

Liderazgo de enfermería en cuidados paliativos

*Enfermero, Doctor en
Enfermería, Profesor
Adjunto en la Universidad
del Estado de Bahía.
Profesor Permanente en
el Programa de Posgrado
en Enfermería y Salud de
la Universidad Federal de
Bahía.*

Hablar de la muerte es una experiencia que causa dolor, reflejo del miedo mismo a la muerte y a los procesos internos, incertidumbres y falta de espacio para hablar de la muerte. El proceso de morir ha sufrido cambios y actualmente nos enfrentamos a una revolución tecnológica que ha ido cambiando nuestras perspectivas sobre la muerte. Con tecnologías cada vez más avanzadas, es posible posponer, mitigar, eliminar los dolores de la persona en el proceso de morir.

Por lo tanto, es importante que el cuidado a esta persona sea realizado por un equipo interdisciplinario, con el objetivo de proporcionar cuidados especializados llamados cuidados paliativos. La filosofía de los cuidados paliativos aboga por el trabajo en equipo interdisciplinario, y este pilar es la base de la pirámide. Pensando en el trabajo en equipo, entendemos la necesidad de discutir el papel del liderazgo y líder.

El liderazgo se configura como un proceso que influye en los demás, apoyándolos a trabajar con entusiasmo para alcanzar objetivos comunes. El liderazgo es la capacidad de tomar la iniciativa de gestionar, reunir, promover, alentar, motivar y evaluar a un grupo o equipo. La persona que ejerce el liderazgo es un líder y debe ser capaz de inspirar o guiar a individuos y grupos como un modelo para todos. Liderar el entorno del equipo de cuidados paliativos es compartir un viaje hacia un sueño: poner fin al sufrimiento que viene con la enfermedad. Un líder es alguien que tiene un proyecto y que otros lo siguen y lo acompañan en su desarrollo. El líder tiene más poder porque tiene las siguientes características: integridad, humildad, trabajo, igualdad y ayuda.

El enfermero líder en cuidado paliativo busca ayudar a la persona y a su familia. El líder trata de crear las mejores condiciones para que el equipo pueda ejercer su vocación con la mayor facilidad y recursos para promover dos cosas: la buena relación terapéutica y el desarrollo profesional y personal del equipo. Un líder debe tratar de conectarse y sostenerse en tres dimensiones: 1) consigo mismo (intrapersonal); 2) En el medio ambiente (Interpersonal) y 3) Además de usted y el medio

ambiente (Transpersonal).

La dimensión intrapersonal que se refiere al sentido de la vida y trata de responder a las preguntas: ¿Quién soy yo? ¿Qué estoy haciendo aquí? ¿Y cuál es el significado de mi vida? ¿Adónde voy a ir? El grado de autoconciencia personal y la conexión con su propia dimensión espiritual será fundamental para que el líder mantenga su coherencia y ecuanimidad en tiempos difíciles.

La dimensión interpersonal es la respuesta a las preguntas: ¿tengo valor? ¿Merezco el respeto y el amor de los demás? ¿Puedo amar y ser amado? ¿Soy reconocido por mis esfuerzos? Aquí, la capacidad de establecer relaciones constructivas, armoniosas y de calidad con las personas del equipo es esencial.

La dimensión transpersonal es una visión intuida y elaborada en el mundo interior del líder, que da sentido a sí mismo y a los miem-

bros del equipo y responde a las necesidades de los pacientes y de la familia (unidad de atención). Esto debe buscar una conexión con otros miembros del equipo, basada en el respeto y una fuente de entusiasmo compartido. Promueve la resonancia empática.

La competencia de las enfermeras como líder en el equipo de cuidados paliativos tiene como objetivo adquirir habilidades para el trabajo y la gestión de conflictos en el equipo. Este objetivo se puede lograr a partir de las cinco prácticas principales del líder: desarrollar su visión, aprender a escuchar antes de hablar y actuar, invertir en la grandeza del otro, darse el poder de construir una comunidad mediante el cultivo de relaciones estratégicas. El enfoque del trabajo en equipo en cuidados paliativos debe ser sin duda interdisciplinario y el cuidado debe realizarse para lograr la atención transdisciplinaria.

Referencias Bibliográficas

- Ellershaw JE, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003;326:30-34 2
- Strada A. Preserving life at the end of life: shifting the temporal dimension of hope. *Palliat Support Care*. 2008 Jun;6(2):187-8. doi: 10.1017/S147895150800028X.
- Simmonds A. Decision-making by default: experiences of physicians and nurses with dying patients in intensive care. *Hum Health Care Int*. 1996 Nov;12(4):168-72.
- Spence D. Palliative care: end of life care. *West Indian Med J*. 2003 Dec;52(4):265-6.
- Thompson GN, Chochinov HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2008 Mar;2(1):49-53. doi: 10.1097/SPC.0b013e3282f4cb15.
- Kuhl D, Stanbrook MB, Hébert PC. What people want at the end of life. *CMAJ*. 2010 Nov 9;182(16):1707. doi: 10.1503/cmaj.101201. Epub 2010 Sep 13.
- Yun YH, Lee MK, Kim SY, Lee WJ, Jung KH, Do YR, Kim S, Heo DS, Choi JS, Park SY, Jeong HS, Kang JH, Kim SY, Ro J, Lee JL, Park SR, Park S. Impact of awareness of terminal illness and use of palliative care or intensive care unit on the survival of terminally ill patients with cancer: prospective cohort study. *J Clin Oncol*. 2011 Jun 20;29(18):2474-80. doi: 10.1200/JCO.2010.30.1184. Epub 2011 May 16.
- Notcutt WG. Care of dying patients. Education in palliative care for all. *BMJ*. 2003 Mar 8;326(7388):552. doi: 10.1136/bmj.326.7388.552/a.
- Spohr M. Psychosocial aspects in terminally ill and dying patients. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2000 Sep;94(7):595-601.
- Thompson GN, Chochinov HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2008 Mar;2(1):49-53. doi: 10.1097/SPC.0b013e3282f4cb15.
- Hutter N, Stößel U, Meffert C, Körner M, Bozzaro C, Becker G, Baumeister H. "Good dying"—definition and current state of research. *Dtsch Med Wochenschr*. 2015 Aug;140(17):1296-301. doi: 10.1055/s-0041-102676. Epub 2015 Aug 25.
- Waun J. For dying patients and their families. *Bioethics Forum*. 1999 Spring;15(1):38-41.
- Bertolino M. Promoting quality of life near the end of life in Argentina. Interview by Karen S. Heller. *J Palliat Med*. 2001 Fall;4(3):423-30. doi: 10.1089/109662101753124110.
- Kuhl D, Stanbrook MB, Hébert PC. What people want at the end of life. *CMAJ*. 2010 Nov 9;182(16):1707. doi: 10.1503/cmaj.101201. Epub 2010 Sep 13.
- Cannaerts N, Dierckx de Casterlé B, Grypdonck M. Palliative care, care for life: a study of the specificity of residential palliative care. *Qual Health Res*. 2004 Jul;14(6):816-35. doi: 10.1177/1049732304265977.
- Wylie NA. Nursing care of terminally ill patients in hospital settings. *QRB Qual Rev Bull*. 1980 Dec;6(12):4-7.
- Steffen-Bürgi B. Ideas about a "good death" in Palliative Care Nursing]. *Pflege*. 2009 Oct;22(5):371-8. doi: 10.1024/1012-5302.22.5.371.