mí como que se me venían las lágrimas” (Emma), o queriendo mostrar fortaleza: “sentimientos por ver el sufrimiento de la familia como me tocó a mí ver una mamá una noche entera parada al lado de la niña, [...], eso duele mucho verlo” (Escarlett).

Pero, más allá de esta expresión de sentimientos, está la sensación de percibirlos, los participantes se expresan en sentido figurado, como si pudieran verlos y palparlos: “el dolor [emocional] se ve” (Pocahontas), sea en las expresiones de las personas o en los cambios en el ambiente, como un profundo silencio que aparece donde muere alguien: “se siente pena, es que hay como un espacio de silencio y vacío” (Maya), o una especie de oscuridad figurada: “ensombrecido, como esa oscuridad” (Mafalda).

Las emociones que se encontraron son:

Angustia: por las múltiples necesidades de cuidado de los pacientes y su larga agonía: “hay un tipo de paciente que me generan mucha angustia y son los pacientes, [...] que tienen una agonía muy larga” (Ana Karenina), lo mismo sucede con la situación contraria, cuando la muerte no se esperaba. También, ante el paciente con heridas o lesiones grandes y que ellas consideran que llevarán a que sus familiares sufran más: “sobre todo para la familia ver a su paciente a veces que son tan desfigurados y destrozados que me angustian” (Ana Karenina). Además, sienten angustia por el paciente que muere en soledad: “a mí me genera mucha angustia el paciente que se nos muere solito” (Julieta).

Rabia: cuando sienten que el paciente no es tratado como una persona digna de cuidados: “es que me da tanta rabia, a estos pacientes nadie les presta atención, son los últimos por la ronda, son los últimos en quien piensan” (Sherazada).

Tristeza: nace cuando las enfermeras toman la muerte del paciente como un asunto personal, o cuando el paciente muere a pesar de los pronósticos: “en un caso hubo mucha tristeza porque era un paciente que no pensamos que iba a fallecer” (Escarlett).

Sufrimiento: está relacionado con el dolor y los síntomas físicos que producen sufrimiento en los pacientes y sus familiares, como se lee en este relato: “se ve el dolor y uno empieza a sufrir con ellos” (Ana Karenina).

Tranquilidad: esta llega cuando las enfermeras sienten que cumplieron con su función de cuidado: “en algunos casos tranquilidad, el regocijo de saber que fallecía pero que había sido bien cuidado y que de todas maneras no había nada para hacer” (Escarlett).

Culpa: en ocasiones las enfermeras sienten una culpa ligada con la responsabilidad ante el cuidado de la vida, como en este testimonio: “entonces hago una retrospectiva, ¿qué hice?, ¿qué no hice?, ¿será que no avisé al médico rápido, será que no le corrimos?” (Joel).

La lucha entre los mundos

La exteriorización de emociones ante la muerte de sus pacientes significa para las enfermeras una lucha entre el ámbito humano, donde sienten la libertad para hacerlo, y el profesional, donde no deben mostrarlos. La lucha tiene implícito un conflicto de concepciones de lo que significa cada ámbito.

Las enfermeras deben luchar contra unas concepciones de la cultura profesional que dictan que las emociones pertenecen al ámbito humano; también, que la experiencia profesional da herramientas para acostumbrarse a la muerte, hasta el punto de insensibilizarse; contrario a esto, se encontró que la muerte de los pacientes causa emociones independientemente del número de muertes que se hubieran presenciado: “lo que siempre le pregunta a uno todo el mundo, ustedes ya, me imagino que usted ha visto morir a tanta gente que ya se volvió insensible, ya no le importa, y no; uno siempre siente dolor en ese momento” (Dulcinea). Ante esta concepción cultural las enfermeras sienten temor de mostrarse inmaduras e inexpertas.

Pero si las enfermeras muestran una faceta profesional se sienten malas personas y deben cargar con la imagen de un ser duro y frío, como lo muestra este testimonio: “yo trataba de hablar con los pacientes, para no ser más mala persona de lo que ya era porque no me acercaba a la familia, ni me ponía a llorar con ellos” (Escarlett).

Otra concepción muestra una enfermera amable, que expresa ternura y comprensión, de la cual la sociedad espera apoyo verbal o algún tipo de contacto físico, como lo manifiesta este participante: “cuando el paciente está muriendo, la familia ni siquiera se remite al médico, sino que buscan al enfermero como apoyo y esperando que él le dé esa palmada en la espalda” (Joel).

En esta lucha las enfermeras siempre salen sintiéndose perdedoras, puesto que si muestran sus emociones y se ubican en el ámbito humano se sienten malas profesionales, pero si no lo hacen se sienten malas personas: “claro, y he notado que uno no se atreve a expresarlo, uno no lo habla y por eso pasa como insensible o inhumano con las familias, porque uno cree que eso no se debe, que no es profesional y la familia cree que a uno no le importa y a uno sí le importa” (Aureliano).

Conciliación de la lucha

Ante la lucha entre el mundo profesional y el humano, las enfermeras deben intentar una conciliación que busca que ellas puedan encontrar un equilibrio y vivir entre ambos mundos, es decir, sostener al paciente y sus familiares sin dureza: “uno trata de ser fuerte frente a las familias, pero a veces se quebranta esa ‘dureza’, pienso que es importante no perder la sensibilidad” (Manuela).

Para efectos de la conciliación emergieron varias estrategias, como llorar por turnos para no dejar solos a los pacientes y familiares sin mostrar emociones: “nos pasábamos un rato, la auxiliar asistía a la familia yo iba y lloraba y cambiamos y ella iba y lloraba al cafetín” (Celestina).

Otra forma de resolver esta lucha es la convicción de que la enfermería permite tener sensibilidad por lo que le pasa a las personas, por esto, ellas se niegan a dejar de sentir: “yo tengo un lema personal que el día que yo deje de sentir dolor por las personas y no haga ese acompañamiento, dejo de ser enfermera, hasta ese día llego” (Ana Karenina). Además, las enfermeras

comprenden que estar en el ámbito humano no desdice del profesional, por el contrario, hace que el paciente y sus familiares se sientan mejor: “yo creo que eso es lo que debería hacer una enfermera, quitarse ese paño de títulos y cosas y ser una persona que acompaña” (Mafalda).

Discusión

Las enfermeras comprenden que el proceso de cuidar ocurre independientemente de la curación (1); no obstante, la muerte de los pacientes las lleva a tener diferentes emociones, lo cual concuerda con García y Rivas, quienes encontraron que la muerte de los pacientes es una “tragedia que impacta y afecta emocionalmente a la enfermera” (6).

En este estudio se encontró que las enfermeras buscan habitar en un mundo profesional donde deben mostrarse fuertes para sostener a los pacientes y familiares en su momento de vulnerabilidad. Frente a esto, Morse (7) opina que mostrarse fuerte de manera consciente o no es un signo de sufrimiento, y es una forma de tener la cabeza fría para hacer lo que hay que hacer, y sostener a los pacientes y sus familiares; así, entonces, se muestra que las enfermeras sufren en los dos ámbitos, el profesional y el humano, lo cual coincide con los hallazgos de Schaefer y Vieira (8) en materia de sufrimiento moral de las enfermeras. Pero evitar este contacto humano es negar el carácter humano de la enfermería. Así las cosas, las enfermeras son las cuidadoras de los que padecen, entienden su pesadumbre, ofrecen su hombro y alivian el sufrimiento, pero según Gómez *et al.* (9), esto las pueden llevar a mostrar diferentes estados emocionales como tristeza, angustia, ansiedad e impotencia.

No obstante, las enfermeras participantes consideran que no es profesional mostrar emociones, como lo afirman Celma y Strasser: “el saber científico anula el saber sociocultural” (10). Para ocultarlas, las enfermeras tienen diferentes estrategias como mantener una relación lejana con los pacientes y sus familiares, y así llegan a una cierta despersonalización, tal como lo describen Ramos *et al.* (11).

Adicionalmente, Gómez (12) encontró que en Colombia las personas aprenden desde la niñez la autorrestricción en la expresión afectiva, especialmente en lo que se refiere a la muerte.

Por otra parte, existe una lucha interna entre su visión de ser profesional, que no admite dejarse conmovir, y el no poder

evitarlo; Jhonson y Gray encontraron la misma lucha (13), sustentada en parte en una racionalización técnica, que relega la subjetividad (10), contrario al deber profesional de interacción (14) y comunicación que, según Achury (15), facilita el “cuidado holístico y humanizado al paciente y sus familiares”, y permite tomar decisiones acerca de lo que es bueno para el paciente (16).

La respuesta parece ser conocerse a sí mismo, y trabajar en la mejor forma de abordar las emociones sin endurecerse, al mismo tiempo, pensar en la enfermería como una ciencia humanística que no admite el abandono del paciente y sus familiares.

Conclusiones

Cuidar a un paciente en proceso de fallecer significa para las enfermeras ejercer su profesión entre dos ámbitos: uno profesional que es objetivo e insensible, y otro humano que se permite mostrar emociones. Ambas caras de la enfermería llevan a una lucha de la cual sale perdedora obligándola a llevar una conciliación en la cual aprenden el lado humano de la enfermería que les permite ser un soporte, pero también sentir.

Es preciso fortalecer la capacidad comunicativa de las enfermeras, a fin de que puedan escuchar los temores y las angustias de los pacientes y familiares, a la vez que puedan expresar los suyos ante sus pares, con el fin de evitar el temor al juicio y la crítica, o ausentarse y dejar solo el paciente y sus familiares.

Recomendaciones

Es necesario que la formación de las enfermeras rescate cada componente de la disciplina que les permita ser un soporte para los pacientes y sus familiares, a la vez que se comprometan con su cuidado de manera más sensible, así no quedarán culpas o temores.

Asimismo, es necesario crear programas en las instituciones de salud en los cuales las enfermeras periódicamente puedan ventilar sus emociones ante la muerte.

Sería importante diseñar investigaciones que exploren el concepto de apego y sufrimiento de las enfermeras.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Referencias

1. Waldow V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm.* 2014 [visitado 2015 sep 23];23(4):234-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es.
2. Edo M, Monforte C, Tomás J. Afrontar el sufrimiento y la muerte: desafíos para el cuidado en el siglo XXI. *Enferm Clin.* 2015 [visitado 2016 oct 20];25(1):42-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.10.002>
3. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002.
4. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med* 2003 [visitado 2014 ago 20];34(3). Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3460/1/rc03025.pdf>
5. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de octubre 4 de 1993. Bogotá; 1993. [visitado 2014 ago 20]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>
6. García V, Rivas E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Cienc enferm.* 2013 [visitado 2014 sep 04];19(2):111-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532013000200011&lng=es.
7. Morse J. Toward a praxis theory of suffering. *A.N.S.* 2001;24(1):47-59.
8. Schaefer R, Vieira M. Ethical competence as a coping resource for moral distress in nursing. *Text & Context Nursing.* 2015 [visitado 2015 oct 29];24(2):563-73. Disponible en: http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2241/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200563&lng=en
9. Gómez D, Maldonado V, Reyes B, Muciño A. Nurses' voice when perceiving the pain of child burn patients. *Text & Context Nursing.* 2014 [visitado 2015 oct 29];23(2):233-40. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003710012>
10. Celma A, Strasser G. Dying process and nursing: a relational approach. Theoretical reflections on assistance dealing with death. *Physis.* 2015 [visitado 2015 oct 29];25(2):485-500. Disponible en: http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2241/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200485&lng=es
11. Ramos F, Barth P, Masiel A, Santos A, da Silva J. Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2016 [visitado 2017 junio 7];21(2). Disponible en: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45247/28569>. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45247>
12. Gómez R. Sí, me he sentido triste, pero no se lo puedo decir: la reflexividad etnográfica en la investigación sobre emociones de la muerte con niños y niñas de Sumapaz en contexto de (pos) conflicto. *Antipoda.* 2013 [visitado 2015 oct 29];(16):135-56 doi: <http://dx.doi.org/10.7440/antipoda16.2013.07>
13. Johnson S, Gray P. Understanding nurses' experiences of providing end-of-life care in the us hospital setting. *Holist Nurs Pract.* 2013 [visitado 2015 oct 27];27(6):318-28. Disponible en: http://journals.lww.com/hnpjournal/Fulltext/2013/11000/Understanding_Nurses__Experiences_of_Providing.3.aspx?cid=MR-eJP-HotTopics-NursingA-Nursing-HNP-NoPromo
14. Colombia. Ley 911 de octubre 5 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2004.
15. Achury D. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enferm univ.* 2016 [visitado 2017 jun 13]; 13(1):55-60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-comunicacion-con-familia-del-S1665706315000925>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>.
16. Siles J. La utilidad práctica de la epistemología en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera. *Index Enferm* 2016;25(1-2):86-92.