



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

ENGLISH

Federal Fluminense University

AURORA DE AFONSO COSTA
NURSING SCHOOL



uff
Original Articles



Vivenciando la parada cardiorrespiratoria y muerte por familiares: estudio descriptivo

Edilene Aparecida Araújo da Silveira¹, Ana Carolina Guimarães de Magalhães¹, Michely Izabel Alves¹, Vivianny Christine Marques Silva¹, Patrícia Peres de Oliveira¹

¹Universidade Federal de São João del-Rei

RESUMEN

Objetivo: comprender la experiencia de familiares de personas que sufrieron parada cardiorrespiratoria y murieron. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo, que utilizó como referencial teórico y metodológico, respectivamente, interaccionismo simbólico e interaccionismo interpretativo. Los datos fueron colectados por intermedio de entrevista semiestructurada en domicilio de 11 familiares, en el período de noviembre de 2015 a junio de 2016. **Resultados:** el análisis de las narrativas evidenció diversos sentimientos como rabia, ansiedad y esperanza. Fueron identificadas dos epifanías. La primera epifanía, descubriendo que el familiar murió, tuvo como categorías: viviendo el momento de la PCR y recibiendo la noticia. En la segunda epifanía, conviviendo con los cambios inmediatos, eran evidente las categorías: recordando y sintiendo el dolor de la pérdida y cambios después del fallecimiento del familiar. **Conclusión:** la perspectiva interaccionista permitió comprender mejor la experiencia de familiares al aguardar el atendimento de la parada cardiorrespiratoria y la posterior recepción de la noticia de la muerte de su ser querido.

Descriptor: Paro Cardíaco; Familia; Muerte.

INTRODUCCIÓN

La experiencia de vivir la parada cardiorrespiratoria (PCR), seguida por la muerte de un ser querido es, en la mayoría de las veces, impactante para el familiar, debido al enfrentamiento de la PCR, la inexorable certeza de que el cuerpo físico no puede vivir después la muerte y la constatación de la imposibilidad de retroceder o mismo alterar la historia de lo sucedido⁽¹⁻²⁾.

La sociedad occidental comprende la muerte como siendo un tabú, se observa que la muerte está ausente de lo cotidiano del mundo familiar, pues fue transferida para los hospitales. Así, la muerte hoy en día es institucionalizada y los profesionales son entrenados para el atendimento de la PCR a partir de *guidelines* actualizados a cada cuatro años, sin embargo, en esas directrices no hay descripción de como asistir a las necesidades reales de la familia que está acompañando el moribundo; hay poca interferencia de la familia y ausencia de reflexión sobre la muerte y el morir como proceso natural de la vida⁽³⁻⁴⁾.

Tal lógica permea el pensamiento social, que instituye reglas para que la muerte sea preferencialmente reconocida en el ambiente del servicio de salud, sea en el hospital o en Unidades de Pronto Atendimento (UPA), por profesional capacitado. De esa forma, mismo que la familia no quiera, ella debe encaminar el ser muerto en el servicio de salud y la forma de enfrentamiento y acompañamiento de la muerte sufrirá influencias de la cultura, historia y cotidiano en que la persona vive⁽³⁾; en la perspectiva interaccionista, hay o compartir en la sociedad del conjunto de significados culturales y sociales. Esos significados de la forma como el luto debe ser vivido y los encaminamientos a ser seguidos antes y después de la constatación de la muerte⁽⁴⁾.

Entre los profesionales, la enfermería es aquella que posee un mayor contacto con familiares y pacientes por estar presente en el con-

texto de los servicios de salud durante la mayor parte del tiempo. Ella debe ser comunicativa y preparada para atender a la familia, percibiendo como foco del cuidado⁽⁵⁾. La situación de PCR es un momento que la familia tiene la necesidad de informaciones y de compartir sus sentimientos. Así, el enfermero necesita escoger, escuchar activamente, dar soporte y apoyo a la familia⁽⁶⁾ y, para eso, necesita aprender las vivencias de los familiares que acompañan a los moribundos.

La elección de la problemática vivencia de familiares de personas que sufrieron parada cardiorrespiratoria y murieron, está relacionada con la preocupación en comprender mejor este proceso, en el sentido de adecuar mejor la asistencia a la persona en estado crítico y su familia.

La importancia de esta investigación es manifiesta por tratarse de un tema importante y por haber una laguna en torno de esa temática, evidenciada al realizarla búsqueda en la literatura, pues se encontró sólo algunas publicaciones sobre la familia presente durante la resucitación cardiorrespiratoria (RCR) en la visión de padres de niños y profesionales de salud y otras investigaciones asociadas a los beneficios o desventajas de la familia estar presente durante la resucitación cardiorrespiratoria.

Delante de lo expuesto, surgieron los siguientes cuestionamientos: ¿Cuál es la experiencia del familiar acompañante frente a la PCR de su ser querido? ¿Cuáles son los sentimientos despertados por la noticia de muerte de ese ser querido?

Para responderlas, se determinó como objetivo comprender la experiencia de familiares de personas que sufrieron parada cardiorrespiratoria y murieron.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, que utilizó como referencial teórico y

metodológico el interaccionismo simbólico y el interaccionismo interpretativo, respectivamente. El interaccionismo simbólico parte de la perspectiva de que el ser humano confiere sentido a sus acciones y crea significados. Tal proceso direcciona el comportamiento individual en situaciones específicas. De esa forma, las personas interpretan y se adaptan a las circunstancias, de forma flexible, de acuerdo con la definición de la situación. La vida social es constituida por interpretaciones de significados compartidos por un grupo o comunidad⁽⁷⁾.

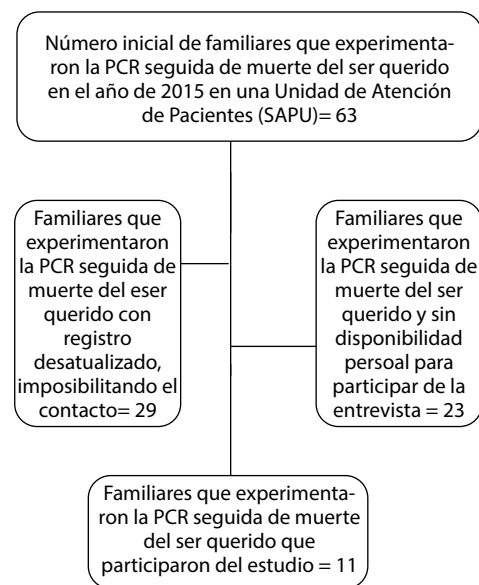
El significado es un importante elemento en la comprensión del comportamiento humano, sus procesos e interacciones. Esos valores son constantemente revisitados y transformados a partir del proceso interactivo del individuo con los elementos de su propio universo. Así, los significados pueden ser reformulados⁽⁷⁾. Cuando el investigador tiene el objetivo de comprender plenamente el proceso social, debe apoderarse de los significados experimentados por los participantes.

Los datos fueron colectados en el período de noviembre de 2015 a junio de 2016, en el domicilio de los familiares partícipes, por medio de entrevista semiestructurada, constituida por dos partes. La primera compuesta por datos de identificación general (sexo, edad, grado de parentesco y motivo de la PCR) y la segunda constituida por preguntas orientadoras basadas, en el referencial teórico. Las entrevistas fueron realizadas por por lo menos dos de las investigadoras, grabadas y posteriormente transcritas en su totalidad, con duración media de 60 minutos.

Con base en muestreo por conveniencia, se adoptó como criterio de selección familiares que acompaña un ente adulto que sufrió PCR y posterior la muerte, atendidos en una Unidad de Pronto Atendimento, localizada en un municipio del estado de Minas Gerais, Brasil, con edad superior a 18 años, en el año de 2015. Los criterios de

exclusión fueron: familiares que no tenían disponibilidad personal para participar de la entrevista e incapacidad de comprender y/o responder a las cuestiones propuestas por deficiencia intelectual. Totalizaron 11 participantes en el estudio, conforme descrito en la **Figura 1**.

Figura 1. Diagrama de flujo de constitución de los participantes del estudio: vivenciando la parada cardiorrespiratoria (PCR) y muerte por familiares. Minas Gerais, Brasil. 2016.



Fuente: Elaboración de los autores, 2016.

El contacto con los entrevistados fue realizado por medio del teléfono, por lo cual fue explicado el objetivo de la investigación, consultando, así, el interés del acompañante en participar de la entrevista. En caso afirmativo, fue marcado local y data para la realización de la misma. Es de destacar que todas las entrevistas fueron realizadas en lugar privativo, en el domicilio de los participantes.

El número de familiares no fue delimitado a priori, fue determinado debido al análisis de los testimonios hasta configurar la saturación teórica. A medida que el análisis de los datos era realizados, fueron buscados nuevos datos, para que las categorías fuesen más desarrolladas y densificadas.

El análisis de los datos fue realizada conforme las premisas del interaccionismo interpretativo. Este enfoque fue seleccionado por reconocer que los significados de las acciones para el individuo reposan en la experiencia vivida, y porque tiene el objetivo de generar descripciones densas y detalladas de esas experiencias biográficamente importantes con foco en las interacciones humanas y en como ellas alteran el comportamiento de las personas en el contexto a la que pertenecen⁽⁸⁾.

Las fases del análisis son constituidas por captura, *bracketing* o reconstrucción del fenómeno y contextualización. Esas fases son precedidas por la formulación del problema de investigación y desconstrucción. En la fase de desconstrucción, el problema de investigación fue examinado a la luz de otra investigación existente. La fase de la captura se inició con la colecta de las historias de las personas, contadas por los participantes, sobre el fenómeno en estudio. En esa fase se buscó un momento experimental que marcó la vida de las personas, de forma positiva o negativa. Esos momentos son denominados como epifanías y están involucrados directamente con el objeto de investigación⁽⁸⁾.

El momento en que el acompañante vivenció el atendimiento de la PCR de un ente querido dejó marcas en su vida. Esas marcas cambiaron interacciones e influenciaron comportamientos futuros. Ese fue el momento de epifanía, que fue capturado por la colecta de datos buscando rescatar significados e interpretación dadas por los familiares a los eventos vivenciados. Al final de esa fase, los investigadores

Se enfrentaron los relatos con la literatura existente y ocurrió la localización y el aislamiento de las frases-claves del relato, de forma que ellas fuesen interpretadas. Así, tuvo inicio la fase de reconstrucción. En esa fase, se buscó relacionar las frases-claves con otros elementos del fenómeno en estudio, de forma a reconstruir el fenómeno en su totalidad. En la reconstrucción, se inició la

contextualización -cuando el análisis da significado al fenómeno- y el recolocó en el contexto del participante⁽⁸⁾.

El desarrollo del estudio ocurrió en conformidad con los preceptos éticos y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal de São João del-Rei, conforme parecer número 1.286.336. Fue mantenido el anonimato de los participantes, se adoptó la letra E (de entrevistado), seguida por el número secuencial de pronunciamiento de los participantes de la investigación.

RESULTADOS

Hicieron parte del estudio 11 familiares con edad entre 21 y 81 años (media de 42 años). La mayoría era del sexo femenino (8 casos). El grado de parentesco de los entrevistados con las víctimas de PCR fue de primero grado consanguíneo - ocho hijos y un padre - segundo grado consanguíneo - neto y abuela - y, finalmente, esposa y marido.

Con relación a los diagnósticos que motivaron la PCR del ente querido se verificó que seis fueron por problemas cardiovasculares; tres por enfermedades oncológicas y dos por agravamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El análisis de las narrativas de las personas que presenciaron la PCR de sus familiares evidenció los momentos marcados. Fueron identificadas dos epifanías: descubriendo que el familiar murió y conviviendo con los cambios inmediatos.

La primera epifanía (descubriendo que el familiar murió) tuvo como categorías: vivenciando el momento de la PCR y recibiendo la noticia. En la segunda epifanía (conviviendo con los cambios inmediatos), fueron evidenciadas las categorías: recordando y sintiendo el dolor de la pérdida y cambios después el fallecimiento del familiar.

Descubriendo que el familiar murió

Todos los participantes recibieron la noticia de que su familiar murió después el atendimiento por el equipo de salud. Ocho participantes sabían que la persona estaba muerta antes del atendimiento debido al hecho de haber percibido la ocurrencia durante los últimos momentos de contacto con el paciente.

Vivenciando el momento de la PCR

Todos los participantes percibieron que el familiar estaba se sentimiento mal en casa y él u otra persona próxima llamó el servicio de urgencia. En este período de aguardo, el participante acompañaba al paciente y percibía todas las alteraciones. Esas alteraciones fueron relatadas con detalles por todos los participantes, que han traído a la luz sus sentimientos. Uno de los principales sentimientos fue el desespero:

Bete, yo creo que la madre murió, ahí yo llegué allá en el borde de la cama de ella, yo la abrace y la sacudí, la llamaba y le decía: o madre perdóname, yo pedí para que Dios se la llevara, te vayas, no te vayas mamá, quédate aquí mamá, mamá habla conmigo, hace alguna cosa, ahí ella no reaccionó más no.(...) ¡caramba! Yo quería morir, yo quería morir en ese momento, dije Dios mío. (...) Un abrazo, unas ganas de llorar, de llorar, llorar, de gritar, gritar y ... qué terrible! Prácticamente ella murió em mis brazos mis brazos. E2.

Papá, despierta, levanta, no haga esto conmigo no. Yo lloraba, yo gritaba. (...) Desespero así, que yo quería que él despertase. Y él no despertaba. Subí encima de él y papá, no haga eso con-

migo no, ¡despierta! hacía así encima de él (gestos) y en ese momento el cuerpo de bomberos legó. E8.

A seguir, el atendimiento por los profesionales sucedía en el SAPU y, durante ese período, el familiar se quedaba esperando, sin noticias. En ese momento, los familiares evidenciaron diversos sentimientos como rabia, ansiedad y esperanza:

Yo estaba con mucha rabia, porque parece que yo estaba sabiendo que ella no iba a volver para la casa. E4.

Ah, ellos tuvieron que darme calmante, porque yo no me quedaba quieta, me quedaba andando para allá y para acá. E6.

Yo me quede quieta. Me quedé quieta. Porque yo pensaba que él no iba a morir, tenía la esperanza. Sabíamos de la gravedad, todo el mundo sabía, pero en mi cabeza yo creía que él iba a salir del hospital. Porque, todo el mundo sabía de la gravedad, pero mi padre era lleno de vida. E7.

Al término del atendimiento, el equipo de salud informó a los familiares que acompañaban al paciente sobre la muerte.

Recibiendo la noticia

Es de destacar que la mayor parte de los participantes relataron que habían percibido, antes del equipo de atendimiento de urgencia llegar, que el ente querido ya estaba muerto, sin embargo, al ser confirmada la muerte, a principio, tuvieron dificultad en acreditar, como puede percibir en los discursos a seguir:

No quería ni aceptar ni creer. Pensaba que era un sueño. Porque él no estaba enfermo. Fue de repente. E3.

No creí no. Nosotros no creíamos, creíamos que era mentira. Parece una broma de mal gusto. E10.

Yo no creí, empecé a llamar a mi madre, mi madre vive en São Joao del-Rei, puede venir para acá ahora que sucedió lo peor. Como nosotros ya estábamos planeando hacían 5 años, esperábamos, pero no creíamos. Nos asustamos. E11.

Se observó que mismo los familiares de personas crónicamente enfermas expresan dificultad en creer que el pariente había fallecido. Otros sentimientos que surgieron inmediatamente después de descubrir que la persona estaba muerta fueron: tristeza, rabia, impotencia, además de la fe, trayendo un sentimiento de paz, a pesar de la tristeza.

Me sentí impotente, inútil, usted ve la vida de la persona yendo. Entonces usted es inútil, porque la vida se fue. E5.

En el momento fue un sentimiento de tristeza, porque nunca, pero yo iba verla y yo iba a tener que dar esa noticia a los demás, porque era yo que estaba allá. Pero, por otro lado, el sentimiento de paz porque yo cumplí lo que el señor designo para que yo hiciese, yo exigí a Dios que cuando él se la llevase, que ninguno de mis hermanos y mi padre estuviese con ella, era yo que quería estar con ella. Fue adonde yo me quedé en paz, un sentimiento de paz. E9.

Todos los participantes nunca habían pasado por esa situación de presenciar la PCR seguida de la muerte del familiar, como podemos evidenciar a seguir:

¿Nunca había pasado por eso, yo fui la única que convivió más con ella, toda la situación de ella, yo estaba allí, yo que llevaba para el hospital, yo que hacía todo? Era solo yo, sufrí mucho. E2.

Fue horrible. Nunca pasé, porque cuando yo perdí mi padre yo era pequeña, ahí después yo perdí mi madre, pero mi madre se enfermó, estaba muy mal, él médico dijo que ella no iba tener cura (...) Hace sufrir más. Fue un choque. Cuando tiene la espera, usted se va conformando a los pocos. Ahora de repente así, está loco: es muy difícil. E3.

¿Yo nunca vi una persona morir cerca de mí, primera vez, está martillando mi cabeza sabe? Yo viéndolo caer así (gestos), yo nunca había visto, nunca. E8.

Se encontró que mismo para las personas que habían pasado por la muerte de otros seres queridos, la situación de la PCR seguida del fallecimiento trajo elementos diferentes que hicieron con que el participante a supiese como un evento totalmente nuevo.

Conviviendo con los cambios inmediatos

Recordando y sintiendo el dolor de la pérdida

Recordar al familiar fallecido en las situaciones vividas junto a él estuvo en el relato de todos los participantes.

La nietecita de ella va a casarse. Ella no va a poder acompañar el casamiento de su primera nieta. Entonces eso ahí duele mucho, recuerdo de ella siempre. E5.

Divertido es que yo ando en la calle, yo pienso que voy a verlo. Porque andaba en la calle y siempre encontraba con él. Él andaba para abajo y para arriba. E7.

Nosotros no vamos a oír, no veremos más a la persona, no tendremos más la persona para contar lo que hubo, lo que está sucediendo, a veces duele mucho. E9.

Vivimos 13 años en esa casa con ella, entonces todo su recuerdo está aquí (muestra el corazón) y en cualquier lugar que yo vaya los recuerdos están, pero en casa los recuerdos son mayores. E4.

Pienso directo, tengo mi música, mis discos, cd, dvd, mi radio en la mesita de noche. No escucho más, hasta guardar ya guardé el radio en el ropero. No tengo más ganas, de recordarlo. E1.

Cambios después del fallecimiento del familiar

Además de convivir con los recuerdos de la persona que se fue y el luto, fue necesario hacerle adaptaciones inmediatas para que las consecuencias de la muerte no se convirtieran en algo más grave y trajesen más sufrimiento. Se observa que fueron necesarias la realización de algunos cambios en la morada o en la vivienda y en la rutina diaria que envolvía el ser fallecido:

Tuvimos que alquilar la casa, de ella (madre) fue para un departamento. E8.

Porque mi padre fue a vivir con mi hermana después del entierro, se quedó allá una semana y no se adaptó y pidió para quedarse aquí y resultó, ella se adaptó. E9.

Vámonos ajustándonos, los recuerdos pasan a no ser a toda hora, conoce otras personas, hace amistades, sale más (...), participo de un grupo de caminata diaria aquí del barrio. E6.

Hoy yo tengo más libertad para salir sabe, para vivir mi vida. Porque yo no vivía mi vida, yo vivía para ella. Yo no salía, yo me quedaba dentro de casa, yo no podía ir a trabajar tranquila, se yo estaba en la calle tenía que venir corriendo. E2.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se puede percibir la presencia de numerosos sentimientos, de orden distinta, que caracterizan la experiencia de cada entrevistado frente al PCR y posterior a la muerte del ser querido. Tales sentimientos fueron clasificados e insertados en epifanías. La primera epifanía - descubriendo que el familiar murió -, reveló múltiples sentimientos, como desespero, rabia, ansiedad y esperanza. Estudios apuntan que la expresión de sentimientos derivados de la pérdida es parte del luto; las reacciones ante de una pérdida pueden ser de choque, deseo, desorganización y organización; es la hora de aprender que la muerte del familiar sucedió; solamente a partir de la vivencia del proceso de luto será posible establecer nuevas visiones sobre el mundo, favoreciendo inversiones personales⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Corroborando con lo encontrado en este

estudio, investigaciones revelan que el choque inicial de la noticia del fallecimiento puede generar desespero, rabia, irritabilidad, amargura y aislamiento. Tales sentimientos pueden desprender en reacciones emocionales intensas^(3,11). La muerte es la etapa final del desarrollo del hombre. Las reacciones, los sentimientos y las percepciones de las personas en lo que concierne a la vida y a la muerte están plenamente relacionados con la sociedad en que viven, la educación que recibieron y sus experiencias previas⁽¹²⁾. En la perspectiva del interaccionismo simbólico, el individuo construye significados delante de las experiencias y ellas son la base de sus acciones y reacciones⁽⁴⁾. De esta forma, la variación de los sentimientos relatados por los participantes se da conforme a los significados construidos por ellos, en la interfaz de la interacción con el ser que murió.

De este modo, para la constatación del fallecimiento, el profesional debe estar preparado para dar esa noticia a los familiares, pues este momento influenciará en el enfrentamiento del luto^(11,13). La forma específica como la noticia de la muerte fue dada y la forma que sucedió la muerte influenciaron en la elaboración del luto y en la percepción de la noticia de la muerte^(3,11). La situación de pérdida abrupta e inesperada puede provocar en el familiar desorganización, paralización e impotencia. En las situaciones en que hay un período largo de cuidados, como en los casos de enfermedades graves y progresivamente limitantes, a los familiares, principalmente al cuidador, pueden vivenciar sentimientos ambiguos ante la noticia de la muerte⁽¹¹⁾, como demostrado en este estudio.

Se evidenció también el sentimiento de paz, que viene de la fe el poder divino y en la oración que auxiliarán en la reducción del sufrimiento y en la búsqueda del coraje para superar las dificultades. Según la literatura, la espiritualidad, cuando vivida con consciencia, auxilia a la vivencia de períodos conturbados durante la vida y en los eventos de luto, pues colabora de diferentes formas amenizan-

do el proceso, trayendo otras perspectivas para que continúe la vida, y, por lo tanto, es uno de los recursos usados por las familias en el enfrentamiento de la impotencia y dolor que surgen en los momentos de pérdidas⁽¹³⁾.

La fe favorece la elaboración del luto. El luto despierta sentimientos diversos, los cuales oscilan bastante durante el proceso⁽¹³⁻¹⁴⁾. En este período, de hecho, buscar por apoyo espiritual auxilia el entendimiento del luto, proporcionando reflexiones que lleva quien está de luto las nuevas perspectivas, auxiliando en la comprensión sobre la muerte y el morir, la pérdida, y, muchas veces, proporcionando cambios que el individuo lleva para otros aspectos del día-a-día, habiendo, incluso, una mejora en la calidad de vida^(12,14-15), como se muestra en algunas entrevistas de esta investigación.

Autores apuntan que reconocer la fe, la espiritualidad o la religiosidad como estrategias de enfrentamiento y buscar las lagunas espirituales de la persona hacen con que el trabajador de salud pueda planear y proveer un cuidado integral al individuo asistido, destacando la importancia de los profesionales para que comprendan las creencias y los valores de cada familiar en luto y perciban la influencia de esos factores en la calidad de vida de esa persona^(14,16).

En relación al sufrimiento y el dolor de la pérdida relatada por los familiares, estas son reacciones naturales y están presentes en todas las formas de luto⁽¹¹⁾. En ese contexto, el profesional de salud necesita aceptar la expresión emocional del familiar, no considerándose la necesidad de medicalizar el acontecimiento, quien está de luto debe ser libre para expresar sus sentimientos, mismo que de rabia, angustia y desespero^(9,12). Es de destacar que la persona que está de luto solamente empieza a percibir su nueva existencia y es permitida la expresión de su tristeza y dolor.

Todavía, los profesionales de salud son preparados para cuidar de la vida y no de la muerte, y eso puede ser observado por la inexistencia de

un enfoque tanatológica en los cursos del área de la salud⁽¹³⁻¹⁴⁾. La muerte, por ser una realidad del día a día de los trabajadores de salud, principalmente de los que trabajan en el SAPU, demuestra la necesidad del fomento del alumnado, de todos los cursos del área de la salud, la promoción de reflexiones sobre el ciclo de la vida del ser humano, ponderando que necesita estar preparado para lidiar con el proceso de nacer, vivir y morir⁽¹³⁾.

En la segunda epifanía - conviviendo con los cambios inmediatos - los participantes mencionaron cambios en la rutina y de la vivienda. Esas transformaciones tuvieron repercusiones en la vida del familiar acompañante y de la familia como un todo. Ante la muerte del ser querido, el familiar interpreta los significados, las reacciones de otras personas y el contexto. Esos significados son compartidos socialmente y constantemente los individuos reflejan sobre ellos utilizándolos para la acción⁽⁴⁾. Mismo ante el proceso de luto es de todos los sentimientos que lo acompañan, tal interpretación impulsa decisiones relacionadas al cambio en la rutina y de vivienda.

Estudios exponen que los ritos de paso en una familia pueden ser una oportunidad para cambios tanto psicológicas, cuanto espirituales, además de alteraciones en la rutina de las personas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

La pérdida de un ser querido deja marcas eternas, sin embargo, proseguir es primordial, ya que la vida demanda del que está de luto comenzar de nuevo, edificar nuevas rutinas y sueños, intentando vivir una nueva etapa de su vida^(14,17). El tiempo hace con que el desespero de lugar a la reconstrucción, el sufrimiento es amenizado, los recuerdos siempre estarán presentes, sin embargo, el pesar es ablandado y el futuro pasa a ser vislumbrado positivamente, demostrando que todo es creíble⁽¹⁵⁾.

La muerte de quien se ama agenda rupturas profundas, requiriendo cambios y ajustes de forma a que se comprenda al mundo y de hacer planos

para proseguir viviendo en él. Sin embargo, las reacciones al proceso de pérdida, se procesan de forma diferente entre los individuos y depende de múltiples situaciones que impregnan la muerte, tales como: la edad, el relacionamiento que existía, la enfermedad crónica o no, la fe, la personalidad y la cultura⁽¹⁸⁾.

Los testimonios en la categoría recordando y sintiendo el dolor de la pérdida, revelan que el familiar no se olvida de los recuerdos de una relación significativa. Estudios afirman que el individuo en proceso de luto no se olvida completamente del ser querido fallecido, los seres humanos no consiguen borrar aquellos que fueron participantes activos de su historia^(15,18). Recordar es una necesidad del que está de luto. Los recuerdos tienen la función de mantener conservada la relación con el fallecido.

A medida que el tiempo va pasando, los recuerdos de los seres queridos se vuelven compañeros de una existencia, sin embargo, en lugar del sufrimiento, surge un agradecer por la oportunidad de haber compartido momentos al lado de esta persona. Es de destacar que ese tiempo es variable de persona para persona, del grado de parentesco y de la conexión afectiva con el fallecido, o sea, la duración del sufrimiento puede variar. Algunos que está de luto pueden evidenciar su pesar por un período mayor, alcanzando incluso más de una década, como aquellos que pasan por una muerte trágica⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Del mismo modo, algunas personas consiguen demostrar su dolor más naturalmente, mientras otras son más tímidas e introspectivas⁽¹⁸⁾, incluso, en este estudio, muchos familiares que experimentaron la PCR seguida de la muerte del ser querido y atendían a los criterios de inclusión de la investigación, dijeron no tener disponibilidad personal para participar de la entrevista por ausencia de condiciones emocionales para hablar sobre la experiencia vivida.

La limitación de este estudio está relacionado a la no posibilidad de entrevistar todos

los familiares que experimentaron la parada cardiorrespiratoria seguida de muerte de su ser querido, con el fin de ampliar la percepción sobre el momento vivido. Otra posible limitación fue no haber anunciado de como la noticia de la muerte fue comunicada al acompañante.

CONCLUSIÓN

La experiencia de familiares de personas que sufrieron parada cardiorrespiratoria y murieron fue un momento marcante para esos individuos. Los participantes de este estudio contaron con detalles, de acuerdo con su percepción, ese evento. Fue, por lo tanto, una epifanía que trajo cambios.

El período que precedió a la presencia de los profesionales fue constituido por sentimientos intensos y suposiciones. La posibilidad de muerte fue temida por los acompañantes que esperaban el término del procedimiento de RCP. Un torbellino de sentimientos compuesto por miedo, ansiedad, desespero, rabia y ansiedad acometieron a los que esperaban por informaciones.

Al recibir la noticia de la muerte, los familiares enfrentaron el luto de diferentes formas, siendo que la espiritualidad tuvo una influencia positiva. Sin embargo, esa noticia necesita ser comunicada por los profesionales de salud con sensibilidad y preparo, pues tendrá impacto en el proceso del luto de este familiar.

La acogida de los acompañantes y el conocimiento sobre tanatología ciertamente auxiliarán al profesional de salud a lidiar con las personas que acabaron de recibir la noticia de la muerte de alguien que le es querido, pues así, podrá dar soporte e informaciones pertinentes en ese momento permeado de dolor.

La muerte es una temática que no se agota mismo con muchos estudios en ese campo; ya que es un acontecimiento natural, sin embargo,

vivido de forma dolorosa en la cultura occidental. Sin embargo, necesita ser ampliamente discutida en las universidades, en las residencias, en los locales de trabajo, o sea, en el día-a-día de los individuos; de ese modo, se cree, que será un hecho menos abrumador y más natural.

Ante los resultados de este estudio, se sugiere, para una investigación futura, que sea evaluado el impacto del proceso de comunicación de la muerte y el apoyo del equipo de salud como un todo en ese momento inexorable.

CITAS

1. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2013; 368:1008-18.
2. De Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, et al. Family presence during resuscitation: a qualitative analysis from a national multicenter randomized clinical trial. *PLoS One*. 2016 June; 11(6):e0156100.
3. Pazes MCE, Nunes L, Barbosa A. Factors influencing the experience of the terminal phase and the grieving process: the primary caregiver's perspective. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 30]; 4(3):95-104. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12135>.
4. Martins CBC. O legado do Departamento de Sociologia de Chicago (1920-1930) na constituição do interacionismo simbólico. *Soc Estado* [Internet]. 2014 [cited 2016 June 03]; 28(2): 217-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/se/v28n2/v28n2a03.pdf>.
5. Virgínio BCAE, Escudeiro CL, Christovam BP, Silvino ZR, Guimarães TCF, Oroski G. Death and organ donation from the point of view of nurses: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 June 03]; 13(1): 92-101. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4164>.
6. Ferreira PD, Mendes TN. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. *Rev SBPH* [Internet]. 2013 Jan-June [cited 2016

- June 23]; 16(1): 88-112. Available from: <http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a06.pdf>.
7. Le Breton D. *L'interactionnisme symbolique*. 3. ed. Paris (FRA): Puf; 2012.
 8. Denzin NK. *Interpretive Guidelines In: Denzin NK. Interpretive Autoethnography*. 2. ed. Los Angeles, CA: SAGE; 2014. p. 35-48.
 9. Silva MDF, Ferreira-Alves J. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicol Reflex Crit*. 2012; 25(3):588-95.
 10. Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA* [Internet]. 2013 Jul [cited 2016 Sep 24]; 310(4): 416-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530627/>
 11. Tome LY, Popim RC, Dell'Acqua MCQ. Enfermagem cuidando de paciente adulto e família no processo de morte em sala de emergência. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2011 [cited 2016 Sep 30]; 10(4): 650-57. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18307/pdf>
 12. Holland JM, Thompson KL, Rozalski V, Lichtenthal WG. Bereavement-related regret trajectories among widowed older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014 Jan; 69(1): 40-7.
 13. Oliveira PP, Amaral JG, Viegas SMF, Rodrigues AB. The perception of death and dying of professionals working in a long-term care institution for the elderly. *Cienc saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 30]; 18(9): 2635-644. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a18.pdf>
 14. Lima MGR, Nietzsche EA, Santos SC, Teixeira JA, Bottega JC, Nicola GDO, et al. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(3):190-7.
 15. Silva JDD, Sales CA. From the imaginary to reality: the experience of bereaved parents. *Rev. RENE* [Internet]. 2012 [Cited 2016 May 6]; 13(5): 1142-151. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/76/pdf>
 16. Cervelin AF, Luce Kruse MH. Spirituality and religiosity in palliative care: proposing a good death. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 Feb 29]; 9(Supl. 3):7615-24. Available from: <file:///C:/Users/User/Downloads/6353-70801-1-PB.pdf>
 17. Plaisance A, Witteman HO, Heyland DK, Ebell MH, Dupuis A, Lavoie-Bérard CA, et al. Development of a Decision Aid for Cardiopulmonary Resuscitation Involving Intensive Care Unit Patients' and Health Professionals' Participation Using User-Centered Design and a Wiki Platform for Rapid Prototyping: A Research Protocol. *JMIR Res Protoc*. 2016 Feb 11; 5(1): e24.
 18. Oliveira PP, Onofre PSC, Norberto PB. Death of the friends and family: experiences of elderly in long-term care institution. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2012 Jan [Cited 2016 May 30]; 6(1): 104-12. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2087/pdf_762
 19. Santos EC, Feijão AR, Menezes RMP. The care during terminal process in intensive therapy units. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 19]; 8(8): 2915-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6654/pdf_5988

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 07/11/2016

Revisado: 07/02/2018

Aprobado: 07/02/2018