

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**UNIDAD DE POSGRADO**



**TESIS**

**“VIVENCIAS DE ENFERMERAS ANTE LA MUERTE DE LA  
PERSONA CRÍTICAMENTE ENFERMA, HOSPITAL APOYO  
CHEPÉN – 2018”**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
"AREA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA - ESPECIALISTA EN CUIDADOS  
INTENSIVOS ADULTO"**

**INVESTIGADORAS:**

**Lic. Enf. AMAYA PAIRAZAMÁN YULIANA ELIZABETH**

**Lic. Enf. NÚÑEZ VILCA JENNY ROXANA**

**ASESORA:**

**Dra. RUIZ OLIVA TEÓFILA ESPERANZA**

**LAMBAYEQUE, 2019**

---

**Mg. Nora Elisa Sánchez de García**  
**Presidenta**

---

**Mg. Rosario Cleotilde Castro Aquino**  
**Secretaria**

---

**Mg. María Rosa Baca Pupuche**  
**Vocal**

---

**Dra. Ruiz Oliva Teófila Esperanza**  
**Asesora**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAHP

## ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 330-2019-UPG-FE Folio N° 196  
Licenciada: Amaya Paitrazaman Yuliana Elizabeth en la  
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 10:00 am  
horas del día 12 de marzo del 2019, Los señores Miembros del Jurado designados  
mediante Resolución N° 428-2018-D-FE  
PRESIDENTE: Mg. Nora Elisa Sánchez de García  
SECRETARIO: Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino  
VOCAL: Mg. María Rosa Baca Pepuche

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Vivencias de enfermeras ante la muerte de la persona críticamente enferma, Hospital Apoyo Chepen - 2018"

patrocinada por el profesor  
(a) Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Jenny Roxana Nuñez Vilca  
Yuliana Elizabeth Amaya Paitrazaman

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad de: "Área del Cuidado de Enfermería - Especialista en Cuidados Intensivos Adulto"

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado; después de deliberar, declaró Aprobado por Unanimidad la tesis con el calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Nora Sandy de García  
PRESIDENTE  
Rosario Clotilde Castro Aquino  
VOCAL

Teófila Esperanza Ruiz Oliva  
SECRETARIO  
Jenny Roxana Nuñez Vilca  
PATROCINADOR

# ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAHP

## ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 329-2019-UPG-FE Folio N° 196  
Licenciada: Nuñez Vilca Jenny Roxana en la  
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 10:00 am  
horas del día 12 de marzo de 2019 Los señores Miembros del Jurado designados  
mediante Resolución N° 428-2018-D-FE  
PRESIDENTE: Mg. Nora Elisa Sánchez de García  
SECRETARIO: Mg. Rosalío Clotilde Castro Aquino  
VOCAL: Mg. María Rosa Baca Pupuche

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Vivencias de enfermeras ante la muerte de la persona  
críticamente enferma, Hospital Apoyo Chepén - 2018"

patrocinada por el profesor  
(a) Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva.

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Jenny Roxana Nuñez Vilca  
Yuliana Elizabeth Amaya Pairazaman

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad de: "Dra del  
Cuidado de Enfermería - Especialista en Cuidados Inten-  
sivos Adulto".

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las  
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,  
declaró Aprobado por Unanimidad la tesis con el calificativo de BUENO ;  
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Nora Sánchez de García  
PRESIDENTE

Rosalío Castro Aquino  
SECRETARIO

María Rosa Baca Pupuche  
VOCAL

Teófila Ruiz Oliva  
PATROCINADOR

## **DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD**

**Lic. Enf. AMAYA PAIRAZAMÁN YULIANA ELIZABETH, Lic. Enf. NUÑEZ VILCA JENNY ROXANA**, Investigadoras Principales y **Dra. RUIZ OLIVA TEÓFILA ESPERANZA**, Asesora del Trabajo de Investigación: **“VIVENCIAS DE ENFERMERAS ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA CRÍTICAMENTE ENFERMA, HOSPITAL APOYO CHEPÉN – 2018”**; declaramos bajo juramento que este trabajo es original, no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo al que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del grado o título emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 04 de diciembre de 2018.

---

**Lic. Enf. Amaya Pairazamán Yuliana Elizabeth**  
**Investigadora**

---

**Lic. Enf. Núñez Vilca Jenny Roxana**  
**Investigadora**

---

**Dra. Ruiz Oliva Teófila Esperanza**  
**Asesora**

## **AGRADECIMIENTO**

A Jesucristo, nuestro Señor y Dios, por enseñarnos el camino correcto de la vida, guiándonos y fortaleciéndonos cada día con su Espíritu Santo.

A los docentes de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo por enriquecer nuestros conocimientos y darnos la oportunidad de desarrollarnos profesionalmente.

A la Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva, por su generosidad y valiosa asesoría al brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

**Las Autoras.**

# ÍNDICE

<b>ACTA DE SUSTENTACIÓN .....</b>	<b>iii</b>
<b>DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD .....</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL .....</b>	<b>4</b>
1.1. Antecedentes .....	5
1.2. Base Teórica Conceptual .....	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>14</b>
2.1. Tipo De Investigación.....	15
2.2. Diseño Metodológico.....	15
2.3. Población Y Muestra .....	17
2.4. Contexto.....	18
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	18
2.6. Aspectos Éticos.....	19
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>37</b>
4.1. Consideraciones Finales .....	38
4.2. Recomendaciones .....	39
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>45</b>

## RESUMEN

El estudio pretende conocer las vivencias experimentadas por las enfermeras frente a la muerte del paciente críticamente enfermo. La investigación es de tipo cualitativa, se realizó en enfermeras del Hospital Apoyo Chepén – Provincia de Chepén, con la finalidad de comprender las vivencias de las enfermeras ante la muerte de la persona críticamente enferma. La población estuvo conformada por las 40 enfermeras que laboran en el Hospital de Apoyo Chepén, para delimitar la muestra se empleó la técnica de “Saturación”, y estuvo conformada por 10 enfermeras, a quienes se aplicó la entrevista, siendo los discursos procesados mediante el análisis temático de los cuales se obtuvo tres categorías: Experiencias de las enfermeras según las etapas de vida de la persona cuidada, Experimentando sentimientos de la enfermera en el cuidado de la persona en el proceso de morir y Brindando cuidado al paciente crítico. Se encontró que la vivencia principal se aboca a brindar un cuidado humanizado y de calidad a la persona y familia, surgiendo en este proceso sentimientos como dolor, pena, tristeza, impotencia, angustia; los cuales se intensifican según la etapa de vida del individuo y si se trata de un padecimiento agudo o crónico. Este proceso de duelo que vive la enfermera en cada una de estas experiencias, a medida que pasa el tiempo se vuelve rutinario y en algunos casos se torna normal, no afectándole, aceptando a la muerte como un proceso natural en la vida del ser humano.

Palabras Claves: Vivencias - Muerte – Enfermera – Cuidado.

## **ABSTRACT**

The study aims to know the experiences experienced by nurses in the face of the death of the critically ill patient. The research is of qualitative type, it was carried out in nurses of the Hospital Apoyo Chepén - Province of Chepén, with the purpose of understanding the experiences of the nurses before the death of the critically ill person. The population consisted of the 40 nurses who work in the Chepén Support Hospital, to delimit the sample, the technique of "Saturation" was used, and it consisted of 10 nurses, to whom the interview was applied, being the speeches processed through the thematic analysis of which three categories were obtained: Experiences of the nurses according to the stages of life of the person cared for, Experiencing feelings of the nurse in the care of the person in the process of dying and Providing care to the critical patient. It was found that the main experience is devoted to providing a humanized and quality care to the person and family, arising in this process feelings such as pain, grief, sadness, helplessness, anguish; which intensify according to the life stage of the individual and if it is an acute or chronic disease. This process of grief that the nurse experiences in each of these experiences, as time goes by becomes routine and in some cases becomes normal, not affecting him, accepting death as a natural process in the life of the human being.

**Key Words:** Life experiences - Death - Nurse - Care.

## INTRODUCCIÓN

A largo de la vida los seres humanos experimentan una serie de sucesos vitales en su calidad de “Ser en el Mundo”, que se traducen en vivencias las cuales se constituyen en experiencias que marcan el ser y se tornan mucho más importantes cuando se relacionan con la vida y la muerte como es durante el proceso salud-enfermedad.

Las vivencias es toda experiencia que deja una huella en la personalidad, es decir que tiene relevancia en la vida psicológica. Las vivencias surgen en relación con la capacidad vivencial de cada persona, con el umbral de la profundidad de la vivencia. Dilthey<sup>1</sup>, habla que no es posible experimentar lo presente como tal ya que lo vivido en un momento, inmediatamente se convierte en pasado, es así que la historia previa e inmediata al presente, por un instante de distancia resulta determinante para experimentar la vivencia y darle lógica y continuidad al presente con referencia a ese instante pasado.

El cuidado se define como “Aquel acto de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”; el cuidado de enfermería implica el deseo de dar cuidado y de llevar a cabo acciones de cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación o intervenciones físicas de enfermera – paciente (Escobar, 2000).<sup>1</sup>

El cuidado individualizado y humanizado debe brindarse con el objetivo de comprender la subjetividad de ser cuidado, percibiéndolo en sus variadas dimensiones humanas, una vez que debe tratar la salud de forma integral, inclusive la psicobiológica, considerando que el

proceso engloba cuidar para promover, mantener y/o recuperar la dignidad y la totalidad humana. En este sentido, el cuidado se entiende como una acción que va más allá de procedimientos técnicos, abarcando un compromiso con el otro, tornándose en una acción humanizada (Waldo, 2005).<sup>1</sup>

Para los profesionales de la salud, la experiencia de la muerte y su proceso es una de las vivencias más impactantes, siendo de gran interés científico y considerado uno de los mayores retos que deben afrontar el profesional.

Débenos recordar que el profesional de enfermería es el que pasa mayor tiempo con el paciente, lo cual implica afrontar una enfermedad terminal, la agonía, dolor, el sufrimiento y finalmente el deceso del paciente.

La vivencia del profesional de enfermería ante la muerte va a guiar la forma de su cuidado, así como afrontar este proceso. Al adoptar una actitud negativa puede causar una reacción no favorable en la persona, y en el mismo profesional y que a su vez podría causar consecuencias físicas y emocionales que afecten su desempeño laboral; por lo que se espera una actitud positiva, cálida, favorable y de apoyo, que beneficie al paciente en su salud, y a la misma enfermera.

Dentro del equipo de salud, las enfermeras son probablemente, las que más directamente sufrirán y vivirán ésta situación tensa que genera la muerte, y básicamente por dos motivos: porque la muerte del paciente le hace tomar conciencia de su propia finitud y de las pérdidas que ha sufrido a lo largo de su vida, y porque es el profesional que más horas pasa al lado del enfermo y de su familia.

Aceptar la muerte contradice el objetivo esencial de las enfermeras, que es conservar la salud y la vida. Por ello, erróneamente, al individuo que entra en un proceso terminal se le

cuida para que se cure y no para que viva con calidad de vida el tiempo que le queda, ocultándose en un gran porcentaje de casos la realidad y negándosele la oportunidad de ser él mismo hasta el final.

Para ello formulamos la siguiente pregunta orientadora: ***“¿Podría usted relatar las vivencias que ha tenido ante la muerte de la persona críticamente enferma?”***

El objetivo del estudio fue analizar las vivencias de las enfermeras ante la muerte del paciente críticamente enfermo.

Se justifica porque durante la experiencia profesional como estudiantes de la especialidad de cuidados intensivos adulto nos hemos enfrentado a la muerte de pacientes críticos y hemos observado las reacciones del personal de enfermería que labora en el área; el solo hecho de involucrarse con el paciente, fuerza a la enfermera a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte; por este motivo creímos necesario la realización del presente estudio, cuyos resultados serán de utilidad para diseñar estrategias que conlleven a mejorar la calidad de atención de estas personas.

El estudio está estructurado en cuatro capítulos:

El primer capítulo describe el marco teórico empleado en la fundamentación, en el segundo el marco metodológico, en el tercero los resultados y discusión y en el cuarto las consideraciones finales y recomendaciones.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL**

## MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 1.1. Antecedentes

Luego de realizar la revisión de antecedentes se encontraron algunos estudios relacionados o cercanos al objeto de estudio.

Sábado J. y Gómez J.<sup>4</sup> en España en el 2003, en la investigación titulada Actitudes ante la muerte e inteligencia emocional de estudiantes de enfermería, Universidad Autónoma de Barcelona, España, tuvo como objetivo estudiar la relación entre las actitudes ante la muerte y los componentes de la inteligencia emocional, obtuvieron como resultados dos escalas de actitud ante la muerte correlacionaban de forma positiva y significativa con el componente percepción, mientras que presentaban correlación negativa y significativa con la regulación surgiendo altos niveles de depresión y ansiedad. El aporte en esta investigación fue que cuando existen niveles elevados de ansiedad y depresión ante la muerte, se produce un aumento de la susceptibilidad a la percepción de estímulos emocionales, mientras que las bajas puntuaciones están relacionadas con una regulación emocional más eficaz.

Gálvez M., Del Águila B., Fernández L., Muñumel G., Fernández C. y Ríos F.<sup>5</sup> en España, en el 2012 en el trabajo Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras cuyo objetivo es explorar las respuestas de afrontamiento que experimentan las enfermeras de cuidados intensivos ante la muerte del paciente crítico. Métodos. Las estrategias de afrontamiento identificadas tras el análisis cualitativo se agruparon según su frecuencia de presentación

en estrategias primarias y estrategias secundarias. La aceptación y el distanciamiento son recursos de afrontamiento primarios, mientras que la búsqueda de apoyo social, la autoconfianza, la redefinición cognitiva, la generación de emociones positivas, la negación y la búsqueda de apoyo espiritual son recursos de afrontamiento secundarios.

Mendoza E., Peraza y Pineda M. <sup>6</sup> en Chile en el 2005, en la investigación denominada Principales factores que influyen en la actitud del personal de enfermería ante la muerte de los Pacientes en el Hospital Dr. Antonio María Pinedo Colombia, tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en la actitud del personal de Enfermería ante la muerte de los enfermos. Sus resultados fueron que el 48% del personal de enfermería se deprimían, el 20% sentían miedo, el 12% expresaban ira e indiferencia y el 8% sentían rechazo. Demostrando así que evadían situaciones donde estaba presente la muerte.

Mera C. <sup>7</sup> en España en el 2007, en el trabajo titulado El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007. El objetivo fue describir como es el cuidado humanizado de enfermería al paciente moribundo y la familia, las consideraciones finales fueron: “El cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e insolente” y “El cuidado humanizado debería basarse en la integralidad de la persona y en la relación de dos seres que se reconocen como humanos mutuamente”.

Maza M., Zavala M. y Merino J. <sup>8</sup> en Chile en el 2009, en el trabajo Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, cuyo objetivo es conocer la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte y los factores que influyen en dicha actitud, tuvo como promedio global de los puntajes obtenidos en la Escala de Medición de Actitud ante la Muerte fue de 139,83 puntos, y su mediana fue de 141

puntos, por lo que el 50% de los profesionales obtuvieron 140 puntos o menos y el 50% restante obtuvo sobre 141 puntos. En una escala de medición, un puntaje de 141 o más refleja que el profesional de enfermería tiene una actitud positiva ante la muerte, en cambio, un puntaje de 140 o menos puntos reflejan que el profesional de enfermería tiene una actitud negativa ante la muerte.

## **1.2. Base Teórica Conceptual**

Enfermería se perfila como una profesión desde la era Nightingale; desde esos años se formaliza la preparación de enfermeras en hospitales. La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio, cuya esencia es el respeto por la vida y el cuidado del ser humano. Enfermería es cuidado y el cuidado “es un arte y ciencia humanística aprendida que se centra en conductas de cuidados personalizados individuales o de grupo, funciones y procesos dirigidos hacia la promoción, el mantenimiento de conductas de salud o la recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicológica, cultural y social “. En tal sentido el objetivo del trabajo de enfermería es el cuidado, premisa que ha sido aceptada por los profesionales; de este modo cuando se define enfermería se dice que esta es la ciencia y el arte del cuidado.<sup>9</sup>

Los profesionales de Enfermería, por sus responsabilidades inherentes, están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero deben encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar sus sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente con enfermedad terminal. Hay que añadir, además, que aceptar muerte del paciente contradice el objetivo esencial de las profesiones sanitarias, que es conservar la salud y la vida.<sup>8</sup>

En los hospitales, son los profesionales de enfermería quienes más tiempo pasan junto a los pacientes, ya que uno de los principales objetivos es el cuidado de ellos. Esto hace que en su actividad normal tengan que enfrentarse directa y frecuentemente con la muerte.<sup>8</sup>

Las enfermeras piensan en general que el paciente es el elemento más importante y que su trabajo se debe centrar en él (el paciente de UCI como objeto de cuidados). Manifiestan que en situaciones de urgencia se priman las técnicas y se olvidan los sentimientos. La importancia del equilibrio entre el cuidado hacia las necesidades del paciente y la parte más técnica es destacada hasta por las enfermeras recién diplomadas que realizan sus primeros contratos en una UCI.<sup>8</sup>

El de estado crítico es un concepto que utilizamos en nuestro idioma con frecuencia para referirnos o dar cuenta de aquellas situaciones cruciales y excepcionales de un hecho y que se caracteriza porque el peligro está presente, amenaza, y hasta puede resultar fatal, de vida o muerte para quien está amenazado por él, si no logra luchar y enfrentarse con un resultado positivo.<sup>26</sup>

El paciente crítico es definido por la Sociedad Americana de Medicina Intensiva, como aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia según evolución.<sup>27</sup>

Paciente crítico se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.<sup>27</sup>

A mayor cantidad de actividades técnicas y a mayor gravedad del proceso, menor cantidad de comunicación y relación con el paciente. A veces se atribuye a la falta de

comunicación a las dificultades que ofrece este proceso en pacientes intubados, traqueostomizados.

Las enfermeras sienten que en el sistema sanitario prima la cantidad de actividades realizadas con el paciente más que los niveles de eficacia en la comunicación y de satisfacción alcanzados con el paciente y su familia.

Verbalizan la necesidad de una mayor formación en el campo de las habilidades sociales.

Una vivencia es toda experiencia que deja una huella en la personalidad, es decir, que tiene relevancia en la vida psicológica. Las vivencias surgen en relación con la capacidad vivencial de cada persona, con el umbral de la profundidad de la vivencia.

Cada persona tiene una distinta capacidad vivencial. Algunos reaccionan fácilmente ante cualquier suceso o estímulo externo, todo les emociona, todo les afecta; mientras que a otros parece que nada les impresiona, que no sienten nunca nada, que nada les afecta. Son aquellos de los que decimos que parecen insensibles a todo lo que sucede a su alrededor. Por tanto, la aparición de una vivencia estará supeditada a la capacidad vivencial de cada uno.<sup>7</sup>

Las Unidades de Cuidado Intensivos son unidades con equipos altamente sofisticados donde se proporcionan cuidados de alto nivel técnico, pues los pacientes están en estado crítico y la idea de la muerte siempre está presente; está descrito que hasta un 20% de muertes de pacientes se produce en estas unidades.

La muerte es un proceso de desintegración biológica irreversible, el cual se comprueba a través del cese de las grandes funciones vitales, sin embargo, hablar de muerte es un tema complejo, constituyendo hoy en día, para muchas culturas, un tabú; es definido por

el diccionario de la Real Academia como: “Cese o término de la vida o en el sentido de lo humano como la separación del cuerpo y el alma”. Por otra parte, existe una visión de muerte biológica, basada en criterios neurológicos, referida al cese permanente del funcionamiento del organismo como un todo.

La muerte es un proceso biológico y psicosocial, en el que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en una secuencia gradual y silente que escapa a la simple observación. Las personas conviven con el miedo a la muerte, pero los profesionales sanitarios están continuamente enfrentados a la muerte de otras personas y en contacto continuo con ella. Esto puede influir positiva o negativamente en su actitud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés.<sup>6</sup>

La muerte significa, normalmente, dolor y soledad para los que quedan. Por lo tanto, desde esta perspectiva, no es solo la destrucción de un estado físico y biológico que ella trae, sino también el fin de un ser en correlación con el otro<sup>6</sup>, ha sido siempre y es, para el hombre, un tema de profunda reflexión y meditación, tanto desde la perspectiva filosófica como religiosa y la más actual, la científica. Sin embargo, en las sociedades industriales avanzadas cada vez es más difícil el convivir o el aceptar la mera idea de la muerte, según lo señalado por Sontag.<sup>3</sup>

Se ha observado que “si la muerte explica la vida, no ocurre lo mismo a la inversa, y de este modo la muerte permanece como un problema o si se quiere, como una realidad problemática para lo cual no parece encontrarse ninguna fundamentación adecuada”.<sup>4</sup>

Otro autor señala que “la muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da también es antagónica”<sup>5</sup>

En este sentido, la muerte o su proximidad, genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Además, se señala que entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentra la ansiedad, el miedo y la depresión<sup>5</sup>.

En la sociedad occidental, la muerte se vive “como algo extraño, imprevisto, que trunca nuestras vidas, y que la mayoría de las veces no está en nuestros pensamientos”<sup>6</sup>.

Esta negación social de la muerte también se traslada al ámbito médico: la medicina se ha centrado básicamente en eliminar la enfermedad o todas las causas posibles de muerte, a partir de la idea que ésta es en teoría evitable, y que cuando se presenta se vive como un fracaso médico. Se ha observado que “la tendencia de la sociedad actual es esconder y medicalizar la muerte; se prefiere una muerte rápida, súbita, que se produzca cuando uno está durmiendo y sin o con un bajo nivel de conciencia”<sup>7</sup>.

En la actualidad y en la sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que la mayoría de las veces no está presente en los pensamientos cotidianos<sup>8</sup>.

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional, así como para la familia del ser

querido que acaba de morir. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de facultades mentales.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella. Siguiendo en esta línea, otros autores señalan que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos <sup>10</sup>.

Para todo ser humano, presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal, aunque poco frecuente, pero se ha observado que para el profesional de enfermería es una experiencia más frecuente ya que la muerte, en la actualidad, se ha institucionalizado, se prefiere una muerte en un hospital más que en el hogar <sup>11</sup>.

Esta institucionalización de la muerte hace que el profesional de enfermería tenga una importante participación de este proceso, tanto con el paciente moribundo como con sus familias; se hace partícipe todo el equipo de salud, pero los enfermeros son quienes tienen una participación más directa, ya que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes.

“Cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás” <sup>6</sup>.

Watson refiere que el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de los demás. Permite regresar a las raíces y valores profesionales más profundos y que representa el arquetipo de la enfermera ideal. El cuidado deja constancia de la identidad profesional en un contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. Sostiene que este cuidado contribuye a que tales valores estén presentes y la enfermería no sea concebida “solo como un trabajo”, más bien ofrece una fundamentación ética y filosófica para la enfermería de hoy y de mañana. Su enfoque humanístico, basado en los valores que incorpora su teoría, permite brindar apoyo a la enfermería y al cuidar humano en las instituciones geriátricas <sup>12</sup>.

## **CAPÍTULO II**

# **MARCO METODOLÓGICO**

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1. Tipo De Investigación**

La presente investigación fue de tipo cualitativa, la cual consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando lo que los participantes dicen de sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos, tal y como son sentidas y expresadas por las personas y no como el investigador las observa.

A través de este tipo de investigación, las investigadoras han podido analizar las vivencias de las enfermeras frente a la muerte de la persona críticamente enferma, es decir observar tal como suceden estas, e interpretar los fenómenos de acuerdo a los significados que tienen para las personas implicadas.

### **2.2. Diseño Metodológico**

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y su objetivo, la presente investigación fue de enfoque cualitativo. Porque permitió tener una visión global del objeto de estudio y cuyo abordaje fue el estudio de caso, porque se aplicó un proceso de indagación, caracterizado por el examen sistemático y en profundidad del tema de investigación.

También se han tenido en cuenta algunos principios del estudio de caso durante la investigación, Menga Ludke: Los estudios de caso se “Dirigen al descubrimiento”, a pesar que las investigadoras partieron de algunos presupuestos teóricos, es decir de los diferentes componentes del problema debidamente sustentados y que se constituyen en

el esqueleto de la investigación, las investigadoras se mantuvieron atentas y con apertura a los nuevos elementos que surgieron y se consideraron relevantes en el transcurso del estudio. Convirtiéndose la revisión bibliográfica y el marco teórico inicial en la base o estructura sobre la que se fundamentó y descubrió nuevos aspectos o dimensiones en el estudio, la contemplación a través de la razón teórica permitió que el conocimiento se vaya construyendo y reconstruyendo constantemente. Así lo refiere Ludke, esta característica es fundamental, en el presupuesto de que el conocimiento no es algo acabado, es una construcción que se hace y se rehace constantemente, se estará atento a nuevos aspectos en el desarrollo de la investigación.

1. Los estudios de caso enfatizan “la interpretación en el contexto”. Para comprender mejor el objeto de estudio fue preciso considerar el contexto en el cual se situó el objeto de estudio: Hospital Apoyo Chepén, el escenario donde se desarrolló la presente investigación, se entrevistó a enfermeras que trabajan en dicha institución.
2. La metodología de esta investigación por ser un estudio de caso “busca retratar la realidad en forma compleja y profunda”. Partiendo de la situación problema, se abordaron para el estudio todas las variables o dimensiones de la situación viéndolas como un todo, para poder revelar toda la multiplicidad de dimensiones que confluyen, evidenciando y enfatizando la complejidad natural que se presenta cuando se trata de investigar el lado subjetivo de una problemática. Nos enfocamos en las percepciones de las vivencias de las enfermeras ante la muerte de la persona críticamente enferma considerando todos los elementos revelados y la relación natural de este proceso con su labor diaria, y con ayuda de las autoras que sustentan la investigación reveló la multiplicidad de dimensiones dentro de esa totalidad.

3. Los estudios de casos revelan experiencias secundarias pero importantes y permiten generalizaciones naturalísticas. Para cumplir este principio, se identificó experiencias significativas y representativas acerca de cómo son las vivencias de las enfermeras frente a la muerte de la persona críticamente enferma, permitiendo describir de manera minuciosa el contexto y caracterizar a los sujetos que participaron del estudio, logrando la generalización naturalísticas en otra realidad, que presentó características similares al contexto donde se realizó la investigación.
4. Los estudios de casos procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Durante la investigación se suscitaron opiniones diferentes acerca del objeto de estudio, las investigadoras procuraron revelar esas divergencias de opiniones, aportando incluso su propio punto de vista sobre la situación, a fin de llegar a conocer la verdad de la realidad estudiada.
5. En los relatos del estudio de caso se utilizó un lenguaje y una forma más accesible a otros relatos de investigación. Este principio se aplicó durante el análisis de la investigación, ya que se pudo realizar un relato narrativo que permitió la accesibilidad a las diferentes personas interesadas en la línea de investigación. El informe final fue elaborado, utilizando un lenguaje sencillo y claro, y respetando los criterios establecidos para la redacción y presentación del mismo, tratando que no se aparte de la realidad estudiada y permita al lector hacer nuevas investigaciones a partir de esta.

### **2.3. Población Y Muestra**

La población estuvo conformada por las 40 enfermeras que laboran en el Hospital de Apoyo Chepén.

La muestra tuvo como participantes a las 10 enfermeras que laboran en el Hospital Apoyo Chepén, contratadas, nombradas o por servicios no personales y como mínimo un año trabajando en la unidad.

Se entabló contacto con cada una de las participantes, a través de una presentación personal para establecer una relación de empatía, además se explicó de manera clara y precisa la naturaleza y objetivo de la investigación, después de obtener su aceptación de participar, se ofreció mantener en reserva su identidad, por lo que se procedió a realizar la entrevista, la cual fue grabada.

Para delimitar la muestra se hizo uso de la técnica de “Saturación”, que se refiere a que la indagación ha culminado cuando las entrevistas se repiten en su contenido.

La saturación se dio al contar con el número de diez entrevistadas, por lo tanto, equivale al número de participantes.

## **2.4. Contexto**

El Hospital de Apoyo Chepén es una institución prestadora de servicios de salud con categoría II- I está conformado por los servicios hospitalarios de medicina, cirugía, pediatría, emergencia, ginecobstetricia, centro obstétrico, y sala de operaciones contando con 40 enfermeras que cubren los servicios de forma rotativa.

## **2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

### **Fundamentos Teóricos De La Trayectoria Metodológica**

En el presente estudio de investigación, las descripciones se obtuvieron a través de los discursos de las enfermeras participantes, logrando la comprensión empática, aspecto

fundamental en la recolección de datos, para obtener la descripción fidedigna de los sentimientos experimentados, facilitando la interacción con los participantes.

Se debe considerar que el ambiente para la recolección de datos sea el apropiado, tomando en cuenta el deseo de los participantes. Para obtener los discursos en relación a las vivencias de la enfermera, se empleó la entrevista, permitiéndonos comprender el fenómeno indagado.

Se utilizó una grabadora, que permitió la realización y grabación de la entrevista, haciendo presente la necesidad de su uso, el cual nos favoreció en la transcripción de los discursos sin alterar su contenido, se dejó que las enfermeras expresen libremente sus vivencias; el investigador orientó la entrevista y se motivó a seguir con los relatos usando la frase: ¿Qué más? Cuando la entrevistada no fue muy expresiva, brindando confianza a la participante para continuar con su relato.

## **2.6. Aspectos Éticos**

En la investigación con seres humanos, como suele ocurrir en la investigación en salud se requiere garantizar sus derechos, es por ello que durante la presente investigación se puso en práctica los principios éticos fundamentales que guiaron la conducta ética de las investigadoras. Las cuales se mantuvieron durante todo el desarrollo de esta investigación, estos son:

### **1. Respeto a las personas:**

En esta investigación, el respeto a las personas incluye dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas.

Se tuvo en cuenta en la presente investigación el reconocimiento de la autonomía de cada uno de los participantes, considerando que cada persona tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, de obrar bajo la dirección de estas habilidades sociales, dando valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas. No absteniéndose de limitar sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás participantes.

## **2. Beneficencia:**

La beneficencia se entiende como los actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. Es decir que en esta investigación se trató a las personas de manera ética, no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar.

En esta investigación, la beneficencia se entendió en sentido más radical, como una obligación, se tuvo en cuenta dos reglas generales, las cuales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: No causar ningún daño a los participantes, y maximizar los beneficios posibles. Para lo cual se utilizaron las siguientes aplicaciones:

- **Consentimiento informado:** A través de un documento se les pidió a los sujetos de investigación, la autorización para poder grabarlos sin revelar sus identidades ni adulterar los datos obtenidos a través de la entrevista.
- **Información:** Las investigadoras se aseguraron que el sujeto participante tenga la información suficiente sobre lo que se va realizar. Además, se les ofreció la oportunidad de preguntar y retirarse libremente de la investigación en cualquier momento de la misma.

- **Comprensión:** Las investigadoras tuvieron la obligación de asegurarse de que la información sea completa y comprendida adecuadamente por los participantes.

### **3. Justicia:**

Los sujetos de esta investigación fueron tratados como iguales, enfatizando en el trato justo y el derecho a la privacidad de los participantes.

## **CAPÍTULO III**

# **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **I. EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS SEGÚN LAS ETAPAS DE VIDA DE LA PERSONA CUIDADA.**

### **II. EXPERIMENTANDO SENTIMIENTOS DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE MORIR.**

#### **2.1 Sintiendo satisfacción en el cuidado a la persona.**

#### **2.2 Vivenciando diferentes sentimientos en el proceso de morir**

### **III. BRINDANDO CUIDADO AL PACIENTE CRÍTICO**

#### **3.1. El cuidado humanizado a la persona en momentos críticos**

#### **3.2. Cuidando la relación familiar.**

A continuación, se discuten los resultados a la luz de la literatura.

### **I. EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS SEGÚN LAS ETAPAS DE VIDA DE LA PERSONA CUIDADA**

El desarrollo humano es un proceso evolutivo que continua durante la vida, las diversas corrientes han estudiado las etapas evolutivas del ser humano, así Piaget, padre del cognitivismo, se centró en el desarrollo del pensamiento y como se daba paso del pensamiento concreto al abstracto. Después, Freud estudió las etapas del desarrollo de

impulso vital. Todas estas corrientes aportan elementos interesantes, pero tienen una visión parcial del ser humano.<sup>17</sup>

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior.<sup>18</sup>

El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. La siguiente clasificación es un ejemplo: in útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más).<sup>18</sup>

Según el Ministerio de Salud la clasificación de las etapas de Vida son: etapa de vida niño (de 0 a 11 años), etapa de vida adolescente (de 12 a 17 años), etapa de vida joven (de 18-29 años), etapa de vida adulto (de 30 a 59 años), etapa de vida adulto mayor (de 60 a más años).<sup>19</sup>

Para desarrollar el concepto de Cuidado de Enfermería nos basamos en Watson, quien afirma que la enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales; es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.<sup>20</sup>

Define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las

metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.<sup>20</sup>

Para Watson, una ocasión de cuidado es el momento, el foco en el espacio y el tiempo, en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana - humano.<sup>21</sup>

El campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana; consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo, todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, insistiendo en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.<sup>21</sup>

Watson cambia la visión de los cuidados de Enfermería en el caso de los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones.<sup>20</sup>

La reacción varía de acuerdo con la edad, las condiciones socioculturales del paciente, si se trata de un padecimiento agudo o crónico, las molestias, dolor y sufrimiento que produce el mismo padecimiento. Durante el proceso del cuidado, el enfermero se enfrenta al dolor, sufrimiento y a la muerte. La enfermedad y la amenaza de la muerte

generan una crisis acerca del significado de la vida, determinando interrogantes sobre las creencias espirituales y religiosas.<sup>16</sup>

Por otro lado, siendo el paciente, el objeto de trabajo de este personal, el contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, constituyen una carga mental para este grupo de trabajadores. En 1979 Travelbee, evidencio a través de su teoría, que la enfermería establece una relación interpersonal por medio de la comunicación, que facilita la expresión de sus emociones y pensamientos, con la finalidad de que la enfermera identifique las necesidades y centre sus objetivos en ayudar a la persona a enfrentar su enfermedad y sus pérdidas.<sup>22</sup>

Las enfermeras expresan sentir tristeza y dolor ante la muerte de su paciente, pero esto varía dependiendo de la patología que curso el mismo, ya que mencionan que cuando es una enfermedad terminal o crónica degenerativa sienten tranquilidad, pues para ellas la muerte de estos pacientes es mejor, ya que dejan de sufrir, expresando así las diferentes patologías que les ha generado más sentimientos de pérdida.<sup>16</sup>

Todo esto es corroborado por los siguientes discursos:

“...si es dentro de la edad de adulto joven y maduro o niño me siento un poco mal en no poder hacer más por esa persona... si es una persona ya senil físicamente la edad juega en contra, no me afecta mucho; más me afecta de un niño o de un adulto joven por la edad...” (Clavel)

“...depende si es niño, me da mucha pena pero si es un adulto mayor que está sufriendo, bueno de agradecimiento a Dios porque ya lo recogió, depende de su estado y la etapa de vida...” (Dalia)

“...pero en niños es diferente, en niños aún siento un dolor, porque siento dolor al verlo en esa etapa de agonía, es muy duro verlo muriendo...” (Hortensia)

## **II. EXPERIMENTANDO SENTIMIENTOS DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE MORIR.**

Dentro de este contexto; Kozier 1995 como se cita en Capurro 2010<sup>23</sup>, refiere que “Las acciones del cuidado son la ejecución de las estrategias de enfermería para alcanzar el resultado deseado de los objetivos del cliente”, dichas acciones van a estar dadas por medio de los cuidados y satisfacción de las necesidades que la enfermera le brinda al paciente; que dependerá del estado de salud que presente. Si bien es cierto, la definición del cuidado sigue siendo investigado, en la actualidad se continúa la búsqueda de la definición; así como también se pretende saber cuáles son las actitudes de cuidados para las enfermeras y para los pacientes.

En esta categoría surgen dos subcategorías que a continuación se detallan:

### **2.1 Sintiendo satisfacción en el cuidado a la persona.**

La enfermera debe poseer una actitud de respeto hacia el individuo, en donde se requiere de una relación de humano a humano. Es importante señalar que además de los cuidados que se le proporciona al paciente, las relaciones interpersonales y la actitud de la enfermera al brindar estos cuidados guarda una relación con la satisfacción total y la necesidad de atención de los pacientes cuidados.<sup>23</sup>

La satisfacción de las necesidades emocionales y físicas del paciente tienen un papel relevante en lo que respecta a los sentimientos referidos a la calidad de atención que este recibe.

Ardouin (2000) como se cita en Capurro 2010 <sup>23</sup> , lo define como “Aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupos de necesidades y el objeto a los fines que la reducen” ; de esta manera, el paciente percibe la recuperación a medida en que se satisfacen las necesidades y que tiene expectativas que pueden ser o no alcanzadas las cuales son de gran importancia, ya que es muy primitivo analizar otros elementos que influyen en la satisfacción; se debería investigar las expectativas que posee el usuario hacia los servicios y cuidados que brinda enfermería para posteriormente valorar y evaluar el nivel de satisfacción .

La manifestación de estas conductas que los pacientes perciben como cuidados ayuda a destacar lo que los pacientes esperan de sus cuidadores. Siempre se ha sabido que los pacientes valoran la efectividad con que las enfermeras hacen sus tareas, pero está claro que los clientes también valoran la dimensión afectiva de los cuidados enfermeros. Dentro de este mismo contexto, cuando los pacientes tienen la sensación de que las enfermeras(os) tienen interés en ellos como persona, los pacientes van a cumplir las recomendaciones e indicaciones terapéuticas. Es por eso que, la enfermera debe comprender y conocer al paciente, ya que de esta manera puede obtener información, analizar los datos y ejecutar las acciones para satisfacer las necesidades encontradas. <sup>23</sup>

Tomando en consideración que la satisfacción de una o varias necesidades va a estar reflejada en la conducta del paciente, la enfermera identifica dichas conductas a través de la experiencia que tiene con otros pacientes, tomando en cuenta ciertos factores, como la armonía y para ello emplea una escala de

necesidades que le permiten reconocer cuando están insatisfechas y proceder a ayudarlo a satisfacerlas.<sup>23</sup>

El cuidado de enfermería permite establecer relaciones de afecto, confianza y seguridad. En este orden de ideas, el contacto físico como abrazar, apretar la mano y acoger al otro amorosamente, se convierten en manifestaciones de afecto, intencionalidad y ternura.

El contacto físico es una forma de comunicación amorosa. La persona recibe sentimientos de apoyo, seguridad y confianza que le hacen posible afrontar las crisis del momento. Los silencios, gestos y otras formas de lenguaje no verbal, transmiten más que las palabras la acción concreta del hacer. La enfermería se preocupa por la persona como un ser totalitario, holístico, no únicamente como un conjunto de partes o de procesos. Hablar de la totalidad del ser y del cuidado de la persona desde esta perspectiva promueve la integralidad. Es reconocer la condición de persona en el otro, como un ser único, dotado de características propias y particulares; un ser digno y libre.<sup>24</sup>

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“...en algunas ocasiones si vemos que el paciente está en agonía y te da un sentimiento... hace recordar algunos familiares que tuvimos y que fallecieron...”

(Hortensia)

“...fue para mí una satisfacción mí porque por lo menos cumplí el último deseo de esa persona, para mí fue satisfactorio...” (Jazmín)

“...a la vez te reconforta saber que estás dando lo mejor de ti para que él se recupere, además tienes que estar con la familia...” (Rosa)

## **2.2 Vivenciando diferentes sentimientos en el proceso de morir.**

La pregunta muerte, tiene múltiples respuestas y ninguna de ellas es concluyente, pues la cuestión trasciende los aspectos naturales o materialistas y hasta, biológicamente, es difícil una respuesta unánime.

La muerte significa, normalmente, dolor y soledad para los que quedan. Por lo tanto, desde esta perspectiva, no es solo la destrucción de un estado físico y biológico que ella trae, sino también el fin de un ser en correlación con el otro.<sup>25</sup>

El proceso de muerte y morir es un acontecimiento por el que todo ser humano va a pasar, siendo un evento totalmente ligado a la vida. Otro importante evento es que el hombre es el único ser vivo que tiene consciencia de lo que es la muerte, siendo este un conocimiento privilegiado para él, de esta forma, la muerte y el morir están directamente ligados a la existencia humana, ante todas las dudas presentes en el cotidiano, la muerte y el morir se tornan inherentes a la vida de los individuos.<sup>25</sup>

El equipo de enfermería se siente impotente para dominar la muerte, perjudicando así la asistencia al paciente. Hablar sobre muerte y morir no es fácil, pues cuando se toca el tema, se recuerdan historias vividas, como si el ser humano tuviese un plazo limitado. El morir acontece desde que nacemos, definiéndose como dejar de vivir, fallecer, acabar, caer en el olvido, y la forma de mantenerse vivo es en el pensamiento de los que permanecen vivos. La muerte viene cargada de dificultades, pues existen varias definiciones, dependiendo de la cultura del individuo.<sup>25</sup>

Por tanto, es fundamental para los profesionales del área de salud, comprender y aprender sobre los conceptos de muerte y morir, para que durante la asistencia de enfermería sepan enfrentar la situación.

Los sentimientos son emociones que dispone el sujeto para la relación (emocional, afectiva), es decir, con pensamientos, fantasías, deseos, impulsos tanto con personas y consigo mismo. Los sentimientos no son buenos ni malos: son de aceptación o rechazo, según los efectos que produzcan en el vínculo enfermera-paciente.<sup>25</sup>

El profesional enfermero tiene muchos sentimientos cuando un paciente evoluciona a óbito, desde sensaciones más generales como el dolor de la pérdida, hasta sensaciones más específicas como la insatisfacción, inconformidad, fracaso y negación por no conseguir mantener la vida del paciente, o sea, transformar la situación inevitable, acompañada de rabia, tristeza y engaño. En este sentido, la manifestación del sufrimiento acontece de formas variadas, siendo que muchos quedan en silencio, otros se aíslan, lloran y buscan justificaciones para la muerte, comprendiendo que se trata del destino de todo ser humano, así como frustración, flaqueza e incapacidad del enfermero para luchar con la muerte, dominando al profesional y la asistencia prestada.<sup>25</sup>

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“...eso realmente te conmueve, pero también tienes que ser fuerte y como profesional actuar de manera compasiva y humana frente a este acontecimiento...te esmeras en hacer lo mejor para que ese paciente se sienta bien...es muy conmovedor... como todo ser humano sientes tristeza, mucha pena y dolor al ver cómo se va apagando la vida de tu paciente...” (Girasol)

“...la enfermera también sufre al estar al lado del paciente, brindarle todos los cuidados, aunque uno sepa que ya está en las finales...” (Lirio)

“...luego este en el momento que muere también se siente angustia no, de ver sufrir a la familia o sea también nos ponemos de ese lado...” (Camelia)

“...el dolor o el llanto del familiar me hace sentir mal, me contengo, me aguanto y me voy, porque si no me pongo a llorar ahí, creo que lo tomo muy personalmente...” (Tulipán)

“...conforme va pasando los días ves otro muerto, otro muerto, la actitud de la enfermera, la vivencia ya no va a ser la misma que la primera reacción, te vas como, es como una costumbre, que ya no te da, pierdes la sensibilidad ante la muerte...de ahí ya se va volviendo monótono, la enfermera se va volviendo más fría, mas rutinaria, ve a la muerte como una rutina, como un procedimiento más el post mortem lo ve como algo más normal...” (Jazmín)

Todos los sentimientos que son vivenciados en el día a día del trabajo de la enfermera le ayudan a controlar sus emociones lo que le va a permitir brindar un cuidado ético, integral sin descuidar la parte humanizada del paciente y familia.

### **III. BRINDANDO CUIDADO AL PACIENTE CRITICO**

El cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico

y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en los pacientes.<sup>20</sup>

El holismo es un paradigma de lectura de la realidad y constituye una propuesta humanizadora que considera al individuo en su globalidad, es decir, contempla a las personas realmente interrelacionadas con su entorno.

Por su parte, Watson afirma que “el cuidado debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica”. Dentro de esta conceptualización, la enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo<sup>13</sup>.

En esta categoría surgen dos subcategorías que a continuación se detallan:

### **3.1 El Cuidado humanizado a la persona en momentos críticos**

La persona o paciente en estado de salud crítico; es aquella en la cual sus funciones vitales se encuentran gravemente alteradas, determinando un inminente peligro de muerte, es decir; la posibilidad de perder la vida.

Por lo anterior este paciente que es un ser biopsicosocial; amerita ser objeto, de un cuidado integral que incluya su individualidad, su historia de vida como madre, como padre, como esposo (a), como hijo (a), como hermano (a) o como miembro activo e importante de una familia en la cual ocupa un lugar relevante y que, en el momento de generarse una crisis de salud de uno de sus miembros; por consiguiente también afecta gravemente al grupo familiar; siendo por tanto, relevante involucrar a la familia en el planeamiento del cuidado de enfermería, para brindar así la integralidad real que sin duda ayudará a la pronta recuperación de la salud.

El sentido de nuestro quehacer lo constituye el paciente, por lo cual, no es posible percibirlo exclusivamente desde el punto de vista biológico sino, como ya se dijo, como un ser biopsicosocial y como tal el cuidado que se brinde incluye satisfacer su necesidad de afecto, comprensión, dándole seguridad, y confianza, siendo consciente como cuidadores que todos éstos son catalizadores para su recuperación.<sup>14</sup>

No siempre la comunicación será verbal, hay ocasiones en que tan solo una mirada, una sonrisa es tan importante; con solo tocarlos, expresamos mucho más de lo que se cree; y ellos así lo comprenden. Por todo esto se evitará en cercanía al paciente, los comentarios desagradables o negativos en relación con su estado de salud; pues lo último que una persona en estado crítico de salud o terminal pierde es el oído. Así todas las palabras hacia el paciente serán positivas, de ánimo, afecto y fortaleza. <sup>14</sup>

El cuidado humanizado representa una guía iluminadora y el apoyo a la práctica por su beneficio en cultivar una conciencia de cuidados, y el establecimiento de una relación terapéutica fuerte y sostenible; por lo que el cuidado representa el quehacer de enfermería, basado en valores humanísticos con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida. <sup>20</sup>

La familia y el trabajo, así como el poder socioeconómico se constituyen en parte sustantiva que influyen en el estado del paciente y que en muchas oportunidades generan grado de preocupaciones; por lo cual se debe considerar su relación así con el estado de salud, así como qué procesos mentales y emocionales, dominan la fisiología; y por tanto de la recuperación. Luego de la vivencia, de cuidar a un paciente en estado de salud crítico, que aún a pesar de múltiples momentos de

angustia y de esfuerzos sin par; fallece; queda en nuestro interior la satisfacción de haber hecho lo más que valió la pena...cuidarlo.<sup>14</sup>

Todo esto es corroborado por los siguientes discursos:

“...como profesional, actuar de manera compasiva y humana frente a este acontecimiento, ayudando a que tenga un buen morir y ser el apoyo de la familia frente a esta pérdida...”. (Girasol)

“La enfermera también sufre al estar al lado del paciente, brindarle todos los cuidados aunque uno sepa que ya está en las finales...”. (Lirio)

### **3.2 Cuidando la relación familiar.**

La familia es uno de los pilares básicos para el cuidado del enfermo y no se pueden separar las necesidades de éste de las de su familia porque las dos partes funcionan en paliativos como una unidad.

La familia es su fuente más importante de apoyo durante todo el proceso de la enfermedad, ésta apreciará más nuestra oferta de asistencia si entiende y acoge nuestro trabajo como una cooperación que reconozca y apoye los recursos propios del grupo antes que como una intromisión.<sup>15</sup>

La calidad de vida puede mejorar no sólo cuando “objetivamente” se hace sentir mejor a los pacientes, sino cuando éstos sienten que estamos tratando de ayudarles y se da soporte a su familia. El final de los cuidados no coincide con la muerte del enfermo. En esta etapa siguen siendo importantes la forma cuidadosa con que se informa de su muerte, el respeto a su aflicción, la preparación del cadáver y el apoyo

a la familia en el duelo. Sin una adecuada actuación en esta parte del proceso, nuestro trabajo quedaría incompleto. <sup>15</sup>

La familia agradece que se deje una puerta abierta para la comunicación posterior con el equipo después del fallecimiento que puede favorecer la expresión de sentimientos, así como su adaptación al proceso del duelo posterior. <sup>15</sup>

En efecto, las enfermeras como todo ser humano poseen valores que aplican a lo largo de su vida profesional, los cuales son: respeto, dignidad y empatía. El respeto lo manifiestan al permitir ritos religiosos conforme a las creencias del familiar y del paciente. En cuanto a la dignidad, se evidencia al brindar un trato humano, protegiendo la individualidad del paciente y proporcionando los cuidados necesarios para tener una muerte digna y, posterior a su muerte, los cuidados pos-mortem. La empatía la llevan a cabo al comprender el dolor que tiene el familiar por su paciente y dándole la oportunidad de despedirse del moribundo. <sup>16</sup>

Todo esto es corroborado por los siguientes discursos:

“...actuar de la mejor manera, calmando a la familia, tratando de cumplir su trabajo con el paciente haciendo el trabajo post mortem, cumpliendo con los últimos tratamientos y también, calmando el estado de angustia con la familia...”.

(Camelia)

“...en el momento que muere también se siente angustia, de ver sufrir a la familia o sea también nos ponemos de ese lado...”.

“Me marcó... bastante una muerte, porque la paciente en su último instante, que estaba agonizando me dijo que la deje ver a su hija...” (Jazmín)

## **CAPÍTULO IV**

# **CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES**

## **CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1. Consideraciones Finales**

En el estudio la vivencia principal con la persona críticamente enferma es brindar un cuidado humanizado, no solo al paciente sino a la familia, este cuidado se debe realizar a partir de la concepción de que el ser humano es un ser complejo, holístico, un ser integral con una parte biológica, psicológica, social y espiritual, de quien estaremos pendiente de la satisfacción de sus necesidades físicas y espirituales.

En el enfrentamiento de la muerte y el proceso de morir, en la enfermera surgen sentimientos como: dolor, pena, tristeza, impotencia, angustia; los cuales se intensifican según la etapa de vida del individuo pues argumentan que no es lo mismo vivenciar la muerte de un paciente pediátrico a la de un adulto o anciano, puesto que ellas se enfocan más a la etapa de vida, es decir, sólo en los años de vivencia; a su vez valoran si se trata de un padecimiento agudo o crónico, éstos sentimientos interfirieron en la asistencia ofrecida al paciente, sin embargo, surgieron sentimientos como fortaleza y agradecimiento para continuar con el cuidado.

Se ha observado, también, una preocupación y solidaridad constante de estos profesionales con relación a la familia del paciente, siendo esta valorada e incluida en el contexto hospitalario y de cuidado. Por otro lado, mostró que, a pesar de la vivencia constante con la muerte en su labor diaria, las enfermeras aún se sensibilizan con el proceso de la muerte; sin embargo en algunas este proceso de duelo a medida que pasa

el tiempo se vuelve rutinario y en algunos casos se torna normal, no afectándole, aceptando a la muerte como un proceso natural en la vida del ser humano.

#### **4.2. Recomendaciones**

1. A la enfermera jefe: Que implemente equipos de ayuda, en donde las enfermeras encuentren respaldo y comprensión mutuamente, ya que el asumir la responsabilidad de un proceso terminal puede resultar sumamente estresante y estos sentimientos pueden repercutir en el cuidado brindado y salud emocional de cada personal de salud.
2. A las instituciones formadoras del personal de salud: Que prepare al personal de para afrontar el proceso de muerte del paciente, siendo conscientes que el enfoque de los cuidados debe centrarse más sobre la respuesta a las necesidades del paciente que sobre la importancia de la curación, así también incluir parte teórica de cuidados que tratase del proceso del duelo y de la aflicción.
3. A los profesionales de Enfermería: Que tengan mayor flexibilidad con las normas y protocolos de la institución en el tratamiento del paciente críticamente enfermo, en cuanto a la presencia de familiares para evitar la pérdida de autocontrol en el paciente y los consiguientes efectos estresantes y depresivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza e Souza Luis Paulo, Mota Ribeiro Juliana, Barbosa Rosa Renata, Ribeiro Gonçalves Renata Cristina, Oliveira e Silva Carla Silvana, Barbosa Dulce Aparecida. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*. 2013; 12(32): 222-229. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=es).
2. Paz Amalia. Actitud del profesional de Enfermería, ante la muerte de le persona críticamente enferma, Unidad de Cuidado Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) [Tesis para optar el Grado de Enfermería Crítica]. Mérida. Universidad de los Andes; 2009. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59300132/Actitud-Del-Profesional-de-Enfermeria-Ante-La-Muerte-de-La-Persona-Criticamente-Enferma-Uci-i-a-h-u-l-A>
3. Mera Catherine. El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la UNMSM [Tesis para obter el Título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima. Universidad Mayor de San Marcos; 2007. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/481/1/meracc.pdf>

4. Molero José, Ávila Isabel, Gil Rocío. Perspectiva enfermera del proceso de la muerte en cuidados intensivos. *Enfermería Docente*. 2008; 8 (89): 22-26. [Revista en internet]. [Citado el 05 Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-89-08.pdf>.
5. Gálvez María, Muñumel Graciela, Del Águila Belén, Ríos Francisca, Fernández María. Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (2). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0240.php>
6. Maza Maritza, Zavala Mercedes, Merino José. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*, 2008; XV (1): 39 - 48.
7. López Isabel, García Rocío. Actitud de una Enfermera ante la Muerte. *Enfermería Docente*, 2008; 8 (88): 28 – 30.
8. Arpasi Orfelina. Vivencia de la enfermera al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado [Tesis para optar el grado de Doctora en Ciencias de Enfermería]. Lima: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016.
9. Vásquez Claudia. Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos [Tesis para optar el grado Magíster en Enfermería con énfasis en Materno Perinatal]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
10. Fernández Pascual. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de Enfermería de cuidados críticos. *NURE Investigación*. 2011; 8(50): 1-12. [Revista en Internet]. [Citado el 16 de Enero 2018]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/521>

11. Guedes Elaine, De Oliveira Darci. Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Índex de Enfermería*. 2013; 22(1-2): 25 – 29.
12. Aguilar Yesenia. Vivencia de la Enfermera respecto a la muerte del paciente en el Servicio de Cirugía de mujeres del Hospital Belén de Trujillo [Tesis para optar el grado Licenciada en Enfermería]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
13. Mijangos F. El Paradigma Holístico de la Enfermería. *Rev. Salud y Administración* [Seriada en línea] 2014 [Citado 2018 Nov.27]; 1(2):17-22. Disponible en: [http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3\\_Paradigma\\_Holistico.pdf](http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf)
14. Gonzáles C. Cuidado de Enfermería al Paciente Crítico. *Avances en Enfermería* [Seriada en línea] 1996 [Citado 2018 Nov.27]; 14(2):27 - 29. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/20324/1/16428-51295-1-PB.pdf>
15. Orbezo A, Astudillo A. La Enfermería y la Filosofía de los Cuidados al final de la Vida [Seriada en línea] 2003 [Citado 2018 Nov.28]; 1(1):13 - 33. Disponible en: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/FILOSOFIA-DE-LOS-C.P.-Y-ENFERMERIA.pdf>
16. García S, Araujo N, García F, García H. Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente [Seriada en línea] 2014 [Citado 2018 Nov.28]; 1(5):47 – 59. Disponible en: [http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5\\_SENTIMIENTOS.pdf](http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5_SENTIMIENTOS.pdf)
17. Mendieta E. (2013, Febrero). Períodos y etapas del ciclo de vida del ser humano. [Sitio web] Disponible en: <http://elsita2013.blogspot.com/2013/02/periodos-y-etapas-del-ciclo-de-vida-del.html>

18. Ministerio de Salud de Colombia [En línea]. 2018 [Citado 2018 Nov 28]; [1 página].  
Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
19. Ministerio de Salud Perú [En línea]. 2009 [Citado 2018 Nov 28]; [3 páginas]. Disponible  
en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/RM538-2009.pdf>
20. Guerrero R, Meneses L, De La Cruz R. Cuidado humanizado de Enfermería según la  
teoría de Jean Watson, Servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima  
- Callao, 2015. [Seriada en línea] 2016 [Citado 2018 Nov.28]; 9(2): 133 - 142.  
Disponible en:  
[http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/  
2967](http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967)
21. Rivera L, Álvarez T. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la  
investigación en la práctica, en la clínica del Country. [Seriada en línea] 2007 [Citado  
2018 Nov.28]; 1(1): 3 - 20. Disponible en: [https://www.u-  
cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO\\_HUMANIZAD  
O\\_DE\\_ENFERMERIA\\_VISIBILIZANDO\\_LA\\_TEORIA\\_Y\\_LA\\_INVESTIGACION  
\\_EN\\_LA\\_PRACTICA.pdf](https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf)
22. Borges A. Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. Salud de los  
Trabajadores. [Seriada en línea] 1998 [Citado 2018 Nov.29]; 6(2): 113-119. Disponible  
en : <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/personal/personal.pdf>
23. Capurro M. Calidad de atención que brinda Enfermería a los pacientes internados en la  
Unidad de Terapia Intensiva. [Seriada en línea] 2010 [Citado 2018 Nov.29]; 1(1): 1 –  
68. Disponible en:  
[http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/monserrat\\_capurro.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/monserrat_capurro.pdf)

24. Laverde M. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. [Seriada en línea] 1998 [Citado 2018 Nov.30]; 1(1): 185 – 191. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
25. Freitas T, Banazeski A, Eisele A. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: Una revisión integradora. Enfermería Global. 2016; 15(41): 322-334. Citado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000100015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015)
26. Definición ABC [En línea]. 2013 [Citado 2013 Agosto]; [2 páginas]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/salud/estado-critico.php>
27. Lara Bárbara A, Cataldo Alejandro, Castro Ricardo, Aguilera Pablo R, Ruiz Carolina, Andresen Max. Medicina de urgencia y unidades de cuidados intensivos: Una alianza necesaria en busca de la mejoría de la atención de pacientes críticos. Rev. Méd. Chile [Seriada en línea]. 2016 [citado 2019 Mar 17]; 144(7): 911-917. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000700014&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000700014&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000700014>.

# **ANEXOS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA  
ENTREVISTA INDIVIDUAL**

El abajo firmante declara, que ha sido informado por la investigadora de los motivos y propósitos de la entrevista a realizar, que conoce que los resultados se utilizarán solo para fines científicos y que se garantizará su anonimato. Acepta participar en el proyecto de investigación, realizando una entrevista individual que será grabada en su totalidad mediante la utilización de una grabadora de voz.

Y para que así conste:

Firma: \_\_\_\_\_

Chepén, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018.

## **PREGUNTAS DE ENTREVISTA**

### **A. Datos de Generales:**

Datos de Generales de la enfermera

Edad: .....

Sexo: .....

Estado Civil: .....

Religión: .....

Años de experiencia: .....

Especialidad: .....

### **B. Datos específicos:**

Entrevistador: Muy buenos días, Agradecer su participación en esta investigación.

¿Podría usted relatar las vivencias que ha tenido ante la muerte de la persona críticamente enferma?