



Experiencia vivida de enfermeras al cuidado de su familiar en proceso de cronicidad y muerte

Nurse-Lived Experience while taking care of a relative in a chronic and death process

Autores: Ramiro Altamira-Camacho*  (1,2); Estefany Cavazos-Rodríguez  (1,3); Monserrat Guadalupe Gallegos-Hernández  (1,4); Bianka Nayeli Damián-García  (1,4).

* **Dirección de contacto:** ramiro.altamira@edu.uaa.mx

Enfermero. Grupo Nodal Transdisciplinario de Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología (G-NTISCyT Lab). Hospital General de Pabellon de Arteaga (Aguascalientes, México).

Resumen

Introducción: El fenómeno de la muerte resulta importante para las enfermeras identifiquen fortalezas y oportunidades para el cuidado como práctica esencial en la disciplina. **Objetivo:** Interpretar la experiencia vivida de enfermeras al cuidado de su familiar en proceso de cronicidad y muerte. **Método:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico hermenéutico. Criterios de estudio: profesionales de enfermería con cualquier grado académico, ambos sexos, que hayan cuidado a familiar en casa u hospital por 6 meses o más. Se realizó la entrevista fenomenológica en el lugar seleccionado por participante evitando la intrusión a sus modos de ser. La selección se desarrolló en cadena de referencia y alcanzó la saturación de la información teórica. Cumplió criterios de Ley General de Salud en materia de investigación. Análisis a través del círculo hermenéutico heideggeriano. **Resultados:** Se exploró vivencias de 6 enfermeras, edades entre 42 y 55 años. Todas profesan religión católica, y en común las siguientes unidades de significado; Ontológicamente: angustia en la impropiedad de la clínica, delegación del compromiso, sentimientos autosuficientes sin reciprocidad, responsabilidad auto asignada. Ónticamente: angustia proyectada y cansancio por la enfermedad. **Discusión:** Se destaca la muerte como etapa vital, fase que es inevitable. Vivir el proceso de morir es un fenómeno complejo, debe ser abordado bajo esquemas contemporáneos propiamente disciplinares. **Conclusión:** Ser que cuida de su familiar en este proceso crea lazo afectivo, involucrándose inconscientemente. Se coincide el alivio para evitar el sufrimiento es la muerte del familiar, y generando satisfacción de hacer menos su agonía.

Palabras clave

Cuidado de enfermería, Enfermedades Crónicas, Muerte, Fenomenología en enfermería, Filosofía en Enfermería.

Abstract

Introduction: The phenomenon of death is important for nurses to identify strengths and opportunities for care as an essential practice in the discipline. **Objective:** To interpret the lived experience of nurses caring for their relative in the process of chronicity and death. **Method:** Qualitative study with a hermeneutical phenomenological approach. Study criteria: nursing professionals with any academic degree, both genders, who have cared for a family member at home or in a hospital for 6 months or more. Phenomenological interview in the place selected by the participant, avoiding intrusion into their ways of being. The selection was developed in a reference chain and reached the saturation of the theoretical information. It met the criteria of the General Health Law regarding research. Analysis through the Heideggerian hermeneutic circle. **Results:** The experiences of 6 nurses, ages between 42 and 55 years, were explored. They all profess the Catholic religion, and in common the following units of meaning; Ontologically: anguish in the impropriety of the clinic, delegation of commitment, self-sufficient feelings without reciprocity, self-assigned responsibility. Ontic mind: projected anguish and fatigue due to illness. **Discussion:** Death is highlighted as a vital stage, a phase that is inevitable. Living the process of dying is a complex phenomenon, it must be approached under properly disciplinary contemporary schemes. **Conclusion:** Being that you take care of your relative in this process creates an affective bond, getting involved unconsciously. The relief to avoid suffering is the death of the family member and generating satisfaction of making their agony less.

Keywords

Nursing care, Chronic Diseases, Death, Nursing Phenomenology, Philosophy Nursing.

INTRODUCCIÓN

Lidiar con la muerte siempre resulta un proceso complejo de aceptar. En las situaciones que las enfermeras viven en lo cotidiano de su práctica esta complejidad no es la excepción (1). Se sabe que el la experiencia de cuidado de la vivencia de salud humana es el foco disciplinar de enfermería, es decir, el foco de interés en la práctica profesional de enfermería (2). Esta condición de cuidado esencial en la enfermería y eminentemente humana se ve influenciada por la experiencia que cada cuidador experimenta en el día a día, llegando a expresarse en algunos casos angustia al cuidar de una persona durante el proceso de morir (1-3).

El fenómeno de la muerte, también, resulta importante para que las enfermeras reconozcan fortalezas y oportunidades para mirar el cuidado como una práctica esencial en la disciplina. Se identifica que, aunque las enfermeras se han vuelto cada vez más involucradas en la provisión de un cuidado comprensivo preponderantemente espiritual, todavía tienen un largo camino a seguir en la preparación para hacer frente a sus propias frustraciones e impotencia ante la lucha diaria con problemas personales negativos relacionados con la muerte y el morir (4).

A propósito de cómo las enfermeras afrontan y transforman el cuidado a partir de la experiencia vivida ante pacientes moribundos, se ha llegado a referir en estudios cualitativos, que la enfermera pasa de una preocupación por el paciente y un cuidado al paciente a una preocupación por sí mismas y un cuidado de sí mismas. Posterior a ello el interés por cuidar se modifica. Las enfermeras han llegado a expresar que suelen sentir malestar o sufrimiento emocional porque no saben cómo cuidar a quienes están en proceso de morir (4).

También se ha documentado lo que estudiantes de enfermería perciben al cuidar de personas que viven determinados procesos de cronicidad, así como de muerte. Esta situación ha sido explorada en el escenario de un centro de cuidados paliativos (5). El estudio manifiesta que el personal de enfermería presenta debilidades para comunicar y manejar de manera efectiva la variedad de síntomas experimentados por el paciente moribundo, así como la necesidad de vincularlos a la experiencia de enfermeras más experimentadas. Tiene sentido cuando las enfermeras, luego de vivir el proceso de morir al cuidado, han transformado su propia forma de realizar tal práctica (4,5).

El miedo es una categoría constante durante el cuidado ante la muerte (3-5). Sin embargo, en todos los casos resulta que el aprendizaje experiencial parece indispensable, así como la práctica de cuidado en lo cotidiano de la muerte para familiarizarse con ese sentimiento.

Para las enfermeras, curar y cuidar son una dicotomía manifiesta durante la vivencia de la muerte de otro, pues se pasa del querer curar al cuidado, en el sentido que se busca la comodidad del paciente (6). Incesantemente las enfermeras refieren la presencia de angustia durante el cuidado al final de la vida (4-7). La angustia es vinculada frecuentemente con la existencia y es comprendida, también, como

sufrimiento espiritual; una categoría o etiqueta diagnóstica propia de la disciplina (8).

Con lo anterior, los autores podemos decir que hay una tendencia creciente a abordar el fenómeno de la muerte y sus implicaciones con el cuidado de enfermería. Existe suficiente evidencia científica para sostener la necesidad de justificar el cuidado de enfermería en el escenario concerniente al proceso de morir; se encuentran estudios que incluyen en su objetivo el estado de experiencias, asociaciones e interacciones de cuidado de las enfermeras respecto a personas con cierto diagnóstico o en proceso de morir (4-7). Sin embargo, estos pacientes cuidados tienen poca o nula relación parental con la enfermera que les cuida, por lo que el presente estudio tiene la finalidad de explorar la vivencia de enfermeras al cuidado de un familiar que se encuentra en el proceso de cronicidad y muerte, ya que comprender dicha experiencia desde la perspectiva de las enfermeras es poco indagada.

El interés por explorar la vivencia de las enfermeras cuando cuidan de un familiar ante la muerte surge a partir de la convicción de los autores por elaborar una asociación de la enfermería, el cuidado y el existencialismo. Los autores sostenemos el presupuesto de que un cuidado vinculado a la existencia del cuidador potencia la humanización del cuidado.

Por otro lado, existe evidencia que comprender la experiencia que viven los cuidadores informales, cuando es un familiar quien está muriendo (9). La religiosidad y el satisfacer necesidades espirituales es elemental en los familiares que han cuidado a enfermos al final de la vida (10,11). La muerte es una constante presente e inherente a la existencia humana, y enfermería en tanto que es considerada una profesión humana, vivencia la experiencia de la muerte, la presencia del sufrimiento y del dolor de los familiares ante la muerte de su ser querido, considerándose una experiencia inolvidable (11,12).

El filósofo Martin Heidegger nos aproxima al reconocimiento del cuidado ante la muerte (13). Es gracias a sus aportes respecto a la esencia del *ser* y la autenticidad de este, que logramos comprender que el sentido del ser y cuidado son eso que se da cuando vemos al *Dasein* como *ser-en-el-mundo*, es decir como una forma cotidiana de *co-estar* y de *ser-en-sí-mismo* (14).

La vida humana es existencia y el cuidar de otro tiene implicaciones existenciales. Cuando el enfermo a quien se cuida es un familiar, los existenciaros y el *Sorge* se hacen patentes. Aparecen a la luz de la investigación fenomenológica. El ser auténtico y por tanto el cuidado auténtico El cuidado durante el proceso de morir posibilita en la enfermera, en tanto que *Dasein*, la pregunta que interroga por el sentido del ser (14). Es decir, por el sentido de su *ser-en-el-mundo*. Esto permite una comprensión del camino hacia la humanización del cuidado (15), pues Heidegger, a partir de la exploración fenomenológica nos orienta a identificar la autenticidad del ser a partir del *irse para* la muerte (13-16). Por lo anterior, el objetivo de esta investigación es interpretar la experiencia vivida de enfermeras al cuidado de un familiar en proceso de cronicidad y muerte.

MÉTODO

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico-hermenéutico (17-20). Se realizó una aproximación al escenario durante el mes de junio de 2024, esta fue un acercamiento informal, entre el investigador y las participantes para promover la interacción natural y no intrusiva. El escenario ideal para la investigación fue aquel, sugerido por las enfermeras en su contexto para ser comprendido e interpretado tal como se manifestó en las participantes. Las entrevistas se desarrollaron en los hospitales y los hogares de las enfermeras, según su conveniencia.

La selección de las enfermeras informantes se realizó a partir de los criterios de estudio que consistieron en los siguientes criterios de inclusión: ser enfermeras con estudios de cualquier grado académico, que hayan cuidado a un familiar más de seis meses con alguna enfermedad crónica, o con cuidados paliativos final de la vida y que hubieran fallecido. Como criterios de no selección: aquellas enfermeras que no hayan firmado la autorización y consentimiento informado. Y finalmente, como criterios de eliminación: Enfermeras que hayan deseado participar y aceptado con consentimiento informado y que por razones personales requieran dejar el estudio y que soliciten no formar parte del proceso durante la entrevista fenomenológica. No hubo personas eliminadas en este estudio

Se realizó a cada participante una entrevista fenomenológica, como lo sugiere De la Cruz-Alvarado, al mencionar que las características de la entrevista fenomenológica difieren en lo particular, de las entrevistas en profundidad (19). En la entrevista fenomenológica se busca que los entrevistados narren su experiencia como fue vivida. La entrevista fenomenológica se caracteriza primordialmente por tener una pregunta fenomenológica, a expensas de la epojé y se plantan preguntas emergentes conocidas como preguntas direccionadoras, para evitar los sesgos de percepción por parte del investigador o silencios por parte de los informantes esta experiencia, una vez narrada es audiograbada para dar fidelidad y posterior confirmabilidad a los discursos narrados con el consentimiento informado (21).

La reflexividad en este estudio fue un elemento clave para garantizar la rigurosidad en la interpretación de los datos. Como investigadores, nos posicionamos desde una perspectiva fenomenológica, reconociendo que nuestra propia experiencia y conocimientos en enfermería pueden influir en la forma en que comprendemos las narrativas de las participantes. Para mitigar posibles vacíos y silencios (sesgos), se implementaron estrategias como la triangulación entre investigadores y el retorno de los hallazgos a las participantes para validación. Además, se promovió una constante autointerrogación sobre la influencia de nuestras preconcepciones en el análisis, asegurando una mayor fidelidad a la experiencia vivida de las enfermeras. Para garantizar la confidencialidad de las participantes se omitieron sus nombres asignándose seudónimos. Con forme las entrevistas se transcribieron palabra por palabra.

La recolección y análisis se llevó a cabo en forma simultánea a la transcripción, a partir de un análisis

fenomenológico hermenéutico (20,23,24), emergieron las unidades de significado luego de una lectura y relectura de las narrativas. Durante el análisis se sostuvieron las reducciones fenomenológicas para evitar los preconceptos, así como los sesgos, procurando garantizar el rigor y la calidad de la investigación, para su posterior refinamiento en categorías ónticas y ontológicas. La estrategia de análisis fue desarrollada artesanalmente. Una vez identificadas las unidades de significado se realizó una tercera relectura por parte del autor 4 para así triangular la información, alcanzar las unidades de significado finales y las categorías.

Los criterios de rigor metodológico aplicados a la presente investigación fueron orientados a partir de lo propuesto en la Guía de criterios básicos de calidad en la investigación cualitativa (25) los criterios incluyen credibilidad, transferibilidad, dependencia, triangulación, confirmabilidad y aplicabilidad (26). La validación se aseguró mediante la triangulación continua entre los investigadores con respecto a los textos discordantes y la suspensión de los juicios de los investigadores y la triangulación con los participantes del estudio.

Se solicitó la revisión por la academia de investigación del departamento de enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, quien aprobó la calidad ética de la investigación considerándose como sin riesgo; se de igual modo se siguieron los lineamientos del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación (27).

Contexto para el análisis de los resultados

El fenómeno del cuidado de un familiar en proceso de cronicidad y muerte no puede analizarse de manera aislada. Es necesario comprender el contexto en el que se inscribe esta experiencia. En el caso de las enfermeras participantes, su vivencia está influenciada por el sistema de salud y la cultura de México, en el que el cuidado familiar sigue siendo una práctica extendida y muchas veces asumida como una responsabilidad natural de las enfermeras dentro de sus familias. Históricamente, el papel del cuidador ha recaído en la mujer, especialmente en sociedades con fuertes raíces católicas como la mexicana, donde la resignificación de la muerte y el sufrimiento es un componente clave de la identidad cultural. Desde una perspectiva fenomenológica hermenéutica, este trasfondo es fundamental para interpretar cómo las enfermeras experimentan el cuidado de un familiar y la muerte, configurando la manera en que viven y narran su experiencia.

RESULTADOS

Se exploró las vivencias de 6 enfermeras el rango de las edades estuvo entre 42 y 55 años. Todas profesan la religión católica, 3 estaban jubiladas y 3 continuaban activas en el campo hospitalario. El rango del tiempo que cuidaron a su familiar fue de entre 7 y 18 meses. Dos cuidaron a su madre, dos a su padre, una a la abuela y la otra enfermera cuidó a su tía, la **Tabla 1** muestra las características particulares de cada entrevistada.

Pseudonimo	Edad (años)	Escolaridad	Ocupación	Religión	Familiares cuidados	Tiempo del cuidado proporcionado	Parentesco del paciente
REBECA	52	Maestría	Jubilada	Católica	1	18 meses	Padre
VIRIDIANA	49	Maestría	Trabajadora	Católica	2	12 meses	Abuela
LAURA	55	Maestría	Jubilada	Católica	1	12 meses	Madre
TRISTANA	45	Doctorado	Trabajadora	Católica	1	8 meses	Madre
THELMA	55	Licenciatura	Jubilada	Católica	2	12 meses	Padre
LUISA	42	Técnico	Trabajadora	Católica	1	7 meses	Tía

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes.

Posteriormente se presentan las unidades de significado obtenidas, seguidas de la interpretación y posteriormente extractos de las entrevistas que dan validez a la interpretación por realizada por los autores.

Una vez realizado el análisis, se devolvieron los hallazgos a las participantes para garantizar su confirmabilidad. Durante este proceso, las enfermeras coincidieron en la interpretación general, pero algunas matizaron ciertos aspectos, como el impacto emocional a largo plazo del cuidado y la resignificación de su rol profesional. Se incorporaron estas aportaciones al análisis final, reforzando la profundidad de las unidades de significado.

El criterio de saturación se alcanzó cuando, tras la sexta entrevista, no emergieron nuevas unidades de significado relevantes, lo que indica que la información obtenida era suficiente para una interpretación profunda del fenómeno. La duración de las entrevistas osciló entre 45 y 90 minutos, dependiendo del ritmo y profundidad de la narrativa de cada participante. Se incluye el guion de la entrevista como **Anexo 1**, con el objetivo de transparentar el proceso de recolección de datos.

Las unidades de significado fueron construidas con base en los elementos lingüísticos clave para la comprensión del fenómeno. Después de la lectura de las entrevistas emergieron seis unidades de significado:

Ónticas

1. Ser-en-la-angustia: El cuidado como confrontación con la finitud

Las enfermeras expresaron una vivencia de impotencia y aflicción frente a la fragilidad del cuerpo de sus familiares, que es percibida tanto en la dimensión emocional como física. La experiencia del cuidado implica un encuentro constante con la finitud del ser, siendo imposible evitar la angustia por la pérdida inminente.

“A él lo cuidé en su proceso de enfermedad, él padeció, bueno tuvo muchos padecimientos, el primero fue asma, y luego le diagnosticaron hipertensión y luego al final fue leucemia” REBECA

“Su proceso fue por un problema de Alzheimer, empezó a disminuir su marcha, a disminuir su lenguaje, a disminuir la forma en llevar los alimentos a la boca hasta que nosotros la asistiéramos” LAURA

“Ella duro.... Todavía 6 meses en casa, pero recaía porque ella es diabética, y hacia hipoglucemias, o no se aspiraban bien. Varias veces estuvo a punto ya de morir, aunque sabíamos que era una enfermedad en la que siempre ella iba a tener oxígeno por dificultad respiratoria, porque es crónico degenerativo” LUISA

Heidegger plantea que la angustia es una apertura hacia la comprensión del *ser-para-la-muerte*. Aquí, la angustia que expresan las enfermeras no es solo un reflejo de impotencia, sino un darse cuenta de su propia finitud y la del otro en el acto de cuidar.

2. Agotamiento existencial: El peso del cuidado en la facticidad del ser

El cansancio experimentado por las enfermeras no solo fue físico, sino también emocional, derivado de la sobrecarga de responsabilidad y la sensación de estar aisladas en su rol de cuidadoras. Este agotamiento refleja una tensión constante entre el *ser-en-el-mundo* de las enfermeras y la exigencia de sostener a otro ser humano en su fragilidad.

“Ustedes creen, que porque yo soy enfermera, yo iba con la silla de ruedas y cargar la silla de ruedas. Ellas también lo pueden hacer, entonces, a ti te cargan todo” REBECA

“Estar haciendo eso con ella, yo sentía, como que yo era la que me estaba ahogando” VIRIDIANA

“¿Por qué te enojas?, porque no te dicen nada, no saben nada de lo que está sucediendo, no saben qué va a suceder, ¿cómo te diré? se pudiera en un momento decir que, ya mejor todo se acabe” LAURA

El cansancio que experimentan las enfermeras trasciende lo físico; es un agotamiento existencial. Heidegger describe la facticidad como la manera en que el ser está arrojado al mundo, con una carga que debe asumir. En este caso, la enfermera no solo se siente agotada, sino que percibe el cuidado como una carga inevitable que configura su *estar-en-el-mundo*.

Ontológicas

1. La carga del cuidado: El deber asumido como destino existencial.

Las enfermeras expresaron que, por haber tenido ellas la formación como profesionales de enfermería, sus familiares se deslindaban y les delegaban el compromiso. En el proceso de cuidado, las enfermeras se vieron obligadas a asumir no solo la responsabilidad física, sino también la dimensión existencial de la salud de su familiar. Este desplazamiento de la responsabilidad hacia ellas refleja un conflicto ontológico entre el *ser-en-el-mundo* de la enfermera y la expectativa social de ser la cuidadora.

“Yo siempre andaba con él, cómo la clásica enfermera de la familia, que dicen: no, es que es la enfermera” REBECA

“Sabén que una enfermera, es quien cualquier cosa va a cuidar a la familia, incluso a veces, aunque haya médicos, de enfermería se agarran siempre” VIRIDIANA

“Y sí, la responsabilidad como enfermeros es mucha, porque a nosotros nos delegan todas las responsabilidades pudiendo todos estar en unión, como familia que somos” THELMA

El cuidado no es solo una responsabilidad delegada, sino una estructura existencial del ser. Heidegger sugiere que el Dasein no elige nacer, pero sí su manera de existir. En este caso, la enfermera no solo cuida porque se lo exigen, sino porque ha asumido el cuidado como su destino en el mundo, lo que le confiere un sentido de existencia.

2. Cuidado y soledad ontológica: El ser-con que no retorna.

A pesar de la satisfacción derivada del cuidado proporcionado, las enfermeras experimentaron una soledad existencial al sentirse desconectadas de la reciprocidad emocional. Esta vivencia refleja el dilema ontológico de la enfermera que da todo de sí misma, pero se enfrenta a la imposibilidad de ser plenamente reconocida en su rol.

“Estoy contenta, le di a mi papá lo que yo pude darle, y así queda uno, así como que, a gusto, la conciencia es lo más importante, bueno yo así lo veo” REBECA

“Te quedas con la satisfacción de que además le ayudaste a tener un final bueno, dentro de lo que cabe” VIRIDIANA

“Para mí fue muy grato atender a mi mamá nunca se nos hizo pesado, aunque si lo es” LAURA

El “*ser-con*” (Mitsein) de Heidegger implica que nuestra existencia está siempre en relación con otros. Sin embargo, en este caso, la enfermera experimenta el cuidado como un acto unidireccional, donde el otro no puede corresponderle. Esto genera una soledad ontológica, donde la satisfacción del deber cumplido convive con la ausencia de reciprocidad.

3. El llamado del cuidado: La responsabilidad como disposición afectiva del ser.

La experiencia del cuidado se transforma en una carga ontológica cuando la enfermera asume la totalidad de la responsabilidad, no solo como una tarea profesional, sino como un imperativo existencial. En este contexto, el *ser-*

para-el-otro se vuelve central en su identidad, generando una tensión entre su voluntad de cuidado y los límites impuestos por su propia humanidad.

“Es una responsabilidad tremenda para nosotras como enfermeras, sabemos hacer las cosas, pero nos duele, somos seres humanos ¡caray!, no somos de piedra” THELMA

“Yo tenía todos los conocimientos ¿verdad?, cómo darle cuidados paliativos, cómo evitar su sufrimiento, cómo darle una mejor calidad de vida a mí no se me complico tanto” LUISA

“Yo creo que, si yo no hubiera sido enfermera, no lo hubiera hecho, porque una enfermera puede hacer mucho, que casi podría hacer todo lo que necesitaran” VIRIDIANA

Heidegger describe la “preocupación” (Sorge) como una estructura fundamental del ser. Aquí, la autoasignación de la responsabilidad no es una simple elección, sino una respuesta a la interpelación del cuidado. La enfermera no solo asume la responsabilidad porque sabe hacerlo, sino porque su *ser-en-el-mundo* la predispone a ello como una forma de existir auténticamente.

4. Angustia y autenticidad: La lucha entre lo propio y lo impersonal en el cuidado.

La angustia en la vivencia del cuidado de un familiar en el proceso de morir no solo se relaciona con el sufrimiento físico o emocional, sino con la confrontación directa del ser con la finitud y la posibilidad de trascendencia. La ambivalencia entre el deseo de aliviar el sufrimiento y la resistencia a la pérdida refleja una angustia existencial que Heidegger describe como la condición fundamental del Dasein frente a la muerte.

“Tú le pides a Dios en ese momento que se los lleve, porque están sufriendo mucho, pero al mismo tiempo los retienes, dices que no, que mejor se recuperen, entonces, es muy difícil, muy difícil el aceptar la muerte” THELMA

“¿Para mí era una desesperación, nunca pensé que iba a llegar a decir! ya! por favor Dios llévate, ¿qué tiene? o ¿qué le hace falta?” VIRIDIANA

“Y bueno, ella fue perdiendo el habla y obviamente eso pues a cada uno de nosotros nos angustiaba más, nos preocupábamos nos entristecía” LAURA

Heidegger distingue entre la existencia auténtica e inauténtica. En el contexto clínico, el cuidado puede convertirse en un acto “impersonal”, regulado por protocolos. Sin embargo, cuando la enfermera cuida a un familiar, entra en una autenticidad forzada, donde el dilema entre retener y dejar ir revela la lucha entre la inercia del sistema y la verdad de su ser.

DISCUSIÓN

La muerte no es competencia de la ontología ni de la fenomenología, pero sí del pensamiento existencialista, en el que ha sido central. En la filosofía de Heidegger, la noción de *ser-para-la-muerte* define la singularidad de la existencia (7). Toda pérdida significativa entraña la necesidad de un duelo. No obstante, en la mayoría de los casos, el duelo por una muerte es diferente del duelo por otro tipo de pérdidas (8).

En razón a que el objetivo de la atención de enfermería es ayudar a las personas a conseguir la salud, bienestar y calidad de vida óptimos que requieren, recibiendo cuidados que sean coherentes con las necesidades, los valores, deseos y contexto de la persona; el cuidado de las personas que viven en situación crónica de enfermedad requiere un abordaje total, que ayude al individuo y a su familia a adoptar medidas orientadas a reducir o eliminar de ser posible los trastornos y discapacidades a corto, mediano y largo plazo; a reducir al mínimo el sufrimiento, como también de facilitar los procesos de adaptación del paciente y la familia a las dolencias o situaciones irremediables secundarias a la enfermedad, la religiosidad es un recurso valioso para enfrentar las crisis cotidianas y un factor que interfiere positivamente en la salud física y mental (9-11).

Adentrarse al mundo de las personas que han cuidado de un familiar durante el proceso de morir, implica aproximarse directamente con entes existenciales y existenciaros tales como el *sorge* y el tiempo en el envejecimiento (28). A partir de los estudios revisados, se destaca una percepción de la muerte que la conceptualiza como una etapa vital para todo ser humano, una fase de la vida que es inevitable. En este sentido, entrar al mundo del cuidador a partir de la comprensión del envejecimiento (29).

La aproximación conceptual a la espiritualidad (30) permite considerar, entre otros fenómenos, el del envejecimiento. Experimentar la muerte es un proceso complejo, el cual resulta, en numerosas ocasiones, difícil de enfrentar, debido a que comprende una experiencia individual, privada e intransferible (31).

La enfermedad no es el único momento en el cual el enfermero debe cuidar, al contrario, su vocación es trabajar por la salud, y esta de forma integral. Aunque la enfermedad puede desembocar en dolor, sin embargo, no tiene por qué generar sufrimiento en la vida del hombre. De ahí la importancia de conocer este fenómeno que acontece al humano, a todo ser humano, para así, siendo conocido, poder otorgar cuidados globales de calidad. El sufrimiento es una experiencia común a toda la humanidad, que no podemos confundir con el dolor, siendo este físico. Para Lévinas, “supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser”. Cassell lo define como: “El estado de malestar inducido por la amenaza o la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa”. Es una experiencia de límite, tanto moral como existencial, mental, religiosa, social o política. Nos recuerda que somos seres limitados, finitos, vulnerables. El primer efecto de la tristeza es el agobio del ánimo y la desgana (31).

Heidegger afirma lo siguiente para intentar comprender mejor la idea de totalidad y de revelación en un estado de ánimo:

Este estar en un determinado estado de ánimo, por el que uno «está» así o de la otra manera, es lo que hace que al invadimos dicho de ánimo plenamente nos encontremos en medio de lo ente en su totalidad. El hecho de encontrarnos en un estado de ánimo no sólo desvela a su modo lo ente en su totalidad, sino que (lejos de ser algo

accidental) tal desvelar es al mismo tiempo el acontecimiento fundamental del *ser-aquí* (29).

No todo estado de ánimo dispone al Dasein en la apertura del mundo para realizar una aprehensión del ente y de la totalidad. Heidegger reconoce que a la base de toda apertura se encuentra un temple anímico, pero la angustia permite una apertura distinta a las otras. Una de las condiciones para que pueda generar una apertura que nos permita el encuentro con el ente desde la totalidad y con su modo de darse, es la posibilidad que tiene el Dasein con su propio encuentro, es decir, que suministre información óptica del ser del Dasein, para que pueda ser determinado en su propio ser en el trato con los entes, por la misma relación de ser que guarda con ellos. Esta investigación se caracteriza por el paso que realiza Heidegger en su investigación fenomenológica, de pasar de lo óptico-existencial (los entes), a lo ontológico-existencial (las estructuras ontológicas). La apertura del mundo pasa por la apertura del Dasein en su ser propio, pero antes desde la base de su relación con las cosas del mundo, los entes (29).

Si nuestra voluntad, que es nuestro motor, está enferma por la tristeza, nuestras energías se ven influidas de forma negativa para la actividad. Y al referirnos a la actividad, no solo hacemos referencia a la física, sino también a la intelectual cognoscitiva. Así, el sufrimiento espiritual influye en el resto de las esferas del hombre. En esto consiste la esencia de la Enfermería, en el cuidar, aunque participa en curar (30).

Se ha llegado a afirmar la necesidad de comprender la declaración disciplinar de enfermería con la que se asume a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de salud humana (32), y que esta aceptación formal de la disciplina posibilitará expandir el dominio del conocimiento, así como la indagación en los fenómenos de interés. El cuidado ante el proceso de morir revela, como ya se dijo un momento de la existencia y por tanto de la experiencia humana.

Estudios como el actual permiten aportar al campo de dominio disciplinar desde el cual se busca solución a los fenómenos humanos, posibilitando la expansión del conocimiento de enfermería. Este conocimiento de lo humano y de la experiencia ante la muerte, abordado en la presente investigación muestra la complejidad en la que las enfermeras se encuentran inmersas. Pone en evidencia el contexto en el que la mujer, como cuidadora instintiva, asume un rol que se le vincula a lo profesional; muestra la condición humana de las enfermeras y, a partir de esta óptica otológica, la necesidad de vincularse a una visión epistemológica. Lo que permite por un lado reconocer la necesidad de una enfermería como ciencia compleja, que considere los fenómenos desde su totalidad y que se apoye en marcos disciplinares propios (33).

Con la indagación interpretativa fenomenológica hemos revelado en estas unidades de significado que pueden ser vinculadas y exploradas desde marcos teóricos propios. Pues se habla condiciones existenciales de las mismas enfermeras. Es bajo estas estrategias de investigación

que pude vincularse a teorías o modelos de enfermería y evitar el desuso que, según autores pragmáticos, refieren en la disciplina (34). Pues en este sentido parece se coincide cuando refiere que está en desuso tal conocimiento. Sin embargo, los autores reconocemos que estas unidades de significado pueden ser en marcadas bajo el contexto interpretativo de enfermería contemporánea (33). Asimismo es posible replantear el fenómeno explorado de sde paradigmas enfermeros desarrollados por enfermeras, con teorías de enfermería como lo que se ha prouesto en Boizo-Sánchez (35).

La angustia experimentada por las enfermeras no es solo un sentimiento de preocupación momentánea, sino una manifestación del *ser-para-la-muerte*. Heidegger plantea que la angustia genuina no tiene un objeto concreto, sino que es un darse cuenta de la finitud del ser. En este caso, la enfermera no solo sufre por la condición del familiar, sino que su angustia refleja una toma de conciencia de la fragilidad de la existencia humana.

Conclusiones

A manera de consideraciones finales, la experiencia vivida cambia a medida de la vivencia generada durante esta etapa, compartiendo similitudes notables entre una experiencia y otra que lo hace significativo para cada ser único.

Cada una de las enfermeras al participar en la investigación manifestó su sentir al brindar un cuidado a su familiar en proceso de cronicidad y muerte. Explican que, cuando ellas proporcionaban los cuidados a su familiar su sentimiento más frecuentemente presente es la satisfacción, de haber logrado lo que buscaban con estos cuidados y expresan también que, en el caso contrario su sentimiento más experimentado es la angustia ante la muerte inminente de su familiar. Además, expresan que el cuidado debe ser brindado como si fuese para sí mismo.

Las enfermeras mencionan que para su desarrollo profesional el haber cuidado a su familiar en proceso de cronicidad les ha ayudado a crecer como profesionales y como seres humanos, pues han logrado obtener experiencias que les han ayudado con pacientes de algunas otras enfermedades o en algunos otros momentos durante su práctica profesional. Además; mencionan también la complejidad y lo doloroso que puede llegar a ser ver a un familiar sufrir.

No obstante, enfermería se involucra inconscientemente de tal manera que le afecta todo lo que le sucede al familiar durante el proceso de cronicidad, incluso se coincide en que el alivio para evitar el sufrimiento es la muerte del familiar, generando esa satisfacción de hacer menos su agonía.

Uno de los efectos que las enfermeras expresan con claridad se refiere a conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que cuida y los otros miembros del grupo en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos y otros hacia el familiar enfermo o por la forma en que se proporcionan los cuidados. Los actos son vivencias intencionales (conciencia de), pero pueden no ser todas intencionales, como las sensaciones y los sentimientos.

Finalmente, las autoras reconocemos que al tratarse de una investigación de índole cualitativa, los resultados mostrados no son generalizables ni pueden ser asumidos como acontecimientos específicos del proceso de morir, pues estos son reconocidos únicamente por quien ha vivido el fenómeno. Por lo que únicamente puede hacerse una exploración y aproximación teórico-filosófica. Pese a que las autoras asumimos la pertinencia e importancia de la reflexión filosófica para la práctica de enfermería, esta continúa siendo aun una limitación en el contexto disciplinar.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA EN ENFERMERÍA

A partir de los hallazgos de este estudio, se sugieren algunas estrategias para mejorar el cuidado de las enfermeras que atienden a pacientes en procesos de cronicidad y muerte:

- **Formación en afrontamiento emocional:** Incorporar en la educación en enfermería módulos específicos sobre manejo de duelo y estrategias de autocuidado.
- **Espacios de contención para el personal de enfermería:** Promover grupos de apoyo o supervisión emocional en los hospitales para que las enfermeras puedan compartir sus experiencias y gestionar el impacto emocional del cuidado.
- **Integración de la dimensión existencial en el cuidado:** Reforzar la importancia de la filosofía del cuidado en los programas de formación en enfermería, para que los profesionales puedan abordar no solo la enfermedad, sino también los aspectos emocionales y espirituales del proceso de morir.

DATOS AUTORES

(1) Enfermero. Grupo Nodal Transdisciplinario de Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología (G-NTISCyT Lab); (2) Hospital General de Pabellón de Arteaga (Aguascalientes, México); (3) Enfermera. Hospital General Tercer Milenio (Aguascalientes, México); (4) Enfermera. Hospital General de Zona #2. (Aguascalientes, México).

Recibido: 12/07/2024. Aceptado: 10/02/2025.

Versión definitiva: 18/02/2025.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Mariaelena E, Alemán Fernanda Sarahi G, Luna Jaqueline M, Sandoval Alondra Estefany P, Rodríguez María José R, Sánchez Jessica Guadalupe P, et al. Experiencia vivida de enfermeras al cuidado del adulto mayor en proceso de cronicidad y muerte. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1260>
2. Hidalgo Mares B, Altamira-Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? *Enfermería Actual en Costa Rica*. 2020 Dec 15;(40). DOI: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40788>
3. Altamira Camacho Ramiro. Cuidado de enfermería en la angustia ante la muerte: narrativa de enfermería. *Ene*. 2020; 14(3): e14311. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1067>

4. Huang CC, Chen JY, Chiang HH. The Transformation Process in Nurses Caring for Dying Patients. *Journal of Nursing Research*. 2016 Jun 1;24(2):109–17.
5. Dorney P, Pierangeli L. A Phenomenological Study: Student Nurses' Perceptions of Care of the Dying in a Hospice-Based Facility. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*. 2021 Apr 1;23(2):162–9
6. White D, Meeker MA. Guiding the Process of Dying: The Personal Impact on Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2019 Oct 1;21(5):390–6.
7. White KR, McClelland LE, Vanderwielen L, Coyne PJ. Voices from the bedside: Palliative nurses' perceptions of current practices and challenges. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2013 Aug;15(6):360–5.
8. Altamira-Camacho R, García-Campos ML, Beltrán-Campos V, Ortega-Jiménez MC. Cuidado de enfermería en el sufrimiento espiritual: una revisión integrativa de la literatura. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2021;11(3):29-39. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/361/cuidado-de-enfermeria-en-el-sufrimiento-espiritual-una-revision-integrativa-de-la-literatura/>
9. Vega-Angarita OM, González-Escobar DS, Ramírez-Ordoñez MM. Cronicidad y cuidadores familiares: una revisión desde lo contextual y conceptual. *UFPS*. 2007; 12(2): 26-37. DOI: <https://doi.org/10.22463/0122820X.561>.
10. Zenevich L, Moriguchi Y, Faganello-Madureira VS. Religiosity in the process of living aging. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013; 47(2): 427-433. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200023>.
11. Marrero-González CM, García-Hernández AM. Vivencias de las enfermeras ante la muerte, una revisión. *Ene.* 2019; 13(2): 1-13. DOI: [10.4321/S1132-12962013000100006](https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100006).
12. Santamaría, J.M., Santamaría Pérez A., et al. Bases filosóficas para el estudio del cuidado. Evolución histórica del pensamiento. 2015. Grupo MISKC.
13. Heidegger M. El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.
14. Rivara G. Apropiación de la finitud: Heidegger y el Ser para la muerte. *En clav.* 2010; 4(8): 61-74. DOI: <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i8.96>
15. Nieto Franco Florentino, Santamaría García José María. El surge como propuesta de humanización en el cuidado. *Ene.* [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Mar 08]; 10(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000300004&lng=es.
16. Gosetti-Ferencei JA. Muerte y Autenticidad. Reflexiones sobre Heidegger, Rilke y Blanchot. *Andamios*. 2017; 14(33): 123-148. <https://doi.org/10.15366/rha2018.13.008>
17. Leal-Ortiz N. El método Fenomenológico: Principios, Momentos y Reducciones. *Arbitraje*. 2003; 1(2): 51-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.20511>
18. Matas Terrón, José Manuel; Ruiz González, María del Carmen; Soriano Marín, Miguel Ángel. El cuidar en Enfermería desde la Fenomenología Hermenéutica. *Ética de los Cuidados*. 2020; 13: e12885. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e12885>
19. Altamira-Camacho, Ramiro; de la Cruz Alvarado, Mariana Guadalupe. Trayectoria fenomenológica: una aproximación al camino hermenéutico de la experiencia de salud. *Temperamentvm*. 2022; 18: e13928. DOI: <https://doi.org/10.58807/tmptvm20224971>
20. Kakkori L. Problemas de hermenéutica y fenomenología al aplicar el método fenomenológico hermenéutico en la investigación cualitativa educativa. *Philosophical Inquiry in Education*. 2010; 18(2): 19-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
21. Sandoval C. La formulación y diseño de los procesos de investigación social cualitativos. *Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior*1996; 3: 111-128.
22. Bassi-Follari JE. El código de Transcripción de Gail Jefferson. *Dialnet*. 2015; 17(1): 39-62. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1252>
23. Fuster-Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propós.Represent*.2019;7(1):2-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2013000200002>
24. Rodríguez Sabiote C, Lorenzo Quiles O, Herrera Torres I. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2005;15(2):133-154.
25. Blesa Aledo B, de Guzmán Godino F, García Jiménez M, Gehrig R, Muñoz Sánchez P, Palacios Ramírez J et al. Guía de criterios básicos de calidad en la investigación cualitativa. España: UCAM; 2014
26. Arias-Gómez J, Villasís-Keever MÁ, Miranda-Novales MG. El Protocolo de Investigación III: La Población de Estudio. *Rev Alerg Méx*. 2016; 63(2): 201-206.
27. Secretaría de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, Diario Oficial de la Federación, 18 de enero de 1984, última Reforma DOF 19-02-2021.
28. Esguerra Lozada M del M. El mundo en la fenomenología de Heidegger. Una aproximación al mundo desde Los Prolegómenos Para Una Historia del Concepto de Tiempo. *Praxis Filosófica* [Internet]. 5 de febrero de 2018 [citado 12 de abril de 2022];(46):151-69. Disponible en: <https://praxisfilosofica.univalle.edu.co/index.php/praxis/article/view/6165>
29. Guerrero-Castañeda RF, Ojeda-Vargas MG. El envejecimiento desde la percepción de enfermería. *Revenf. Ucr*. 2017; 32: 1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i32.23401>.

30. Altamira-Camacho R. Lo científico-político de la enfermería contemporánea: una mirada desde la ciencia de frontera. *Cuidado Multidiscip. Salud BUAP.* 2024; 6(11): Disponible en: <http://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/1529>
31. García-S V, Rivas-Riveros E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Cienc. Enferm.* 2013; 19(2): 111/124. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200011>.
32. Altamira-Camacho R. Una justificación para comprender la naturaleza y estructura del conocimiento en enfermería. *Index de Enfermería.* 2022; 31(1): e13323. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e13323>.
33. Altamira-Camacho R. Lo espiritual en enfermería contemporánea. *Presencia.* 2021; 17: e13942. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/p/e13942>
34. Landeros-Olvera E. Temáticas y características metodológicas de la investigación de enfermería publicada en revistas mexicanas: 2010-2015. *Enfermería Univ.* 2018; 15(3):274-82. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.3.65994>.
35. Boizo-Sánchez, Marlene; Espinoza Alférez, Cely Admary; Altamira Camacho, Ramiro; para la investigación en Salud, Cuidado y Tecnología, Grupo Nodal Transdisciplinario. Cuidado heurístico en enfermeras ante la muerte: un estudio fenomenológico con el método de Parse. *Index de Enfermería.* 1; 2024(33): e14537. DOI: <https://doi.org/10.58807/indexenferm16574>

ANEXO. GUÍA DE ENTREVISTA

I. Datos sociodemográficos

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Nivel educativo: _____

Años de experiencia profesional en enfermería: _____

Lugar de trabajo actual: (Hospital, comunidad, enseñanza, otro)

Relación con el familiar cuidado: (Padre/madre, abuelo/a, hijo/a, otro)

Tiempo total de cuidado brindado: _____ meses/años

Contexto del cuidado: (Domicilio, hospital, ambos)

¿El familiar falleció durante el proceso de cuidado? (Sí / No)

II. Pregunta fenomenológica principal

“Cuénteme sobre su experiencia al cuidar de su familiar durante la enfermedad y proceso de muerte. Puede comenzar desde el momento en que inició su cuidado y compartir todo lo que recuerde significativo.”

III. Preguntas direccionadoras (a utilizar según la profundidad de la respuesta de la participante)

Reflexión final

¿Cómo describiría en una palabra la experiencia de haber cuidado a su familiar?

¿Qué mensaje le daría a otra enfermera que pase por esta situación?

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre esta experiencia?